

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



PERCEPCIÓN DE LAS MADRES CON RESPECTO AL PESO CORPORAL DE SUS
HIJOS Y SUS PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR EN FILOSOFÍA CON ORIENTACIÓN
EN TRABAJO SOCIAL Y POLÍTICAS COMPARADAS DE BIENESTAR SOCIAL
PRESENTA

MARÍA NATIVIDAD ÁVILA ORTIZ

MARZO 2012

Tabla de contenido

| | |
|--|-----|
| Agradecimientos..... | i |
| Resumen..... | iii |
| CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 Introducción..... | 1 |
| 1.2 Justificación..... | 5 |
| 1.3 Propósito de investigación..... | 8 |
| 1.4 Pregunta de investigación..... | 9 |
| 1.5 Objetivo general..... | 9 |
| 1.6 Objetivos específicos..... | 9 |
| CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA | |
| 2.1 Estudios empíricos..... | 10 |
| 2.1.1 Estudios epidemiológicos sobre obesidad infantil..... | 10 |
| 2.1.2 Estudios sobre prácticas de alimentación..... | 13 |
| 2.1.3 Estudios sobre percepciones del peso corporal..... | 16 |
| 2.2 Referentes conceptuales..... | 22 |
| 2.2.1 Definiendo peso corporal, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.... | 22 |
| 2.2.2 Concepto de género..... | 24 |
| 2.2.3 Percepción de la madre con respecto al el peso corporal del hijo..... | 25 |
| 2.2.4 Prácticas de alimentación..... | 26 |
| 2.2.5 Promoción de hábitos saludables..... | 30 |
| CAPÍTULO 3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS | |
| 3.1 Propuesta fenomenológica de Edmund Husserl..... | 33 |
| 3.2 Propuesta sociológica de Max Weber..... | 35 |
| 3.3 Propuesta fenomenológica de4 Alfred Schütz..... | 35 |
| 3.4 Orígenes del construccionismo social..... | 37 |
| 3.4.1 El Construccionismo social y sus postulados..... | 38 |
| 3.4.2 El Construccionismo social y la realidad..... | 41 |
| 3.4.3 El Construccionismo social y el lenguaje..... | 43 |
| 3.4.4 El Construccionismo social y las investigaciones cualitativas..... | 44 |
| CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA | |
| 4.1 Metodología cualitativa..... | 46 |
| 4.2 Método fenomenológico..... | 47 |
| 4.3 Sujetos de investigación y muestra..... | 49 |
| 4.4 Técnica de recolección de datos..... | 53 |
| 4.5 Captura de información..... | 57 |
| 4.6 Análisis de datos..... | 58 |
| 4.7 Validez y confiabilidad..... | 61 |

| | |
|---------------------------------|----|
| 4.8 Consideraciones éticas..... | 62 |
|---------------------------------|----|

CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO

| | |
|--|-----|
| 5.1 Percepción materna del peso corporal del hijo..... | 64 |
| 5.1.1 Percepción de las madres en niños que presentan bajo peso..... | 67 |
| 5.1.2 Percepción de las madres en niños que presentan peso normal..... | 69 |
| 5.1.3 Percepción de las madres en niños que presentan sobrepeso..... | 73 |
| 5.1.4 Percepción de las madres en niños que presentan obesidad..... | 76 |
| 5.2 Tipología de las madres en relación a la percepción que tienen del peso corporal del hijo..... | 82 |
| 5.3 La percepción del peso corporal y su vinculo con el género..... | 83 |
| 5.4 Las emociones ante los problemas de peso en los hijos..... | 89 |
| 5.5 Definición de buena madre..... | 90 |
| 5.6 Prácticas de alimentación..... | 91 |
| 5.6.1 Prácticas de alimentación de niños que presentan bajo peso..... | 93 |
| 5.6.2 Prácticas de alimentación de niños que presentan peso normal..... | 101 |
| 5.6.3 Prácticas de alimentación en niños que presentan sobrepeso..... | 109 |
| 5.6.4 Prácticas de alimentación en niños que presentan obesidad..... | 117 |
| 5.7 Tipología de madres..... | 128 |
| 5.7.1 Las madres autoritarias..... | 128 |
| 5.7.2 Las madres indecisas..... | 128 |
| 5.7.3 Las madres indulgentes..... | 129 |
| 5.8 Similitudes y diferencias en las prácticas de alimentación en niños de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad..... | 129 |
| 5.8.1 Responsable de la preparación de los alimentos..... | 130 |
| 5.8.2 ¿Quién decide y provee la comida?..... | 132 |
| 5.8.3 Preparación de la comida..... | 133 |
| 5.8.4 Tiempos de comida..... | 135 |
| 5.8.5 Televisión y obesidad..... | 137 |
| 5.8.6 Cantidades de comida, gustos y rechazos..... | 138 |
| 5.8.7 Alimentos prohibidos y reacción ante la prohibición de ciertos alimentos..... | 135 |
| 5.8.8 Alimentos que consumen fuera de casa..... | 139 |
| 5.9 Conocimientos acerca de la obesidad..... | 140 |
| 5.9.1 Causas de la obesidad infantil..... | 141 |
| 5.9.2 Consecuencias de la obesidad..... | 141 |
| 5.9.3 Diferencias en sobrepeso y obesidad..... | 143 |
| 5.10 Propuestas para contrarrestar la obesidad infantil..... | 144 |
| 5.10.1 A nivel personal..... | 144 |
| 5.10.2 En el hogar..... | 145 |
| 5.10.3 En la escuela..... | 147 |

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES, LIMITACIONES, IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|------------------------------------|------------|
| 6.1 Conclusiones..... | 151 |
| 6.2 Limitaciones..... | 160 |
| 6.3 Implicaciones del estudio..... | 161 |
| 6.4 Recomendaciones..... | 163 |
| Bibliografía..... | 164 |

ANEXOS

| |
|---|
| ANEXO 1 Tabla de estudios |
| ANEXO 2 Formato de consentimiento |
| ANEXO 3 Procedimiento para la para la toma de medidas de peso y talla |
| ANEXO 4 Compendio de datos |
| ANEXO 5 Tabla CDC de niño y niña |
| ANEXO 6 Guía de entrevista |
| ANEXO 7 Formato de consentimiento informado |
| ANEXO 8 Datos demográficos |
| ANEXO 9 Figuras de niños y niñas |
| ANEXO 10 Seudónimos de las participantes |

Índice de tablas

| | Páginas |
|--|---------|
| 1. Proceso de investigación..... | 51 |
| 2. Categorías y su definición..... | 54 |
| 3. Categorías y su discurso..... | 59 |
| 4. Ejemplos de seudónimos de algunas entrevistas..... | 60 |
| 5. Representación de los datos en el estudio..... | 60 |
| 6. Percepción de las madres en relación al peso corporal de sus hijos..... | 65 |
| 7. Percepción de las madres acerca del peso de sus hijos..... | 84 |
| 8. El peso corporal causa preocupación..... | 87 |
| 9. Alimentación de niños que presentan bajo peso..... | 95 |
| 10. Alimentación de niños que presentan peso normal..... | 105 |
| 11. Alimentación de niños que presentan sobrepeso..... | 113 |
| 12. Alimentación de niños que presentan obesidad..... | 120 |
| 13. Responsables de la preparación de los alimentos de la familia..... | 130 |
| 14. ¿Quién decide y provee lo que comerá la familia?..... | 133 |
| 15. Preparación de comida para la familia..... | 134 |
| 16. Tiempos de comida..... | 136 |
| 17. Lugar y costumbre a la hora de comer..... | 138 |
| 18. Cantidades, gustos y rechazos..... | 138 |
| 19. Alimentos prohibidos y reacción ante la prohibición..... | 139 |

Índice de figuras

| | Páginas |
|--|---------|
| 1. Análisis de datos en la investigación cualitativa..... | 58 |
| 2. Hallazgos sobre percepciones..... | 66 |
| 3. Hallazgos sobre prácticas de alimentación..... | 92 |
| 4. Prácticas de alimentación de niños que presentan bajo peso..... | 93 |
| 5. Prácticas de alimentación de niños que presentan peso normal..... | 101 |
| 6. Prácticas de alimentación de niños que presentan sobrepeso..... | 110 |
| 7. Prácticas de alimentación de niños que presentan obesidad..... | 118 |

Agradecimientos

Este apartado lo he reservado para agradecer aquellos que de un modo u otro me han ayudado a hacer este trabajo una realidad. En estos casi cinco años he recibido el apoyo de personas a las que deseo manifestar mi agradecimiento, todas han contribuido de manera especial en este proceso personal y profesional. Comienzo con mi gratitud a Dios que todo lo puede. Aún en mis momentos de incertidumbre, él lleno mi corazón de esperanza y fortaleza.

Dedico esta tesis a mi familia a quien amo profundamente por creer en mí y estar siempre conmigo en todas las facetas de mi vida. Mis padres Oscar Ávila y Alma Ortiz han sido pieza fundamental en este proceso, sus palabras de apoyo y ánimo siempre están en mi mente y me han servido para alumbrar mi camino en los momentos difíciles. A mis hermanos Martha, Rosa y Marcelo y demás familia de los que no olvido todo el apoyo que me brindan, me acompañan, me ayudan y sobre todo que siempre están cuando más los necesito. Yo tengo la certeza que sin ustedes nunca hubiese logrado esto.

También, quiero agradecerle a mi esposo Aciano Reyna, por su apoyo incondicional y todo el respaldo que me ha dado. Amor, sin tu comprensión yo jamás hubiese logrado alcanzar mis metas académicas. Tú no sólo eres un excelente esposo, también eres mi ejemplo de esfuerzo y perseverancia, jamás dejaré de agradecerte tu apoyo y amor.

Agradezco a mi comité doctoral, particularmente a la Dra. Lety Cabello por sus enseñanzas y consejos que me ayudaron a finalizar esta tesis doctoral. Agradezco de la misma forma a la Dra. Mary Zuñiga por los valiosos comentarios y sugerencias a este estudio, a la Dra. Elizabeth Solís, a la Dra. Sagrario Garay y al Dr. José Gzz. Alcalá, cuyas enseñanzas fueron de gran valor. Gracias por aceptar dirigirme en este proceso, a pesar de sus múltiples compromisos. Además por compartir su tiempo y sus conocimientos, ustedes hicieron posible el logro de esta meta.

Especialmente, agradezco a todos mis amigos y compañeros (José, Dora, Elisa y Claudia) quienes me brindaron su apoyo y amistad. Cada uno de ustedes han participado de mi vida en momentos distintos, algunos por períodos más prolongados. Gracias por compartir tantas experiencias significativas y por su solidaridad.

Mi sincero agradecimiento a las madres de familia e hijos que participaron en la investigación, ya que este trabajo no se hubiera logrado sin su ayuda. Gracias por compartir sus historias, depositar su confianza en mí y permitir que les realizará las entrevistas. De igual forma, agradezco a la Directora, Subdirectora y demás personal administrativo de la escuela primaria pública que me abrió las puertas y me autorizaron el espacio físico para llevar a cabo este proyecto de investigación

También, quiero agradecerle a la subdirectora del posgrado de la facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, a su personal administrativo (Vicky, Johana y Lily) quienes en diferentes momentos me brindaron su apoyo. Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por otorgarme la beca y con ello el respaldo económico para llevar a término mi Doctorado en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social y así finalizar la investigación. Todas las personas que aquí he mencionado han tenido

la capacidad de brindarme mucho apoyo, alegría, ánimo y esperanza. Todos han sido para mí esa contribución que no se puede ver, pero que se puede sentir desde lo más profundo de mi corazón, un millón de gracias por eso.

GRACIAS !!!!!!!!!!!!!!!

Resumen

“Percepción de las madres con respecto al peso corporal de sus hijos y sus prácticas de alimentación”

El continuo incremento de la obesidad en niños constituye un importante problema de salud pública por los altos costos que se derivan de su atención y porque trae consigo repercusiones importantes en la vida adulta. En Nuevo León esta problemática afecta con 28.6% prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad. A pesar de las múltiples estrategias para enfrentar esta patología, los resultados continúan siendo desalentadores.

El objetivo del presente estudio es explorar la percepción que las madres tienen acerca del peso corporal de sus hijos de 7 a 11 años, sus prácticas de alimentación y los conocimientos acerca de la obesidad. A partir de la perspectiva del construccionismo social y bajo la metodología cualitativa se realizaron 21 entrevistas semiestructuradas a madres de familia con niños que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. El estudio se validó con un grupo focal compuesto de 8 madres de familia, además se aplicó una prueba de percepción por imágenes, la cual está diseñada con diferentes imágenes de acuerdo con la edad y el sexo del hijo. Para analizar la información se utilizó el software cualitativo MAXQDA.

Los resultados encontrados en el estudio resaltan que la percepción que las madres tienen de sus hijos difiere en relación al sexo y en las prácticas alimenticias desarrolladas con ellos. La mayoría de las madres de niños con bajo peso perciben la situación de peso de sus hijos. Respecto a los niños de peso normal la mayoría de las madres los perciben de forma adecuada, las que no logran percibirlo se asocia a situaciones significativas de su vida. Por otro lado, las madres de niños con sobrepeso y obesidad aunque perciben adecuadamente el peso de sus hijos, esto no les preocupa porque la obesidad para ellas no es una enfermedad sino algo pasajero, que desaparecerá cuando el niño crezca o llegue a la adolescencia. Las madres con hijos de sexo femenino aunque les preocupa su sobrepeso, es más por apariencia física que por salud. Una de las contribuciones más importantes del estudio fue la construcción de una tipología relacionada a la percepción que tienen las madres, se encontró que las mujeres que subestiman, sobrevaloran o perciben adecuadamente a sus hijos tienen características específicas.

En relación a las prácticas de alimentación, las madres deciden y preparan los alimentos de la familia. Los niños con peso normal tienen prácticas de alimentación más saludables en comparación con niños de bajo peso, sobrepeso y obesidad. En todas las familias, la cena es el momento donde los integrantes se reúnen. También se encontró que existen tres tipos de mamá: las autoritarias, las indecisas y las indulgentes, según el tipo de mamá determina las prácticas de alimentación y el peso corporal del niño, ya que entre más autoritaria sea la madre, mejores prácticas de alimentación llevan a cabo y el peso corporal del niño se muestra en estado normal. En cambio, las indecisas tienen hijos con bajo peso o sobrepeso y las indulgentes, tienen niños con obesidad, denotan permisividad y son condescendientes en las conductas alimentarias no saludables de sus hijos.

Por otra parte, los conocimientos que tienen las madres de familia acerca de la obesidad es que el incremento de la obesidad infantil se debe a diversas causas, entre las que destacan: la sobre

ingesta de alimentos con alto contenido energético y pobre en nutrientes, el no llevar una alimentación sana y el sedentarismo. Además, las madres señalaron algunas consecuencias que trae consigo la obesidad: la diabetes, la hipertensión y el colesterol. Por último, manifestaron algunas propuestas para combatir la obesidad infantil.

Las conclusiones del estudio señalan que las madres juegan un rol importante en la transmisión de conocimientos y actitudes hacia prácticas de alimentación saludable o perjudicial que se reflejan en el peso de sus hijos. Las madres que perciben de forma adecuada la obesidad en sus hijos representan una medida de intervención preventiva. Las madres que no perciben el peso de sus hijos se deben al rechazo de admitir que tienen un niño obeso, el aceptarlo envuelve sentimientos de culpabilidad y fracaso como madres, debido a que se sienten responsables de la salud y peso de sus hijos.

Para finalizar, la obesidad infantil requiere atención del sector público, a través del diseño y la implementación de políticas acordes a las características peculiares de esta enfermedad. Como disciplina, el trabajo social puede contribuir a poner en práctica una educación preventiva y de promoción a través de sus quehaceres profesionales interviniendo en programas relacionados con la salud, que potencien prácticas de alimentación saludables de las familias y que tome en cuenta las percepciones, creencias y costumbres que vive cada grupo en particular para que de esta manera se intenten reducir la tasas alarmantes de esta epidemia que en México ocupa el primer lugar.

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

El presente estudio cualitativo pretende estudiar la percepción de la madre con respecto al peso corporal de sus hijos y su relación con las prácticas de alimentación, esto con la finalidad de profundizar conocimientos sobre obesidad infantil y así proponer alternativas para la intervención eficaz en el control de peso en los niños. En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad representan un motivo de preocupación en el mundo, ya que en las dos últimas décadas se ha presentado un importante incremento en todos los grupos de edad, regiones y grupos socioeconómicos. (Colomer, 2007; More, Franch, Campos, Trabazo, Martínez, Moráis, et al. 2006; Reyes, 2010).

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible, definida como el incremento exagerado del peso que puede ser perjudicial para la salud (Organización Panamericana de Salud, 2003). Para identificar el sobrepeso y la obesidad en los niños es necesario conocer su IMC¹ y además tomar en cuenta la edad en meses y el sexo, la clasificación se realiza en función de percentiles. Un niño tiene obesidad, cuando su IMC supera el percentil 95, y sobrepeso si se encuentra entre el percentil 85 a 94.9 (CDC, 2010; OMS, 2006; IOTF, 2002).

La prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha incrementado notablemente en niños como en adultos. Desde 1998 la Organización Mundial de la Salud considera a la obesidad una epidemia a nivel mundial. Además, la presencia de la obesidad durante la infancia tiene un impacto significativo tanto en la salud física, como en el contexto psicosocial del niño (OMS, 2003; Fuentes del Toro, 2004; Vidal, 2006). En México las cifras del sobrepeso y la obesidad en los niños de edad escolar han ido en aumento, de 1999 al 2006 se observó un el incremento de un 39.7%. (Olaiz, Rivera, Shamah, Rojas, Villalpando, Hernández y Sepúlveda, 2007).

¹ Índice de Masa Corporal= peso en kilogramos /talla en metros al cuadrado

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), la presencia combinada de sobrepeso y obesidad infantil a nivel nacional de niños de 5 a 11 años aumentó un 39.7 % entre 1999 y 2006. La obesidad fue mayor en niños con 9.4% y en niñas se presentó en el 8.7%. En cambio, el sobrepeso es superior en niñas con un 18.1% y en niños en el 16.5%. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad combinados fue de alrededor de 26 %; 26.8% en niñas y 25.9% en niños. También, la ENSANUT (2006) muestra que los Estados con mayor índice de sobrepeso y obesidad, arriba del 75 %, son: Nuevo León, Chihuahua, Sonora, Sinaloa, la Península de Yucatán y Tabasco. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Coberturas realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2009), México ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil.

En Nuevo León, la prevalencia de sobrepeso en los escolares es mayor a la porcentaje de obesidad, el sobrepeso en niñas es de 19.5% y en niños es de 15.3%. Con respecto a la prevalencia de obesidad, las niñas mantienen porcentajes mayores 11.7% en comparación con las cifras encontradas en los niños 10.1%. Por lo tanto, el sobrepeso y la obesidad se encuentran arriba del promedio nacional, la media nacional se encuentra en 26.3% y Nuevo León alcanza un 28.6% (Olaiz, et al., 2007). Estos resultados señalan la urgencia de aplicar medidas dirigidas a prevenir la obesidad en escolares.

La prevalencia de la obesidad infantil ha aumentado de forma considerable que se habla ya de una pandemia, constituyendo sin duda uno de los problemas prioritarios de salud pública, que demanda modificar los estilos de vida, no sólo del niño y de su entorno familiar, sino de la sociedad, y de lo cual se espera que los administradores públicos y autoridades sanitarias comiencen a sensibilizarse sobre la magnitud del problema, ya que un niño que presenta obesidad tiene más probabilidad de mantener está condición cuando sea adulto y a esto se le suma los costos derivados de su atención (Carrascosa, 2006).

El costo directo estimado que representa la atención médica de las enfermedades atribuibles al sobrepeso y la obesidad (enfermedades cardiovasculares, cerebro vascular, hipertensión, algunos cánceres, atención de diabetes mellitus tipo 2) se incrementó en un 61% en el periodo 2000-2008 al pasar de 26,283 millones de pesos a por lo menos 42,246 millones de pesos. Para el 2017 se estima que dicho gasto alcance los 77,919 millones. Tan sólo en 2008 el costo indirecto afectó a 45,504 familias, las cuales probablemente enfrentarán empobrecimiento por motivos de salud. Se estima que para el 2017 este costo indirecto alcanzará 72,951 millones (Barquera, et al., 2010). En relación, a los niños también pueden presentar este tipo de enfermedades, no obstante no existen cifras de los costos directos e indirectos

Al analizar las posibles causas del incremento de la obesidad, la respuesta parece radicar en aspectos como: la modificación de los estilos de vida, el consumo elevado de alimentos industrializados con alto contenido en grasas y azúcares, el bajo consumo de frutas y verduras, el sedentarismo, los tiempos prolongados de exposición a la televisión, la ausencia de prácticas deportivas o de actividad física regular, entre otras actividades que llevan a la disminución en el gasto energético. Estos factores favorecen el desarrollo de la obesidad, sin importar edad, sexo, ni condición social (Ghione y Pietrobelli, 2002; Salas, Rubio, Babany y Moreno, 2007; Solís, 2005).

En relación a la obesidad infantil, Sánchez, Esteves, Beber, Pichardo, Villa, Lara, et al. (2002), indican que los factores hereditarios muestran cierta relación con la aparición de la obesidad. Se estima que estos factores influyen en un 30 ó 40%, ya que casi siempre los niños que presentan obesidad son hijos de padres obesos y llegan a la edad adulta siendo obesos. El riesgo relativo de llegar a ser obeso cuando todos los demás miembros de su familia lo son, es de hasta de 27.5% en los varones y de 21.2% en las mujeres. El número de personas que integran la familia también es un factor de riesgo importante para la obesidad infantil, pues la frecuencia de su aparición guarda una relación inversa con el número de hijos. El 19.4% de los hijos únicos son obesos, contra el 8.8% de los hijos de familias de más de cuatro hijos.

Según Fuentes del Toro (2004), uno de los factores de riesgo para la obesidad temprana; es el resultado de una compleja interacción entre los factores genéticos, psicológicos, ambientales y socioeconómicos, ya que los malos hábitos alimenticios, efectuados por la mala orientación que se tiene sobre los alimentos, la forma de preparación realizada con aceites y almidones en exceso, más el intento de dar alimentos en forma forzada a los niños, los predispone al rechazo de alimentos saludables y a la sustitución de alimentos sanos por alimentos no nutritivos.

Para Reyes (2010), si el estado nutricional de la persona presenta desequilibrios entre la ingestión de energía y el gasto energético, se puede tener como resultado sobrepeso o en su caso obesidad, provocando con ello alteraciones negativas para la salud en las distintas etapas de vida o en su caso incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad. En los primeros años de vida, una deficiente nutrición afecta el crecimiento y desarrollo mental, el cual se ve reflejado en un pobre desempeño escolar e intelectual no sólo en edades escolares, sino en el transcurso de toda la vida.

Por su parte, Bracho y Ramos (2007) y Guevara (2008) mencionan que los factores familiares contribuyen substancialmente a la obesidad en la etapa infantil. Uno de ellos es la percepción materna sobre el estado nutricional de su hijo. Una de cada tres madres no identifica a su hijo con sobrepeso u obesidad. Hay resistencia materna para reconocer la realidad de peso de su hijo, ya sea por negación psicológica o porque no comprenden qué es la obesidad.

Al respecto, Judge y Jahns (2007) mencionan que la obesidad es el resultado de factores socioeconómicos, culturales, genéticos, físicos y psicológicos que trae consigo repercusiones importantes en la vida adulta; si bien es cierto, que un tercio o la mitad de los obesos adultos inician el aumento de peso en la niñez o juventud, es importante señalar que una de las consecuencias más importantes son los efectos sobre la salud, porque la obesidad de comienzo temprano tiene mayores consecuencias para la salud que aquella que comienza en la edad adulta y el riesgo de muerte de los infantes y adolescentes obesos, en su vida adulta, es el doble de aquellos de peso normal.

La importancia de prevenir la obesidad desde los primeros años de vida del individuo reside en que durante la niñez se pueden presentar afectaciones importantes para su salud tales como: apnea durante el sueño, se fatiga fácilmente, probable hipertensión, estrías, problemas dermatológicos, diabetes mellitus tipo II y agravamiento de la de tipo I, disminución de la ventilación pulmonar y alveolar, trastornos del crecimiento y desarrollo funcional a nivel de diferentes tejidos y órganos; además aumenta considerablemente el riesgo a desarrollar stress, enfermedad de Perthes, disminución de su actividad física, afecciones osteoarticulares,

disminución de la adquisición de los valores de la masa ósea adecuados, torpeza de movimientos, lentitud, disnea de esfuerzos, irritaciones cutáneas, poca tolerancia al calor, olor fuerte del sudor, hígado graso e hipodinamia (Fuentes del Toro, 2004; González, 2009; Vidal, 2006).

La obesidad infantil también trae consigo consecuencias psicológicas tales como: bajos niveles de autoestima con cuadros de tristeza, soledad, nerviosismo, imposición de etiquetas, experiencias de estigmatización y prejuicios, discriminación escolar y social, burlas relacionadas a su peso, bromas y comentarios ofensivos por parte de sus compañeros o de los mismos miembros de su familia, provocando a través de los años, una mayor probabilidad de riesgo para el consumo de drogas, cigarrillos o alcohol (Baker y Belfer, 2002; Colmer, 2007; Hollis, 2005).

Cuando se llega a la edad adulta, la obesidad es un factor de riesgo para casi una tercera parte de las enfermedades que aquejan a la humanidad, como por ejemplo: la diabetes mellitus que es la principal causa de muerte en México, la hipertensión arterial, los ataques del corazón, los tumores cerebrales, las lesiones de la espina dorsal, las piedras vesiculares, la colitis nerviosa, algunos cánceres, problemas de rodillas, espalda, cadera, tobillo entre otros (Cabello, 2006; Campollo, 1995; Campoy, 2005; Cervera, 2002; Cuatrecasas, 2002; Mata, 2005; Moreno, 2005, Fuentes del Toro, 2004; Solís, 2005). Asimismo, se indica que más de 30 condiciones médicas se asocian con las personas que padecen obesidad y que pueden ocasionar una salud pobre y una muerte prematura.

De acuerdo a Paredes (2007), la etapa infantil es donde se pueden formar los hábitos alimenticios, por lo que si el niño llega a la adolescencia con problemas de sobrepeso u obesidad, es probable que toda su vida sea obeso. Por lo cual aquellos problemas de salud que puede desencadenar esta enfermedad, deben ser tratados desde el comienzo para evitar complicaciones de salud en la vida adulta.

Según Sánchez, Beber, et al. (2006), para evitar la obesidad, es conveniente que desde los primeros meses de la vida los niños adquieran un buen hábito alimentario, asimismo la educación debe seguir en edad preescolar y escolar. Sin embargo, en esta lucha los padres son los que pueden revertir esta situación. Así pues, la educación de prácticas de alimentación saludables debe partir en los padres de familia, preferentemente en la madre, ya que es ella la que mayormente se encarga de la alimentación de los niños y es ella quien puede inculcarles a sus hijos una educación nutricional saludable.

Entre algunos padres y madres de familia aún persiste la creencia que los niños “gordos”, son niños sanos y que mientras más alimentos ingieran es mejor. Según Castells y Gascón (2002), esta idea o creencia que la "gordura" en los niños es sinónimo de salud, o que con la edad disminuirán de peso, debe desaparecer, ya que si la madre percibe que su hijo tiene menor peso al que realmente debe tener, las prácticas de alimentación estarán enfocadas a incrementar el peso comiendo en abundancia, sin embargo esto sólo le propicia el sobrepeso y la obesidad.

En la infancia se imitan algunas preferencias alimentarias de familiares y amigos y de personas que ellos consideran modelo para la alimentación. Según Restrepo y Maya (2005), la influencia de la madre es bastante fuerte en la etapa escolar sobre todo en lo referente a las

prácticas de alimentación, porque es ella quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo, los conocimientos y preferencias que tenga de la selección de los alimentos. Además contribuye con su presencia no sólo a la alimentación materna y por tanto a la supervivencia del niño, sino que es fundamental para el desarrollo durante los primeros años de vida, siendo el eje central de salud en sus hijos. Por ello, para este estudio es de suma importancia conocer las percepciones y prácticas de alimentación de las madres de familia con niños de edad escolar.

Este trabajo consta de seis capítulos. El primero está dedicado al planteamiento del problema, donde se incluye la introducción, justificación y los objetivos del estudio. El segundo capítulo se refiere a los antecedentes del problema y una amplia revisión de literatura sobre el tema. En el tercer capítulo se presentan los enfoques teóricos que guían la investigación. En el cuarto capítulo se expone la metodología utilizada para abordar el tema de investigación, en el que se explica la pertinencia de abordar el estudio bajo el enfoque cualitativo. Además, se incluyen algunos aspectos fundamentales como la selección de la muestra, técnica, captura y análisis de los datos, validez y confiabilidad y consideraciones éticas del estudio. El quinto capítulo está dedicado a la presentación de resultados y discusión de la información, en él se describen los hallazgos y son ilustrados con citas de las participantes y referencias bibliográficas. Y finalmente, el sexto capítulo se refiere a las conclusiones, limitaciones, implicaciones y recomendaciones para posteriores investigaciones referentes a este tema.

1.2 Justificación

Un primer paso en el tratamiento del sobrepeso y obesidad infantil es ayudar a la madre a reconocer el estado nutricional de sus hijos, para que de esta manera pueda tener la disponibilidad de implementar cambios si es que se requiere en las prácticas de alimentación de la familia. De acuerdo con Ortiz y Posa (2007), cuando una madre reconoce el problema que supone la obesidad y conoce las consecuencias que pueda tener para la salud de su hijo, intentará proporcionarle a su hijo una alimentación saludable y tendrá la disponibilidad de implementar cambios en los hábitos y conductas de los hijos, siempre y cuando sea por alimentación y no por enfermedades que alteren su peso corporal.

Al respecto, Guevara (2008) señala que es difícil trabajar con una madre de familia en la prevención de la obesidad si ellas no perciben el problema del sobrepeso u obesidad en sus hijos. Si la madre tiene un reconocimiento del problema, esto crea un impacto positivo, debido a que tendrá mayores probabilidades de tomar decisiones de estilo de vida para influir positivamente en el peso de su hijo, entre ellos, cambiando el entorno de alimentos del hogar, fomentando una mejor educación dietética, y estimulando la realización de ejercicio con regularidad.

En los países como Estados Unidos, Chile, Argentina, España, Inglaterra e Italia, se han llevado a cabo estudios que abordan la percepción de la madre con respecto al peso corporal de sus hijos y éstos han reportado que del 32.1 % al 87.5% de madres de niños con sobrepeso u obesidad no perciben de forma adecuada esta situación, sino que consideran el peso de su hijo como normal. No obstante, también se ha documentado que si las madres perciben de forma adecuada el sobrepeso y obesidad de sus hijos realizan acciones para revertir esta situación. Además, los resultados obtenidos han servido para fundamentar y diseñar

programas de intervención multidisciplinaria dirigidos a mantener y/o reducir el peso corporal en población infantil.

En relación con México, no existen estudios enfocados a este tema en particular, las investigaciones realizadas por otros países son positivistas con un enfoque predominantemente cuantitativo basadas en diseños experimentales (8) descriptivos, transversal y correlacionales y no experimentales (7). En la mayoría de los estudios han participado madres, en cinco de los estudios los sujetos que participaron fueron madre, padre o cuidadores y se enfocaron a descubrir la percepción sobre el peso corporal de su hijo, a través de figuras que asemejan el cuerpo de un niño o con fotografías y obtuvieron como resultado el porcentaje de las mamá, padre o cuidador que tienden a sobrestimar o subestimar el peso corporal de su hijo.

De los estudios cuantitativos sobre percepción corporal: 8 se realizaron en Estados Unidos (Akerman, et al., 2007; Baughcu, et al., 2000; Hackie y Bowles, 2007; Jaffe y Worobey, 2006; Reifsnider, et al., 2006; Evans, et al., 2005; Eckstein, et al., 2003; Maynard, et al., 2003) y los hallazgos revelaron que la madre no percibió de forma adecuada el peso de su hijo; lo subestimó, proporción que osciló entre el 31% y 79%. Respecto a los dos estudios realizados en Chile (Bracho y Ramos, et al., 2007; Díaz, 2000) y el realizado en Argentina (Hirschler, et al., 2006), se encontró que las participantes de éstos fueron madres de familia, quienes no percibieron de forma adecuada el peso de sus hijos, lo subestimaron. En los estudios realizados en Europa, 1 en Italia (Gualdi-Russo, et al., 2007), 1 en Inglaterra (Grimmett, Croker, Carnell y Wardle, 2008) y 2 en España (Madrigal-Fritsch, et al., 1999; Montero, et al., 2004), los participantes fueron ambos padres quienes subestimaban el peso del hijo con porcentajes muy similares. En el siguiente capítulo se describirán a detalle cada uno de los estudios antes mencionados (Anexo 1).

A raíz de la revisión de los estudios se denota ausencia en investigaciones con enfoque cualitativo. Debido a la naturaleza cuantitativa de los estudios revisados no intentan comprender y dar a conocer el punto de vista de las madres de familia, en su lenguaje y sus razones. Por ello, se plantea investigar este tema a partir de un paradigma cualitativo con el que se tratará de generar conocimiento científico y se buscarán soluciones diversas para esta problemática como lo es la obesidad infantil. Además este tipo de metodología permitirá tener una visión holística del problema, mostrará una manera efectiva de comprender y abordar la realidad donde se incluirán las creencias, valores, emociones, significados de las madres de familia con relación a la percepción que tienen del peso corporal de sus hijos y sus prácticas de alimentación.

El propósito de la investigación a partir de un enfoque cualitativo es ofrecer una información rica en profundidad; ya que no se reducirán los fenómenos estudiados a variables, sino se tratarán de comprender a las madres de familia dentro de su mismo ambiente, dando énfasis a los significados, experiencias y opiniones. En la cual, no se pretende medir la extensión de los fenómenos, por el contrario se buscará describir lo que existe (Bilbao, March y Prieto, 2002; Mejía, 2004; Romo y Castillo, 2002). Además, se logrará conocer la realidad del objeto de la investigación desde el punto de vista de las propias madres de familia de niños con diferente estado nutricional (niños con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad), las cuales son una pieza fundamental y están directamente relacionados con el fenómeno social en estudio: la obesidad infantil.

Es importante señalar que el supuesto que guía el estudio es que la madre de familia es crucial e importante para inculcar una alimentación saludable y por lo tanto son el principal elemento en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, ya que no se puede tratar al niño afectado si las madres no perciben la situación de peso de su hijo y sino están concientes sobre las consecuencias de esta enfermedad. No se puede cambiar y mejorar la dieta del niño si el resto de la familia continúa con los mismos hábitos dietéticos.

La perspectiva teórica que se utilizará y que servirá de base para interpretar los datos que se obtuvieron de la investigación es el construccionismo social el cual plantea que las percepciones, el modo en que las madres de familia apliquen sus experiencias al presente, las vivencias personales de su historia de vida, la influencia del contexto, la sociedad y el conocimiento teórico que tengan del tema juegan un papel importante para la construcción de la realidad de cada una de las madres de familia (Gergen, 1996).

En esta investigación la percepción es definida a partir del construccionismo social el cual menciona que la percepción que se explicita sobre un objeto, un suceso, una persona, una institución es una construcción donde se entrelazan conocimientos científicos, informaciones fragmentadas, experiencias vividas, creencias, estereotipos, entre otras, que se han creado en la interacción con otras personas y en un contexto social, cultural e histórico (Gergen, 1996).

Se pretende que los hallazgos de esta investigación contribuyan en el avance del conocimiento sobre el tema de obesidad infantil. Este estudio parte de la idea que la percepción distorsionada de la madre sobre el peso corporal de su hijo es un detonante para las altas tasas de obesidad infantil, así como también para que se realicen prácticas de alimentación desfavorables. Sobre esto, Bracho y Ramos (2007) mencionan que “la percepción adecuada disminuyen significativamente la probabilidad de presentar sobrepeso u obesidad” (p. 23). Así pues, se pretende que entre los resultados surjan sugerencias para que en el futuro se diseñen estrategias preventivas que incluyan, previo al iniciar un tratamiento, la exploración de la percepción que la madre tiene del peso corporal de su hijo.

Como el sentido de la investigación es conocer la percepción materna permitirá explorar el cómo percibe la madre el peso corporal de su hijo, por qué algunas de ellas tienen una percepción adecuada y otras subestiman o sobrevaloran el peso de sus hijos y también se describirán las características de éstas madres. Sobre esto, Bracho y Ramos (2007), indican que la percepción alterada del estado nutricional infantil es un factor de riesgo para intervenir e intentar disminuir la alta prevalencia del sobrepeso y la obesidad, ya que si la madre tiene una percepción distorsionada del peso corporal de su hijo no implementará, ni introducirá cambios en los hábitos alimenticios de sus hijos.

Por lo tanto, este estudio ofrecerá hallazgos interesantes sobre la percepción que la madre tiene del peso corporal de su hijo y si esta determina la forma en que llevan a cabo las prácticas de alimentación en la familia. Asimismo, otro de los aportes se pretende tenga el estudio es explorar a través de las madres de familia las prácticas de alimentación de la familia, ya que el papel de las madres en estas prácticas no sólo implica la realización de la actividad, sino el proceso que hay detrás de ésta. Es decir, el proceso existe desde quién administra el gasto familiar, qué comida decide preparar, cómo, cuándo y para quién la prepara. Aparentemente el hacer la comida diaria no pareciera tener mayores complicaciones,

sin embargo cuando se piensa en términos del proceso anterior, deja claro que las decisiones sobre lo que se come en el hogar puede tener implicaciones importantes sobre la salud física de sus integrantes (López-Alvarenga, et al., 2007).

Al contar con el resultado referente a las prácticas de alimentación permitirán observar si existen diferencias y similitudes en las prácticas de alimentación entre las madres con hijos que presentan obesidad, sobrepeso y peso normal. Cabe resaltar que este tipo de comparación entre grupos no se ha considerado en ningún otro estudio. Además quedará al descubierto si las prácticas de alimentación de la familia contribuyen a la condición del peso corporal del niño, ya sea para que el niño presente bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad. Al respecto, Guzmán, Gómez, García y Martínez (2008) mencionan que las experiencias de la niñez con la comida y en especial, las prácticas de alimentación utilizadas por las madres, tienen fundamental importancia en los hábitos de alimentación que los niños lleven a cabo el resto de su vida.

A pesar de la prevalencia creciente de la obesidad infantil en México, no se ha producido una vinculación consistente en la agenda política. Es por eso que frente al problema actual de los cambios en la nutrición, y en cómo desarrollar mejores herramientas que permitan intervenir en dichos cambios, es fundamental abordar esta problemática tomando en cuenta diversos aspectos, por ejemplo, una aproximación cualitativa puede entregar información sobre los significados, conocimientos, percepciones y creencias que guían a las personas en la construcción sociocultural del peso corporal y las prácticas de alimentación (Romo y Castillo, 2002).

1.3 Propósito de investigación

El propósito de este estudio es conocer cómo perciben las madres de familia el peso corporal de sus hijos y las prácticas de alimentación.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cómo perciben las madres el peso corporal de sus hijos y las prácticas de alimentación de la familia?

1.5 Objetivo general

Explorar la percepción que las madres tienen acerca del peso corporal de sus hijos de 7 a 11 años, sus prácticas de alimentación y los conocimientos acerca de la obesidad.

1.6 Objetivos específicos

- Conocer la percepción de las madres con respecto al peso corporal de sus hijos
- Explorar si la percepción de las madres sobre obesidad y sobrepeso varía de acuerdo al sexo del hijo.

- Conocer los imaginarios de las madres sobre obesidad y sobrepeso de los hijos.
- Explorar las prácticas de alimentación de la familia.
- Descubrir si existen diferencias y/o similitudes en las prácticas de alimentación entre las madres con hijos que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.
- Indagar los conocimientos que tienen las madres acerca de la obesidad.
- Conocer las propuestas que tienen las madres para combatir la obesidad infantil

Los objetivos de investigación propuestos constituyen marcos de referencia y se delinearón a partir de la construcción que los mismos sujetos de estudio realizaron frente al tema de estudio.

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1 Estudios empíricos

La revisión de la literatura indica que no existen estudios cualitativos que investiguen sobre la percepción del peso corporal de la madre a su hijo, tampoco que ésta se relacionen con las prácticas de alimentación. No obstante hay algunos estudios cuantitativos que abordan la percepción dejando claro que la percepción inadecuada de la madre tiene efectos en el aumento de obesidad infantil y es un factor de riesgo para prevenir esta enfermedad.

La bibliografía disponible se centra en estudios que exploran por separado cuestiones sobre prevalencia de la obesidad infantil, prácticas alimenticias y percepciones del peso corporal, de los cuales la mayoría se aborda a partir de un enfoque cuantitativo, por lo tanto no buscan profundizar y comprender la realidad desde el punto de vista de los participantes. Por ello, en este estudio se utilizará un enfoque cualitativo donde el principal interés es comprender profundamente un fenómeno social, además de entender los significados, lo que piensan, sienten, creen y perciben las madres de familia, lo cual subyace en su conciencia y son aspectos que no suelen ser accesibles, son realidades que no pueden conocerse de forma concreta sino que deben ser interpretadas o elaboradas a partir de las expresiones, los gestos y palabras de los sujetos estudiados.

En relación a la literatura se localizaron diversos estudios sobre el tema a investigar los cuales fueron divididos en: obesidad infantil, prácticas alimenticias y percepción del peso corporal. A continuación se detallan algunos estudios epidemiológicos, todos abordados a partir de un enfoque médico, los cuales muestran un panorama general sobre la prevalencia de obesidad infantil en distintas regiones de México y el mundo.

2.1.1 Estudios epidemiológicos sobre obesidad infantil.

Desde el punto de vista de los estudios epidemiológicos existe una serie de investigaciones que dan cuenta de la presencia de la obesidad infantil en México y en el mundo. Por ejemplo, España es uno de los países de la Unión Europea con mayor prevalencia de obesidad infantil,

y con la finalidad de conocer las tasas de obesidad en ese país, en el 2003 se efectuó un extenso estudio realizado por Serra, Ribas, Aranceta, Pérez, Saavedra y Peña, donde muestran interesantes resultados del Estudio enKid (1998-2000) Obesidad infantil y juvenil en España, los cuales indican que a partir de una muestra representativa de la población de 2 a 24 años (n= 3,534), la obesidad esta presente en el 13.9%, el sobrepeso y obesidad combinados en el 26.3% (sólo sobrepeso 12.4%). La obesidad es mayor en varones (15.6%) que en mujeres (12%). Por edades, los niños de 6 a 13 años presentan valores más elevados de obesidad. Por zonas geográficas, Canarias y Andalucía tienen las cifras más elevadas, y el noreste peninsular las más bajas. La obesidad es mayor en niveles socioeconómicos y de estudios más bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o desayunan mal.

También en relación a España, se observa que es uno de los países que más invierte en investigaciones relacionados a la obesidad infantil y han realizado estrategias de nutrición, actividad física y prevención de la obesidad, una de ella es la Estrategia de Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS) que se enfoca en medidas para combatir esta problemática tanto en niños como en adultos. Cabe aclarar que el peso y la talla se determinaron con instrumentos homólogos. La obesidad y el sobrepeso se definieron como valores del índice de masa corporal iguales o superiores a los valores de los percentiles 97² y 85, respectivamente, de las tablas de referencia españolas de Hernández et al de 1988. A diferencia de los valores que indica la Center for disease Control and Prevention (CDC) y la Organización Mundial de Salud que señala un percentil 95 para obesidad y un 85 para sobrepeso.

En América latina, investigadores como Kovalskys, Bay, Rausch, Herscovici y Berne (2005) en Argentina que ocupa el tercer lugar en obesidad infantil a nivel mundial se llevó a cabo un estudio sobre prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica, los datos presentados son parte de un estudio poblacional más amplio diseñado para determinar la prevalencia de trastornos alimentarios en la población adolescente de 10 a 19 años. De ese estudio nacional se tomaron los datos de un primer corte, que comprendió a 1.289 niños, con el propósito de investigar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, la distribución de esta patología en las diferentes regiones del país, entre diferentes grupos de edad y sexo. Se compararon los datos de este estudio con los de referencia internacional (International Obesity Task Force) y los resultados arrojados fueron que el 20.8% de los sujetos presentaban sobrepeso y 5.4% obesidad. La prevalencia de sobrepeso fue mayor para el grupo de 10 a 12 años (34.3%) y la de obesidad fue significativamente más baja en los mayores de 16 años. En Argentina a diferencia de México, la obesidad y el sobrepeso se observa con mayor prevalencia en Hombres (7.9% y 24.1%) que en mujeres (3.4% y 18.8%). No obstante, faltaría por comparar si esta tendencia se observa a nivel nacional.

En Estados Unidos, país que se coloca en segundo lugar a nivel mundial en obesidad infantil, en la ciudad de Ohio se realizó una evaluación sobre las “Tendencias en el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: 1999-2007” sus autores fueron Benson, Heather, Baer y Kaelber (2008) los cuales analizaron los datos médicos electrónicos de registro de 60.711 pacientes con edades comprendidas entre 2 a 18 años con al menos 1 de

² En España se utiliza el percentil 97 para definir la obesidad en niños a diferencias de México que se utiliza el percentil 95

niño visita al médico entre junio de 1999 y octubre de 2007. El diagnóstico de los niños clasificados con sobrepeso u obesidad se evaluó mediante el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, además se utilizó la regresión logística para examinar el impacto de las características de los pacientes en el diagnóstico y para investigar las tendencias durante el período de estudio. Los resultados obtenidos son que el 19% de los niños tenían sobrepeso, el 23% eran obesos, y el 8% (33% de los pacientes obesos) fueron severamente obesos.

La OMS en septiembre de 2006 declaró que México es el país que ocupa el primer lugar a nivel mundial en obesidad infantil. La organización en México encargada en cuestiones de salud y nutrición como es el Instituto Nacional de Salud Pública en su encuesta ENSANUT (2006) indica que la obesidad infantil de 5 a 11 representan alrededor de 4,158 800 escolares del ámbito nacional y señala que uno de cada 4 niños presenta sobrepeso u obesidad. Para conocer la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en México se han realizado estudios en zonas específicas, tal es el caso de un estudio llevado a cabo en el 2007 por Hall, Monreal, Vega, Pérez, Ochoa y Martínez, nombrado “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de Culiacán, Sinaloa México”, en el cual se obtuvo como resultado de una muestra de 363 niños de 6 a 13 años de los cuales el 19.6% presentó sobrepeso y 26.4% obesidad. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños fue de 47.8% mientras que en niñas 46.5%. De acuerdo a la ENSANUT (2006) este estado de la república es el que se encuentra en primer lugar en obesidad infantil y los resultados confirman la urgente necesidad de realizar acciones para disminuir los altos índices de obesidad, ya que el sobrepeso y la obesidad combinados representan un 20% más de lo encontrado en la media nacional, la cual equivale al 26.3%.

En el Estado de Nuevo León se han realizado 2 estudios: uno con población procedente de área rural (Cerralvo) y el otro del municipio de Guadalupe. El primero lleva por nombre “Epidemiología de la obesidad en escolares de un área rural de Nuevo León” realizado por Rodríguez, Treviño, Cantú, Sandoval (2006) y se obtuvo que de los 661 niños evaluados se excluyeron 11 pacientes, 8 por tener peso bajo (1.2%), y 3 (0.4%) por negarse a participar. De acuerdo con las tablas de percentiles de IMC se encontraron 380 niños (57.5%) con peso normal, 111 niños (16.8%) con sobrepeso y 162 (24.5%) con obesidad. El segundo estudio denominado: “Estado nutricional de adolescentes: riesgo de sobrepeso y sobrepeso en una escuela secundaria pública de Guadalupe, N. L., México”, tuvo una muestra de 120 adolescentes de ambos géneros, de primero a tercer grado de secundaria. Si bien, Nuevo León, no es el primer lugar en obesidad infantil a nivel nacional, si es uno de los estados que se encuentra arriba del promedio nacional. A pesar de que el nivel de obesidad infantil es alto en el estado no se encontraron estudios realizados en el área metropolitana y es donde se observa mayor prevalencia de obesidad infantil en comparación con la zona rural.

Es importante señalar, que en México, cerca de 50% de los estados muestran una prevalencia de sobrepeso en combinación con obesidad superior a la prevalencia nacional, la cual es de 25.9% en niños y 26.8% en niñas. En niños, la prevalencia de sobrepeso más obesidad la encabezan los estados de Baja California, Yucatán y Tamaulipas con 41.7%, 38.1% y 38%, respectivamente; por otro lado, Guerrero (15.2%), Oaxaca (17.2%) y Zacatecas (17.3%) son los estados con menor prevalencia en niños. Respecto de las niñas, los estados de Baja

California Sur (35.5%), Nayarit (35.1%) y Sonora (35.0%) poseen mayor prevalencia de sobrepeso en combinación con obesidad (Shamah, Villalpando y Rivera).

Con la revisión de estudios epidemiológicos (Anexo 1) se pretende mostrar un panorama general de cómo se encuentran las tasas de obesidad infantil en varios países. Si bien las cifras de obesidad infantil en el mundo son cada vez mayores, más preocupante se vuelve en relación a México por las altas tasas que presenta. Además, esta problemática se vuelve alarmante, ya que si un niño presenta obesidad lo más probable es que en su vida adulta continúe con esta situación. Al respecto, Gómez-Peresmitré, León y Acevedo (2011) menciona que existe un 80% de probabilidad que los niños obesos de hoy sean los adultos obesos del mañana. Cabe añadir, que en otros países como España los estudios sobre evaluación nutricional son cada vez más numerosos y han contribuido en la generación de alternativas para disminuir la obesidad infantil. Por el contrario en México a pesar de que urgen estudios que ayuden a contrarrestar esta epidemia en niños como en adultos, se dispone sólo de información muy general sobre el sobrepeso y obesidad infantil que no representa la heterogeneidad de las comunidades que conforman el país. Asimismo, en el país existe un vacío en cuanto a políticas que le hagan frente a las implicaciones que trae consigo este problema de salud como es la obesidad infantil.

Por otra parte, estudios realizados en diferentes países del mundo mencionan que si se lleva a cabo prácticas alimenticias saludables y actividad física frecuente son un factor positivo para la disminución del sobrepeso y obesidad. En los siguientes párrafos se ahondará en estudios afines a estos temas, los cuales fueron realizados en diferentes países del mundo.

2.1.2 Estudios sobre prácticas de alimentación y actividad física

Los diversos estudios sobre prácticas alimenticias muestran que es posible prevenir la obesidad en niños, si a éstos se les inculcan o promueven hábitos alimenticios saludables. No obstante, la familia y en especial la madre se vuelven un elemento importante en dicha prevención. Una evaluación llevada a cabo en Estados Unidos por Flodmark, Marcus y Britton en el 2006 reveló que es importante la promoción de programas que disminuyan los efectos de la obesidad infantil. De los 24 estudios con 25,896 niños que conformó la muestra, 8 programas informaron que la prevención tiene un efecto positivo estadísticamente significativo sobre la obesidad, 16 informaron que los resultados eran neutrales y ninguno informó que la prevención proporcionará un resultado negativo. Por lo tanto, este estudio demuestra que en la prevención de la obesidad la promoción de hábitos alimenticios es un factor que puede ayudar a revertir los problemas asociados con el peso. Algunas de las limitantes que tiene este estudio es que a pesar de que se realizó en poblaciones con diferente estrato socioeconómico no muestra el por qué los niños tienen preferencias en el consumo de comida con alto nivel calórico y el refresco.

En Latinoamérica, en Medellín, Colombia, Restrepo y Maya (2005) investigaron a “La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar un acercamiento a la cotidianidad” encontraron a partir de un enfoque cualitativo bajo una perspectiva de etnografía focalizada con una muestra de 29 escolares, 16 madres de familia, 12 profesores y 1 persona encargada de la tienda escolar; el propósito de esta investigación se enfocó a la comprensión del papel que desempeña la familia en el fomento de hábitos alimentarios y en el estado

nutricional de la población escolar. Los resultados encontrados fueron que los niños que comen junto con sus padres adquieren hábitos de alimentación más saludables que los que no practican esa costumbre; además tener acceso a alimentos en cantidad, variedad y frecuencia depende de los ingresos que genera un empleo estable y se convierte en un factor preciso que incide en la dieta de la familia y de los escolares, pero esto no es suficiente para explicar sus condiciones nutricionales debido a que las familias participantes encuentran en la conformación familiar, en las redes de apoyo social y sus estrategias de vida una forma de minimizar su situación de precariedad económica y de marginalidad.

El estudio muestra que la forma de alimentación de las familia depende de los ingresos que se tengan en casa y si un niño a la hora de la comida se encuentra con sus padres éstos pueden influir positivamente. Una de las limitaciones del estudio fue que se da por hecho que la familia es la responsable del tipo de hábitos que lleva a cabo el niño. A partir de los resultados obtenidos por estos autores se observa que se necesita investigación adicional para examinar el papel que juegan los medios de comunicación y la familia, ya que según Rodríguez (2006), señala que existe una relación evidente entre la exposición del niño a los diversos medios de comunicación y el desarrollo de la obesidad y que, cuanto más tiempo le dedique a los medios, más notorias son las posibilidades de desarrollar la obesidad y que la misma permanezca en la adultez si no se atiende a tiempo.

En Costa Rica, Núñez y Elizondo (2004) con el fin de contribuir en la reducción de la obesidad infantil, efectuaron un estudio cualitativo con 50 niños entre ocho y once años ($n = 50$), 8 maestros y 44 madres y 26 padres, donde el propósito de investigación fue identificar en la población escolar los conceptos y actitudes hacia la obesidad, sus causas y estrategias para contribuir con la disminución de este problema y analizar la información de acuerdo con la teoría sociocultural de Vigotsky, entre los hallazgos se encontró que los niños(as) expresaron su deseo de cambiar sus hábitos para ser más saludables y admitieron necesitar ayuda, a su vez, quieren independencia de sus padres. Mencionaron la dificultad de enfrentar el problema de obesidad “por pereza o por falta de tiempo”; les gustaría que “alguien” les ayudara a alcanzar metas. Los maestros mencionaron que las clases sobre las buenas prácticas saludables recibidas por los niños en la escuela, no tienen continuidad en la casa. Asimismo el estudio sugiere que los padres de familia ocupan guías para hablarles a sus hijos(as) sobre cómo pueden mejorar su salud y proveer un refuerzo positivo sobre cuáles comidas son más saludables, además de la actividad física que podrían desarrollar con sus hijos(as).

De la misma forma los(as) niños(as) necesitan personas que los apoyen y mensajes que los motiven. Para cambiar sus hábitos de alimentación y de actividad física, necesitan métodos u opciones atractivas sobre cómo cooperar con sus padres, para alcanzar metas referentes a su salud. Entre algunas de las limitaciones del estudio están: el que no se hayan incluido los datos demográficos de las madres y padres que participaron en el estudio; tampoco se homogeneizó la cantidad de niños y padres participantes; además los padres que participaron en el estudio no eran los papás de los niños entrevistados, esto hubiera ayudado a tener una continuidad en los datos. Las investigaciones revisadas en esta área sugieren que los padres pueden jugar un papel vital en las prácticas de alimentación de los niños proporcionando influencias positivas y negativas. Las limitaciones metodológicas por ser un estudio cualitativo hacen que sea difícil generalizar los hallazgos, por ello es necesario apuntar a la realización de mayor cantidad de investigaciones en este área poco desarrollada.

En el 2006 en Santiago, Chile Olivares, Bustos, Moreno, Lera y Cortez (2006) realizaron un estudio con un enfoque mixto, en una muestra constituida por 88 escolares (41 niños y 47 niñas) de 8 a 11 años de Santiago. De ese total el 68 niños y sus madres constituyeron 16 grupos focales (4 de niños, 4 de niñas y 8 de madres) en los que se estudiaron las motivaciones, barreras, sentimientos de autoestima y autoeficacia en relación a alimentación saludable y actividad física. Se utilizó el test no paramétrico para comparar el consumo calórico por grupos de edad entre niños y niñas. El análisis fue realizado con el STATA 8.2, de los grupos focales se realizó un análisis de contenido y los hallazgos que se obtuvieron fueron que existe un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas y un elevado consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas con azúcar. Más del 55% de los niños no realizaba actividad física fuera del colegio. Los niños mostraron escasas motivaciones y múltiples barreras para adquirir hábitos de alimentación saludable y actividad física entre ellas están las de: preferir ver la televisión que hacer alguna actividad física, la publicidad aumenta la preferencia por los refrescos y alimentos no saludables, los regalos que traen los alimentos los alientan al consumo, sus padres utilizan la comida chatarra como premio, escasa disponibilidad de alimentos y comida saludable, así como una baja autoestima y autoeficacia.

Otro de los resultados encontrados fue que sus madres mostraron poca motivación y baja autoeficacia para apoyar a sus hijos obesos, sobre estos los niños señalaron que no sienten apoyo de sus padres para hacer ejercicio y además que éstos no les dan permiso para salir por temor a que les suceda algo en la calle (Olivares, Bustos, Moreno, Lera y Cortez, 2006). No obstante, este estudio sólo se limitó a describir como prácticas de alimentación que comen los niños y no se tomó en cuenta cuando, dónde, con quién y para qué se come, los cuales son conceptos que también son parte de las prácticas de alimentación. Además debido a que es un estudio cualitativo los resultados no son representativos de la población Chilena.

En México, López-Alvarenga, et al. (2007), hicieron un estudio denominado: “Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferentes estratos económicos. Estudio esfuerzo”, con una participación de 300 niños de una escuela primaria del Estado (EPE) y 368 de una escuela privada (EPP), se encontró que las madres influyen 30% en las preferencias de sus hijos; esta asociación fue mayor en EPE. Además, señalan que la preferencia por alimentos ricos en hidratos de carbono simples se observó sólo en los niños, sin mayor influencia de los padres. Los refrescos regulares mostraron alta preferencia en ambas escuelas; el refresco de dieta es preferido por (EPP), pero ambas escuelas prefieren no dar refresco de dieta a los niños.

A partir del estudio antes mencionado se puede observar que si se desea modificar los hábitos alimenticios del niño es necesario iniciar la educación en los padres ya que éstos influyen en gran parte en el consumo de alimentos saludables o no saludables de sus hijos. No obstante, este estudio denota un vacío, ya que dejó a un lado otras influencias importantes en las preferencias de los niños como lo son: los medios de comunicación y la escuela. Asimismo, sólo se limita a incluir una parte de lo que se incluye dentro de las prácticas de alimentación (las preferencias). No se habla de los gustos y tipo de comida en casa.

Los estudios consultados sobre prácticas alimenticias (Flodmark, Marcus y Britton, 2006; López-Alvarenga, Vázquez-Velázquez, Bolado-García, González-Barranco, Castañeda-López, Robles, et al., 2007; Restrepo y Maya, 2005; Núñez y Elizondo, 2004), muestran que es

posible prevenir la obesidad en la edad adulta o en los mismos niños, si a éstos se les inculcan o promueven hábitos alimenticios saludables desde etapas tempranas (Anexo 1). Ante esto, la familia y en especial la madre se vuelven un elemento importante en dicha prevención. Por su parte Cabello, Ávila y Garay (2010) señalan que la escuela también es una influencia importante para el consumo de alimentos saludables, ya que si en la escuela se les inculca

En función de lo anterior, es importante recalcar que para tener estilos de vida saludables referentes a una dieta sana y balanceada, la madre de familia se vuelve una pieza fundamental que puede incidir en la dieta de la familia fomentando o incluyendo comidas nutritivas entre los miembros hasta convertirlos en prácticas (López-Alvarenga, et al., 2007; Restrepo y Maya, 2005).

Por su parte, Castells y Gascón (2002), Hollis (2005) y Mata (2005) señalan que aparte de los hábitos alimenticios saludables, lo cual incluye aprender a comer de forma adecuada, es necesario incorporar una actividad física regular para que se puedan observar con mayor facilidad disminución en el peso corporal de los niños. Al respecto diversos estudios relacionados con la actividad física y la alimentación (Bautista-Castaño, Sangil-Monroya, Serra-Majema, 2004; Sánchez, Sánchez, et al., 2006; Hernández, Gortmaker, Laird, Colditz, Parra-Cabrera, Peterson, 2000; Olivares, Bustos, Moreno, Lera, Cortez, 2006) remarcan que cuando se conjuga la actividad física y la alimentación saludable muestran resultados eficaces y alentadores en la disminución de los efectos negativos que trae consigo la obesidad infantil.

La práctica de actividad física de forma regular, si se vuelve una constante a lo largo de la vida de todos los individuos, puede traer consigo beneficios en la salud (Baker y Belfer, 2002; Castells y Gascón, 2002; Vásquez, Romero, Ortiz, Gómez, González y Corona, 2007). Sin embargo, algunos estudios sobre hábitos muestran que la población cada vez más adquiere estilos de vida sedentarios y poco saludables (Castillo y Sénz-López, 2007; Ghione y Pietrobelli, 2002; Leite de Araujo, et al, 2006; Sánchez, Esteves, et al., 2002).

Los estudios consultados referentes a las prácticas de alimentación saludable se orientan en mejorar la efectividad de las intervenciones realizadas por los profesionales de salud y educadores interesados en la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil. A continuación se detallarán estudios que muestran que la percepción de la madre sobre el peso corporal de su hijo es de suma importancia para lograr que los tratamientos o esfuerzos por revertir las altas tasas de obesidad sean exitosos, ya que si la madre no percibe a su hijo con algún problema en su peso no intentará, ni llevará a cabo medidas para controlar o disminuir el sobrepeso u obesidad en su hijo. Al respecto, Guzmán, Gómez, García y Martínez (2008) aluden que las madres, es quien regularmente fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación, ya que son ellas las que planean las comidas, las compras, las preparan y las sirven.

2.1.3 Estudios sobre percepciones del peso corporal

En los últimos años se han publicado diversas investigaciones relacionadas con la percepción de los padres y madres acerca del peso corporal de sus hijos mostrando resultados interesantes, pero ningún estudio se ha llevado a cabo en México, ni se ha abordado cualitativamente, los estudios encontrados bajo este enfoque se refieren al tema de prácticas de alimentación. De aquí la inquietud de estudiar a partir de otro enfoque las percepciones, ya que si de forma

cuantitativa se han obtenido resultados similares en diferentes partes del mundo una manera de tener otra visión del tema o complementar este tipo de estudios es a través de un paradigma cualitativo con el cual se buscará profundizar sobre el tema dándole un giro más social.

Dentro de los países que más han realizado investigaciones en este campo se encuentra Estados Unidos, en el 2000 Baughcum, Chamberlin, Deeks, Powers y Whitaker llevaron a cabo un estudio transversal que determinó los factores asociados con el fracaso de las madres a percibir cuando sus niños en edad preescolar tienen sobrepeso. La muestra estuvo conformada por 620 niños de 23 a 60 meses de edad y sus madres de todos ellos se obtuvieron datos antropométricos. Ellos encontraron que el 45 % de las madres tenían nivel de educación bajo y la obesidad fue más frecuente en ellas (30% vs 17%), y sus hijos tienden a presentar más exceso de peso. El 75 % de las madres no percibieron el sobrepeso de sus hijos. A partir de este estudio se puede concluir que las madres con bajo nivel educativo son propensas a no percibir el sobrepeso de sus hijos y padecer obesidad, sobre lo cual también se investigará en el estudio, por ello se revisará si estos resultados coinciden con los que se obtengan en este estudio. Una limitante del estudio es que no se tomó en cuenta el nivel socioeconómico de las madres, ni tampoco si pertenecían algún grupo étnico. Además este estudio se basó en una muestra pequeña y solamente participaron niños de 23 a 60 meses. Tampoco se tomó en cuenta el género de los participantes, ya que no se describe cuantos niños pertenecían al sexo femenino o al masculino.

Otro estudio realizado en Estados Unidos en el 2003 fue efectuado por Maynard, Galuska, Blanck y Serdula, en este participaron 5500 niños de 2 a 11 años y sus madres en el que se cuantificó la clasificación errónea que la madre hace con respecto al peso de su hijo. Los resultados que se obtuvieron fue que un tercio (32.1%) de las madres de niños con sobrepeso informaron que el peso de su hijo estaba en el peso correcto, en cambio, los niños con riesgo de sobrepeso, el 14% de las madres informaron que sus hijos tenían sobrepeso y el 84.7 % lo clasificaban con peso normal. Mientras que el 29% de las madres clasificaron correctamente el sobrepeso de sus hijas y el 70.4 % las consideraban con peso normal. Por lo cual, las madres presentan mayores errores de clasificación del peso cuando: tratan de percibir el peso corporal de sus hijas, de niños mayores y niños con IMC más alto para su edad. Las limitantes del estudio es que no se tomo en cuenta los datos demográficos de las participantes como lo es: la escolaridad, edad y ocupación, lo cual sería interesante constatar con una muestra representativa de la población.

En un estudio llevado a cabo por Evans, Finkelstein, Kamerow y Renaud (2005), el cual contó con una muestra representativa de los hogares de Estados Unidos (n= 1047), para examinar las características demográficas se realizó una regresión logística y los resultados revelaron que el 41% de los americanos perciben el sobrepeso y la obesidad en la niñez como un serio problema, similar al consumo del tabaco (42%), pero no tan serio como el abuso de las drogas (55%). Los resultados muestran que en relación al sobrepeso en la niñez los aspectos que contribuyen son: el consumo de comida chatarra (77%) y comida rápida (65%), seguido por el ver televisión más de dos horas diarias (57%). El 91 % de las personas consideran que los padres son los parientes más responsables en la reducción del sobrepeso en la niñez, sólo el 16% creen que es responsabilidad del gobierno.

El estudio muestra que la población estadounidense considera la obesidad infantil un problema que puede combatirse con la ayuda de los padres de familia. Por tal motivo, la investigación a realizar pretende enfocarse en uno de los padres de familia, la madre, las respuestas que ella otorgue en las entrevistas se pretende sean un punto de partida para la prevención de la obesidad infantil y en un futuro a partir de los resultados que se obtengan seguir investigando cómo es que otros ambientes también influyen en la aparición de la obesidad infantil como lo es: la escuela, los medios de comunicación, gobierno y la sociedad.

En el estado de Chicago Eckstein, Mikhail, Ariza, Thomsonc, Millardd y Binns (2006), exploraron la Percepción de los padres sobre la salud y el peso del niño, donde participaron 223 hijos y sus progenitores. Los resultados muestran que el 87% de las participantes fueron las mamás y el 35% de los hijos fueron hispanos, los autores determinaron si las imágenes permiten percibir de manera más exacta el peso del hijo en relación a preguntas por escrito. De los cuales (36%) de los padres identificaron el sobrepeso del niño con "sobrepeso" o lo mencionaban con palabras como "con poco sobrepeso" y el 70% por imágenes. Si el niño se aproximaba a los 6 años, los padres tenían más probabilidades de identificar a su hijo con "sobrepeso" y seleccionaban un dibujo de mayor peso y estaban más preocupados por el peso de sus hijos.

Por lo tanto, los padres con niños de más edad, suelen preocuparse por el peso de éstos cuando lo perciben como menos activo o más lento que otros niños y es así ahí cuando recuerdan las indicaciones del médico, en relación al estado nutricional de su hijo. La limitante del estudio fue que en los resultados sólo se indica el porcentaje de los padres que perciben o no el sobrepeso de sus hijos y en ningún momento se cuestiona el por qué la mayoría de los padres no logra percibir el peso de sus hijos. Además no se responde el por qué el instrumento por imagen es más preciso que las preguntas.

En Texas, la investigación llevada a cabo por Reifsnider, Flores-Vela, Beckman, Nguyen, Keller y Dowdall-Smith (2006), fue descriptiva transversal y la muestra estuvo compuesta por 25 díadas (madre e hijo), el 36 % de las madres eligió un IMC que representaba un peso mayor al que en realidad era, el 29% eligieron IMC que era menor al que su hijos presentan realmente. Este estudio indica que las madres tienen una percepción distorsionada sobre el peso de su hijo, subestiman el peso cuando este tiene problemas con el peso y lo sobrestiman cuando el peso es menor. Por lo tanto no se encontró congruencia entre la talla que percibieron las mamás en las fotografías y la talla real de sus hijos. Desafortunadamente las díadas no es una muestra representativa de la población, tampoco existió diversidad en relación a la raza, género, escolaridad, ocupación y edad.

En el estado de New Jersey, Jaffe y Worobey (2006) realizaron un estudio sobre las actitudes de las madres hacia la grasa, el peso, la dieta en sí mismas y sus hijos, donde la muestra consistió de 118 madres de niños de 3 a 5 años de edad. Los resultados obtenidos por correlaciones indican que las madres tienen mayores actitudes de miedo a presentar sobrepeso o están más preocupadas por el peso de sus hijos. Además, señalan que las madres son a menudo una de las personas más influyentes en la vida de un niño pequeño. En consecuencia, sus actitudes hacia la comida y las dietas puede ser un modelo para los niños pequeños.

Asimismo, el peso de la mujer a menudo afecta a todos los aspectos de su vida, muy posiblemente en las decisiones de la alimentación de sus hijos y cuando un miembro de la familia presenta problemas con el peso. Por lo tanto, en este estudio se observa que cuando un niño tiene problemas con su peso, la madre está más preocupada por su situación que el mismo niño y la madre es un factor fundamental en la enseñanza de actitudes hacia la comida o el miedo al aumento de peso. Además, se observó que el 57% de los padres de los niños con un IMC con percentil 98 erróneamente lo señalan con peso normal, en comparación al 33% de las madres. La percepción de la obesidad en sus hijos no se asoció con la edad y sexo de los niños, tampoco con el peso corporal y escolaridad de los padres.

En el 2007 se realizó un extenso estudio que abarcó diecisiete ciudades de Estados Unidos realizado por Akerman, Williams, Meunier (2007), en este se hizo una exploración sobre las medidas de masa corporal en niños en relación con lo que estiman sus cuidadores, contó con una muestra de 1205 niños (610 mujeres, 595 hombres) entre 6 y 14 años, 1205 cuidadores (903 madres, 250 padres, y 52 tutores), quedando al final 1177 personas en la muestra ya que 28 padres se rehusaron a que les tomaran medidas antropométricas a sus hijos. Los resultados indican que los padres de niños de bajo peso (n= 50) el 14% subestimo su peso, el 16% acertó y el 70% lo sobreestimo; los niños con peso normal (n= 608) el 43.1% de los padres subestimo el peso, el 7.6% percibió correctamente, el 49.3% lo sobrestimó. De los niños con sobrepeso (n= 214) el 54% subestimó el peso de su hijo, el 6.5% preciso el peso, el 39.35% lo sobrestimó; los niños con obesidad (n= 305) el 65% de los padres lo subestimó, el 7.9 acertó en el peso y el 30.5% lo sobrestimó.

Con los resultados de este estudio se puede observar que en Estados Unidos los padres de niños con sobrepeso y obesidad tienden a creer que el peso de su hijo es menor y los padres de los niños de peso normal sobrestiman el peso de sus niños. Asimismo, la percepción no se asoció con la edad, sexo del hijo y con la edad, peso, nivel educativo o grupo étnico de los padres, lo cual hubiera resultado interesante constatar con la extensión de la muestra que abarcó el estudio. Por lo que también será interesante complementar este estudio con resultados de estudios cualitativos.

En el estado de Nevada, los investigadores Hackie y Bowles (2007) realizaron un estudio descriptivo de replicación en el que evaluaron la percepción materna de niños con sobrepeso, encontrando que, de las 38 madres entrevistadas el 71% de ellas no reconocen que sus hijos se encuentran en situación de sobrepeso. La percepción de sobrepeso de sus hijos es independiente de la edad, así como nivel educativo de la madre. La mitad de las madres (50%) no adopta medidas para controlar lo que sus hijos comen. A partir de los resultados de este estudio se puede concluir que la edad y el nivel educativo de la madre no se relacionan con la percepción que la madre tiene del peso corporal de su hijo. Entre las limitantes que tiene el estudio fue que la muestra sólo se obtuvo de algunas madres que participaron en un programa de nutrición, además se observó que no tuvo gran diversidad de etnias ya que la mayoría de las participantes eran hispanas.

En Buenos Aires, Argentina, se realizó un estudio transversal por parte de Hirschler, González, Clemente, Talgham, Petticchio y Jadzinsky (2006), los resultados de la muestra, que fue de 321 niños y sus madres, mostraron una diferencia significativa en la prevalencia de distorsión de la percepción del peso corporal entre las madres de niños con normo peso (peso

normal) y aquellas madres cuyos hijos presentaban riesgo de sobrepeso o sobrepeso (17% contra 87.5%). Entre las 59 madres de niños con sobrepeso, 23.7% (n= 14) sus respuestas afirman que ellas creían que su niño realmente presentaba sobrepeso y sólo el 1.6% (n= 1) de 61 madres de niños con riesgo de presentar sobrepeso consideraban que el riesgo de sobrepeso era real. El 45 % (n= 5) de las madres de niños (n= 11) con obesidad severa consideraron que su peso era normal. Este estudio resalta la importancia del diagnóstico precoz de sobrepeso y muestra que la percepción de las madres sobre el peso corporal y hábitos alimentarios es un predictor de sobrepeso. Una limitación del estudio es que no se abordaron datos demográficos de las madres, sólo se cuestionó la edad y sexo del hijo. Por ello en este estudio se considerarían.

En el hospital Penco Lirquén, Chile, Marcela Díaz (2000) llevó a cabo un estudio sobre la percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos, la muestra comprendió 64 madres con sus niños que presentan obesidad y los resultados arrojados en relación a la percepción de la madre fueron: el 26.6% lo considera como de peso normal, el 37.5% lo encuentra un poco excedido de peso y el 35.9% muy excedido de peso. El 98.4% cree que es más sano un niño de peso normal y sólo el 1.6% considera que es más sano un niño obeso. El 98.4% estima que la obesidad puede traer consecuencias negativas para la salud. Entonces solo el 35.9% de los padres tiene una percepción adecuada del peso de sus hijo, ya que las demás madres creen que sus hijos presentan peso normal o sobrepeso. Una gran limitante del estudio es que la muestra no es representativa de la población total de 1491 niños que asisten al control del niño sano del hospital.

En Chile se han llevado a cabo estudios sobre la percepción materna en relación a sus hijos, Bracho y Ramos (2007) realizaron un estudio en Puerto Natales, en el cual encuestaron 270 madres e identificaron que la percepción del estado nutricional de sus hijos fue adecuada en un 54.07% y subestimada en un 41.48%, descubriendo que la percepción adecuada disminuyó la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. Este estudio y el que a continuación se presenta tienen en común a pasar de que se llevaron a cabo en distintos países no se asociaron con la edad y sexo del hijo, tampoco con el peso corporal y escolaridad de los padres, además la muestra en madres e hijos no es homogénea.

En el continente Europeo se han realizado estudios relacionados con la percepción del peso corporal. En Italia, Gualdi-Russo, Albertini, Argnani, Celenza, Nicolucci y Toselli (2007) llevaron a cabo un estudio que nombraron: “Peso actual y percepción de la imagen corporal de niños italianos”, la muestra se conformó de 866 niños y 778 madres, en el mismo se encontró que un mayor grado de insatisfacción por su peso se expresó por las niñas que de niños. La percepción de la madre ante el aspecto de su hijo tiene diferencias no significativo entre la media de las respuestas de los padres y sus hijos. Sin embargo, el deseo de la madre a que su hija tenga peso normal no es tan fuerte como el deseo de la hija. La figura que la madre percibe de su hijo es la misma que eligió como ideal. El 73.6% de las niñas y el 58.3% de los chicos les habría gustado ser más delgadas, mientras que sólo el 2.8% de las niñas y el 5.1% de los chicos prefieren tener mayor peso. En el sobrepeso, una inadecuada o errónea percepción del peso corporal se muestra en un 5.7% de los varones y el 8.8% de la mujeres. Entre ellos, el 2.5% de los chicos y el 3.4% de las niñas erróneamente se perciben a sí mismos como más delgados.

En Londres Grimmett, et al. (2008) en el estudio que realizaron le revelaron a los padres la situación de peso de sus hijos, este contempló una muestra de 358 niños y 287 padres. En el estudio los resultados encontrados fueron que los padres de niños con peso normal 12% (n= 28) lo seleccionaron como bajo peso, el 87 % (n= 202) peso normal y el 1% (n= 2) con sobrepeso. Los padres con niños con sobrepeso ninguno lo describió con bajo peso, el 61 % (n=26) lo eligió con peso normal y el 39% (n= 17) lo eligió con sobrepeso. Los padres fueron más precisos en identificar el sobrepeso en sus hijas que en sus hijos (59% vs 27%). Este estudio demuestra que los padres con hijos que presentan sobrepeso tienden a equivocarse un poco más en la percepción del estado nutricional de sus hijos en comparación con los padres que tienen hijos de peso normal.

En España, los estudios relacionados a la percepción se han llevado a cabo en poblaciones mayores de 15 años, por ejemplo, Madrigal-Fritsch, de Irala-Estévez, Martínez-González, Kearney, Gibney y Martínez-Hernández (1999) realizaron un estudio que tuvo una muestra representativa de la población española de 517 hombres y 483 mujeres mayores de 15 años, en donde el estado nutricional para ambos indicadores mostró mayor sobrepeso en hombres y mayor obesidad en mujeres. Se observó que el sobrepeso y la obesidad se incrementan conforme aumenta la edad, y con mayor educación disminuyen. La percepción de la imagen corporal fue distinta entre sexos, así como por edad y nivel educativo.

En Madrid, Pilar Montero, Eva Morales, Ángeles Carvajal (2004) realizaron un estudio con 158 personas que conformaron la muestra (65 hombres y 93 mujeres, de 18-30 años). Los resultados indican que el 52.3% de los hombres y el 38.7% de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, es decir, los hombres se auto perciben más correctamente que las mujeres. El 29.2% de los hombres se ven más delgados de lo que son y el 18.5% más gordos. El 8.6% de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y el 41.1% se auto perciben más gordas. Las mujeres con peso normal y sobrepeso (IMC entre 20 y 29.9) se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que las obesas (IMC>30), se auto perciben más delgadas. Por el contrario, los hombres con peso normal y los obesos se auto-perciben más delgados de lo que son, mientras que los que presentan sobrepeso se clasifican correctamente.

A partir de la revisión de éstas investigaciones se observó que a lo largo de los últimos años se han publicado diversos estudios en relación a la percepción del peso corporal de los padres hacia sus hijos; los resultados muestran cómo es la percepción de los padres o de los mismos niños hacia su imagen corporal, los estudios coinciden en que la mayoría de los padres no perciben correctamente el peso corporal de los hijos. Esto tiene una enorme trascendencia ya que según Jaffe y Worobey (2006) cuando las madres no perciben a su hijo con problemas de peso tienden a proporcionarle mayores cantidades de comida creando en el niño más tendencia a la obesidad.

Los estudios consultados dejan claro que es importante que la madre tenga una percepción adecuada en relación al peso corporal de su hijo, ya que ésta disminuye la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. Además, los esfuerzos para intentar modificar la prevalencia tienden al fracaso si los padres no son capaces de reconocer que sus hijos tienen sobrepeso u obesidad.

La literatura muestra una gran cantidad de estudios con un diseño cuantitativo y sobresale que no existen investigaciones cualitativas relacionadas a la población definida en este estudio. Debido a la naturaleza de los estudios revisados sólo dan como resultado el porcentaje o bien datos duros de cómo perciben las madres, padres o cuidadores primarios a los niños, además no todos los estudios consideran los datos demográficos de la madres: edad, escolaridad y ocupación, los cuales se pretenden incluir en el análisis de esta investigación, ya que se indagarán diferencias y similitudes entre los casos que conformen la muestra, también se buscará que la investigación no sólo se limite a conocer cuál es la percepción de las madres, sino que pretende responder el por qué las madres tiene una percepción sobrevalorada, subestimada o adecuada del peso de sus hijos y sobre todo se describirán las características que tienen este tipo de madres. De igual forma se vinculará la percepción de las madres con las prácticas familiares.

En general los estudios y estos revelan que no existe congruencia entre la percepción de las madres con el peso corporal real de sus hijos. En general, estos estudios demuestran que las madres de niños con obesidad y en peligro tienden a subestimar el peso de sus hijos, mientras que las madres de niños con bajo peso tienden a sobreestimar el peso de sus niños. Cabe resaltar, que de acuerdo a Guevara (2008) señala que los niños con sobrepeso cuyas madres no lo perciben su peso, tienen 4.5 veces más probabilidad de continuar con esta situación en la vida adulta, comparados con aquellos en los que la madre sí lo percibe.

De los estudios incluidos solo en el estudio que se realizó en Chile no se observan diferencias significativas en la percepción de la madre ante el peso corporal de su hijo. El estudio realizado en Chicago indica que los padres tienen a identificar el sobrepeso en sus hijos cuando este va alcanzando mayor edad o bien, cuando notan que es menos activo en comparación con los otros niños. La mayoría de los estudios coinciden en que la deformación de la percepción materna es un detonante importante para la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños. Además ningún estudio cuestionó el papel de la familia y el gobierno ante este tema. A continuación se describirán detalladamente los referentes que ayudaron a tener un mayor entendimiento sobre los diferentes conceptos que se utilizaron a lo largo de la investigación.

2.2 Referentes conceptuales

2.2.1 Definiendo peso corporal, bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad

Dentro de la investigación se utilizaron diversos conceptos los cuales indicaban si la persona en este caso los niños se encontraban en bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad y una forma práctica de conocer el peso corporal, el cual es definido como masa del cuerpo en kilogramos o IMC índice de masa corporal, conocido también por sus siglas en inglés como BMI (Body Mass Index), es el primer paso para conocer el estado nutricional de cualquier persona en donde se consideran dos factores elementales: Su peso actual y estatura y se utiliza la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso actual} / (\text{altura}^2)$ (OMS, 2006).

En los niños, como la clasificación del peso corporal es más complicada que en el adulto porque ocurren continuamente cambios en la composición corporal y la talla. El índice de masa corporal (IMC) en los niños, varía con la edad. Aumenta en el primer año pero luego,

disminuye y vuelve a aumentar a partir de los 6 años de edad. Por tal razón a diferencia del adulto, donde se establecen puntos de cortes fijos para definir el estado nutricional como por ejemplo, el sobrepeso y la obesidad, en la infancia y adolescencia no es posible establecer un punto de corte único, por lo que se establecen, para niños y niñas, puntos de corte dependientes de la edad (Flores, et al., 2010).

En el caso de los niños el IMC es específico para la edad y sexo, frecuentemente referido como IMC-edad, posterior haber calculado el IMC en el niño, éste se clasifica de acuerdo a su edad con meses y sexo (hombre-mujer) para obtener el percentil, el cual indica la posición relativa del IMC del sujeto entre el número de sujetos de la misma edad y sexo. Las categorías de peso para el IMC utilizadas para niños de acuerdo al percentil con: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Para evaluar el estado nutricional de los niños se puede tomar como referencia algún parámetro internacional, en este caso para el estudio se tomó el del CDC, el cual indica que cuando el IMC es igual o supera el percentil 95 se considera obesidad, sobrepeso si es igual o mayor a 85 y si tiene percentil entre 5 pero menor a 85 se encuentra en su peso normal, de bajo de este se considera con bajo peso (CDC, 2010).

Por otra parte, el término bajo peso se refiere a una persona cuyo peso se considera se encuentra por debajo de un valor saludable. En general la definición se refiere al índice de masa corporal (IMC). En los niños un percentil inferior a 5 es por lo general identificado como un peso bajo. La causa más común de que una persona tenga un peso bajo es básicamente la desnutrición causada por la ausencia de alimentos adecuados. Los efectos primarios de la desnutrición pueden ser amplificados por efecto de enfermedades; aún enfermedades relativamente fáciles de tratar tales como la diarrea pueden llevar a la muerte (Bertot, Moré, Fonseca, Rodríguez, y Ortiz, 2003).

El peso normal se define como el peso promedio de un sector de la población, expresado generalmente en relación a la altura. Las tablas de peso normal se adaptaron primero para varones y hembras, pero luego, viendo la diferencia que impone la constitución corporal, sobre todo en relación a la morfología, y por tanto al peso del esqueleto, se adaptaron a la constitución individual, para personas delgadas, medias y robustas. Y así como el peso normal, aseguran un estado de salud correcto, el sobrepeso empieza a cuasar estragos en las personas, la obesidad supone una duración de vida inferior a la de los sujetos de peso normal (Buchwald, Cowan y Pories, 2009).

El sobrepeso es un exceso de grasa moderada. La obesidad se define como el exceso de peso acumulado de acuerdo a la superficie corporal del individuo y debido a que la grasa en abundancia genera una exuberancia en el peso, por eso la apariencia redondeada y masiva la caracterizan. Igualmente, la obesidad es una enfermedad crónica que causa sufrimiento en los individuos afectados e importantes costos a los sistemas públicos de salud, debido a que incide en determinadas enfermedades, en especial diabetes, cardiopatías, afecciones hepáticas y vesiculares y otras muchas que son consecuencia de la acción directa del sobrepeso sobre el organismo: varices, afecciones de columna, artrosis, etcétera (Lakka y Bouchard, 2009 y Salmerón, 2006).

Según Garvalena (2006), los términos de sobrepeso y obesidad a menudo se utilizan como sinónimos, sin embargo, la obesidad se refiere a un trastorno metabólico que conduce a una

excesiva acumulación energía en forma de grasa corporal en relación con el valor esperado según el sexo, talla y edad. El sobrepeso denota un peso corporal mayor con relación al valor esperado según sexo, talla y edad. La primera condición es considerada como un factor de riesgo que obedece a factores tanto endógenos como exógenos y se asocia a un incremento de enfermedades no transmisibles.

A nivel mundial existen alrededor de 1.000 millones de personas con sobrepeso, y 300 millones clínicamente obesas. El sobrepeso explica el 58% de la diabetes, 21% de la enfermedad coronaria y entre 8 a 42% de diversos cánceres, el 13% de las muertes en Europa y América del Norte, 10% en países en desarrollo, pero sólo 3% en países de elevada mortalidad. En México la prevalencia de sobrepeso y obesidad comparando los datos de 1999 y de 2006, se observó un incremento a nivel nacional de 7.8 % en la prevalencia del sobrepeso y de 33.3 % en la prevalencia de obesidad, afectando a uno de cada tres niños y a 7 de cada 10 adultos (Rivera y Shamah, 2007).

2.2.2 Concepto de género

El género influye en todas las áreas de la vida de los individuos: en la construcción de identidad, en la conformación de valores, actitudes, sentimientos, conductas y en las diferentes actividades para cada sexo. Además, es una construcción que la sociedad y la cultura imponen a hombres y mujeres por medio de ideas y representaciones que se asignan a cada sexo (González, 2009).

La noción de género surge a partir de la idea de que lo “femenino” y lo “masculino” no son hechos naturales y biológicos, sino construcciones culturales. Originalmente, el concepto de género fue construido en contraposición al de sexo, en el marco de una posición binaria (sexo-género), definiendo género como los aspectos psico-socio-culturales asignados a hombres y mujeres por su medio social, y restringiendo el sexo a las características biológicas que distinguen al macho y la hembra de la especie humana (Lamas, 1996).

Para Conway, Bourque y Scott (1996), el género es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Género es, según esta definición, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado. Por lo tanto, es una construcción social e histórica producto de la cultura, que establece lo que se considera propio del hombre y de la mujer, lo cual depende de las costumbres de una determinada cultura; por eso varía de un país a otro y de una época a otra. Es decir, cambia y por lo tanto puede modificarse. También, distingue lo que en cada sociedad se distribuye a cada uno de los sexos, los roles, actividades, valores y establece las diferentes relaciones de poder y subordinación que se presentan.

El término de género lo empezaron a utilizar diversos autores de los Estados Unidos para designar las dimensiones psicológicas, culturales y sociales de la masculinidad y la feminidad, a su vez se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer y hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder/subordinación en que éstas interrelaciones se presentan. Por el contrario, sexo se utilizaba para distinguir las dicotómicas entre hombres y mujeres, basadas en las características fisiológicas que están determinadas genéticamente que

no pueden cambiarse. No obstante, las diferencias entre sexo y género son destinadas a clarificar lo biológico frente a lo cultural (Cruz, 1998).

El género determina lo que es conveniente, adecuado y posible, para hombres y mujeres son características sociales aprendidas que pueden cambiarse. Según Lagarde (1997), hace referencia al comportamiento, creencias, actitudes, rasgos personales, valores, sentimientos y actividades que diferencian lo masculino de lo femenino, a través de un proceso histórico que se desarrolla en diferentes niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley y las relaciones interpersonales.

El género es una construcción social, ideológica, cultural y económica entre lo masculino y lo femenino que define las relaciones sociales y en consecuencia, incide sobre las prácticas de paternidad y maternidad. Asimismo, Landero (2003), señala que el género puede ser entendido como una creación simbólica que interpreta la relación entre varones y mujeres como construcciones culturales, que son derivadas de imponer significados sociales, culturales y psicológicos al diformismo sexual aparente que orientan el rol de género.

Según Ariza y Olivera (1999), el género es un “sistema de representaciones, normas, valores y prácticas, construido a partir de las diferencias sexuales entre hombres y mujeres, que establece relaciones jerárquicas entre ellos y garantiza la reproducción biológica y social” (p.204). Al respecto, Lagarde (1997) menciona que el género es una construcción simbólica, que contiene propiedades de las personas a partir del sexo. Se trata de características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales que permite comprender a cualquier sujeto social cuya construcción se apoye en la significación social de su cuerpo sexuado con la carga de deberes y prohibiciones asignadas para vivir, y en la especialización vital a través de la sexualidad. Cabe aclarar que la incorporación del tema de género, se realizó después de llevar a cabo el análisis de los datos, ya que se encontraron datos interesantes sobre cómo la percepción correcta de la madre acerca el peso corporal del niño se vincula al género.

2.2.3 Percepción de la madre con respecto al peso corporal de su hijo

Considerando la importancia que las percepciones de un individuo tienen respecto a la realidad, en el sentido que influyen en las acciones de ellos mismos para lograr la conducta deseada, es importante identificar la percepción de las madres con respecto a sus hijos debido a que teniendo una percepción adecuada de la realidad pudiera mostrar conductas y actitudes favorables al desarrollo de su hijo. Según Oliver (2005), a partir de una percepción adecuada que la madre de familia tiene de las realidades y de los problemas que conlleva la obesidad, y muestre un cambio de actitudes individuales y colectivas, hará viable una participación activa en el tratamiento que pudiera requerir un niño que se encuentra en situación de obesidad.

La percepción es “el punto de vista del individuo respecto a la realidad” (p.37) o bien, es la diferencia en la forma en que las personas ven las cosas. Asimismo, la percepción de la persona sobre su propia capacidad para realizar las acciones recomendadas y lograr la conducta deseada, es considerada el aspecto que presenta mayor relación con los cambios de conducta relacionados con los factores de riesgo de enfermedades crónicas como lo es la obesidad (Martínez, 1996).

La percepción está determinada de manera natural, se podría esperar que el procesamiento fuera adecuado, pero si la percepción depende del aprendizaje, su procesamiento sería notablemente deficiente. Algunos de los elementos básicos de la percepción parecen ser naturales o adquiridos de forma muy temprana, mientras que la percepción discriminada puede necesitar un extenso proceso de aprendizaje (Oviedo, 2004). Por ejemplo, las madres con hijos que presentan sobrepeso u obesidad desarrollan con precisión la percepción del peso corporal de su hijo a medida que aprenden a complementar los estímulos con la información procedente del conocimiento en temas de salud y la experiencia de personal.

Según Guevara (2008), uno de los factores ambientales que contribuyen a la obesidad infantil es la percepción materna sobre el estado nutricional de su hijo. Una de cada tres madres no perciben a su hijo con sobrepeso, ya sea por negación psicológica o porque no comprende lo que es sobrepeso. De igual forma este autor indica que las madres con bajos ingresos, en comparación con las de mayores ingresos, son más renuentes a aceptar que sus hijos tienen sobrepeso. Muchas de ellas desconfían de las gráficas de crecimiento infantil, o bien, creen que el sobrepeso tiene poca relevancia y sólo se preocupan del peso si el hijo tiene poca actividad física o si se encuentra bajo de peso.

La deformación de la percepción materna tiene un efecto importante en la alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños, ya que todos los esfuerzos para intentar modificar la prevalencia tienden al fracaso si los padres no son capaces de reconocer si sus hijos tienen sobrepeso. Según Bracho y Ramos (2007), la probabilidad de presentar malnutrición por exceso es mayor en aquellas madres que subestimaron el peso corporal de sus hijos, con obesidad.

Al respecto, Bruss, Morris, y Dannison (2003) y González (2009) mencionan que la percepción del peso corporal aceptables puede verse influida por creencias y prácticas culturales, que varían de acuerdo con el nivel socioeconómico y los hábitos alimentarios. Por consiguiente, Núñez y Elizondo (2004) señalan que los padres de familia no utilizan términos de “sobrepeso” u “obesidad”; para referirse a estos padecimientos, más bien utilizan expresiones como “el peso”, “gordito”, “pasadito” o “gordura”. De acuerdo a este estudio realizado, para las madres de familia, las mujeres tienden a ser más “gorditas” que los hombres, aunque este problema del peso puede ser superable con los niños, con las niñas hay que tener más cuidado. Además, afirman que para los padres de familia “el peso” no representa un problema hasta que se producen alteraciones médicas de gravedad. Por lo tanto, no toman acciones al respecto porque piensan que el exceso de peso es una etapa superable para los niños. Por ello es muy importante la educación multidisciplinaria (nutriológica, psicológica y social) en la orientación para lograr una buena interacción madre-niños en relación con el peso corporal.

2.2.4 Prácticas de alimentación

Las prácticas alimentarias no son sólo hábitos, más o menos inadecuados, en el sentido de la repetición mecánica de actos, más bien, son la consecuencia de razones culturales que involucra no sólo conocer qué se come en la familia, sino quién de la familia lo hace, con quién, cómo, cuándo y dónde (Contreras y Gracia, 2005).

Para Sussekind (2008) las prácticas familiares son un conjunto de comportamiento y actitudes de los padres que transmiten a los hijos, formas de ser y estar tienen composiciones complejas, es decir, los contenidos que se transmiten y aprenden en el intercambio entre los niños y sus padres comportan innumerables sutilezas que componen una cultura histórica determinada de interacción entre los niños y los adultos.

Las prácticas de alimentación están determinadas por hábitos adquiridos desde etapas tempranas de la vida. Tales hábitos se construyen y moldean dentro del contexto social, familiar y económico en el cual se desenvuelve la persona y, generalmente, tienden a prevalecer aún cuando ciertos contextos demanden cambios en las prácticas habituales (Sedó, 2005). Por lo que es trascendente estudiarlas si se quiere modificar o adquirir nuevos hábitos.

Las prácticas de alimentación es lo que se percibe, se sienten y se piensa sobre las prácticas culinarias, los rituales de intercambio, la participación en la preparación y el consumo de alimentos, el conjunto de sistemas clasificatorios y formas de organización simbólica que definen lo comestible y aquello que no lo es, que prescriben las posibilidades de combinación y los ritmos del consumo (Pérez, Vega-García y Romero-Juárez, 2007).

Las prácticas de alimentación no son sólo hábitos, que responden a la necesidad biológica de llenar el cuerpo de alimento, sino a las condiciones materiales y las representaciones simbólicas que enuncian las relaciones sociales en las diferentes sociedades. En relación a la alimentación, los padres de familia en los niños son los que influyen y modelan sus actitudes y comportamientos (Contreras y Gracia, 2005).

En los niños los hábitos y las costumbres alimenticias son influenciados por el medio ambiente. Los hábitos del niño inician en casa con el aprendizaje cotidiano, a través de sus padres. Sin embargo, también intervienen factores sociales, económicos y culturales que se van reforzando en la escuela y en el medio ambiente en que se desenvuelve (INSP, 2006).

Según Días y Enríquez (2007), plantean que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias de la madre determinan en gran medida el estado nutricional de la familia. La madre como primera cuidadora es una influencia importante en la formación de hábitos saludables, principalmente en el desarrollo de peso y obesidad de los hijos, ya que ella es la que le proporciona a los niños la estructura básica de relación con la comida, debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día y determinar las cantidades de comida.

De acuerdo a Gómez (2004), el nivel educativo de la madre favorece al cuidado y desarrollo de sus hijos. Al respecto, González (2005) alude que los niños y jóvenes cuyas madres tienen un menor nivel educativo son los que consumen más carne, frutos secos, dulces, golosinas, aperitivos salados y refrescos, además de ser menor el consumo de verduras. Por lo tanto este autor afirma que si el nivel socioeconómico de la familia es menor, mayor es el consumo de legumbres y refrescos.

Según Gutiérrez, (2002) en las familias donde los integrantes desayunan solos se adscriben con mayor frecuencia al grupo de consumidores de desayunos de baja calidad, en cambio cuando la madre de familia le proporciona a su hijo un desayuno completo en comparación

con los que no desayunaban o realizaban un desayuno incompleto, tienden a presentar menor probabilidad de presentar problemas con su peso.

La preferencia de los niños en algunos alimentos se ve influenciada por los gustos de la madre. En un estudio realizado por López-Alvarenga, Vázquez-Velázquez, Bolado-García, González-Barranco, Castañeda-López, Robles, et al. (2007) encontraron que las bebidas de dieta, las frutas, verduras y el pescado fueron aceptadas por los niños si la madre las consumía. En cambio los papás comen platillos con carne y algunos antojitos mexicanos como las tortas e influyen a sus hijos a consumir estos alimentos.

Al respecto, Restrepo y Maya (2005) en un estudio que llevaron a cabo descubrieron que los niños que comen junto con sus padres adquieren hábitos de alimentación más saludables que los que no practican esa costumbre. Además, que las familias con mejores hábitos alimentarios no son las de padres controladores, sino aquellas en las que estos comparten la comida en la mesa y que ofrecen a sus hijos la idea de que en ese espacio se tienen más alimentos saludables para elegir y comer.

Es de gran trascendencia conocer los patrones alimentarios de los padres, ya que si son saludables su refuerzo es la forma más eficaz para asegurar una dieta adecuada en el niño de edades tempranas. Por el contrario, si es inadecuado, la intervención sobre la familia es el único medio para mejorar la calidad de la dieta del niño. Las preferencias y patrones alimentarios del niño se desarrollan precozmente y van a continuar con gran persistencia a lo largo de la vida, estando condicionados por los hábitos y creencias de los padres (Gutiérrez, 2002).

El asesoramiento a la familia en la modificación de los hábitos es un proceso activo que comprende a toda la familia. Esos cambios demandan considerables esfuerzos y apoyos conscientes, según Reyes, Sánchez, Reyes, Reyes y Carvajal (2006), los padres necesitan proporcionar alimentos y refrigerios saludables a sus hijos, considerando nutrientes con bajo contenido de grasa. A su vez, los hijos necesitan una oportunidad para que aumenten su capacidad de elección en los alimentos, además de reforzar conductas positivas, con recompensas no basadas en alimentos, dinero o regalos.

La cooperación familiar es la unidad más importante para inculcar una alimentación saludable y por lo tanto son el principal elemento en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. De acuerdo a Guevara (2008), no se puede tratar al niño que presenta un desorden alimenticio si los padres no están conscientes de las consecuencias de esta enfermedad, ni se puede cambiar y mejorar la dieta del niño si el resto de la familia continúa con los mismos hábitos dietéticos.

De acuerdo a Gutiérrez, (2002), la educación de los hábitos nutricionales del niño se comienza desde el período antenatal, con especial atención a los períodos críticos, para ellos es necesario existan asesorías nutricionales para los padres, pero también directamente para los niños y adolescentes y así se pueda controlar los índices de obesidad.

La decisión de cambio en las prácticas alimentarias no son fáciles, sin embargo se consideran algunas variables que intervienen como: las oportunidades que tiene la persona en términos económicos, el apoyo familiar, el rol en la compra y preparación de las comidas, la situación

laboral, la sensación de satisfacción y saciedad, la disponibilidad de la persona para el cambio de hábitos y la información y habilidades para preparar comidas diferentes (Sedó, 2005).

Practicar actividad física de manera habitual y mantener un peso adecuado a lo largo de la vida es el medio para protegerse de la mayoría de las enfermedades crónicas degenerativas como: enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión, infarto cerebral, osteoporosis y diabetes, ya que un estilo de vida saludable no sólo implica a la alimentación, sino también a la práctica habitual de actividad física (Ballesteros, Dal-Re, Pérez, et al., 2007).

La práctica continua de ejercicio físico en combinación con un régimen dietético adecuado, se asocia con mejores resultados en el control del peso corporal a largo plazo. El ejercicio físico debe ser constante, progresivo, aeróbico, educativo, inofensivo, adecuado y que incluya a la familia. La disminución de la actividad sedentaria está relacionada con aminorar el tiempo destinado a ver televisión, los videojuegos y a la computadora, con lo cual se ha observado mejoría en el índice de masa corporal (Vásquez, Romero, Ortiz, Gómez, González y Corona, 2007).

Los padres de familia deben estar conscientes que el simple ejercicio en su hijo puede disminuir el peso corporal, sin embargo, es más efectivo indicar ejercicio junto con el tratamiento dietético, ya que en estudios comparativos se ha demostrado que si al ejercicio se le agrega una dieta balanceada puede aumentar la pérdida de grasa de un 38 a un 81 por ciento adicional comparado con la dieta sola (Campollo, 1995)

La actividad física incrementa el gasto energético, ayuda a mostrar efectos valiosos en los niños que presentan obesidad, además es un importante componente de control de peso. El ejercicio físico actúa en la regulación del balance energético, influye en la distribución del peso corporal y además tiene efectos en la pérdida de peso (Leite de Araujo, Venícios de Oliveira, Frota, Gomes, Pessa, Soares, et al., 2006).

En la actualidad se considera que la actividad física disminuye la morbilidad y mortalidad de personas con enfermedades como la obesidad. Para López-Alvarenga, et al. (2001) la actividad física la definen como un movimiento rítmico que eleva la frecuencia cardíaca por encima de los niveles de reposo que implica el uso coordinado de varios grupos musculares, Además, se ha reconocido que tiene un efecto positivo en la salud de individuos, reduciendo la frecuencia de ansiedad o depresión y mejorando la calidad de vida.

La actividad física ayuda a mejorar la calidad de vida mejorando el bienestar psicológico y la función física. Estos efectos favorables también se han observado en los niños. Además, se ha sugerido que los niños que practican actividad física habitualmente es más probable que también sean adultos activos y tienen cierta tendencia a mantener la actividad física desde la infancia hasta la adolescencia y la vida adulta (Gutiérrez, 2002).

La utilización que la familia hace del tiempo de ocio influirá en las preferencias del niño, aunque esto también implica a muchos colectivos diferentes. Las facilidades que se le den a los niños para ver la televisión o el uso de las computadoras y videojuegos, así como sus contenidos y temáticas, influyen en el grado de ejercicio que el niño realiza en sus tiempos de ocio (González, 2005).

Al respecto, Grekin (1997), menciona que como única estrategia, el ejercicio físico es ineficaz para el logro de una baja de peso significativa, pero combinado con la dieta hipocalórica contribuye a mejorar la magnitud de pérdida de peso. Quizás su papel más importante se relaciona con las estrategias de mantener el peso y cambios en la composición corporal del individuo.

El ejercicio resulta útil para mantener la pérdida de peso o prevenir más aumento de este último, sin embargo cualquier forma de ejercicio es beneficiosa. El ejercicio aeróbico y el entrenamiento de resistencia incrementa la capacidad para eliminar grasas. El ejercicio ligero, como caminar, a menudo proporciona tiempo valioso que la familia pasa junta, e incrementa el gasto calórico (jugar baloncesto con un progenitor, o caminatas familiares) (Reyes, Sánchez, Reyes, Reyes y Carvajal, 2006; Rodríguez, 2006).

La intervención sobre la actividad física debería ser prioritaria en programas contra la obesidad infantil y los planes de prevención deberían dirigirse, sobre todo, a reducir el tiempo de inactividad física, en particular, el tiempo que pasan los niños delante del televisor y no tanto a la restricción calórica de la dieta. Respecto a los factores de actividad física existe una clara relación entre el sedentarismo y el acumulo de grasa y la posibilidad de invertir esta tendencia al aumentar la actividad física (Briz, Cos y Amate, 2007).

Por otra parte, la reducción del peso en un niño que presenta obesidad implica asegurar el aumento del gasto energético con la participación en actividades deportivas o de danza, uso mínimo de elevadores, no utilización de escaleras eléctricas, etcétera; restringiendo la ingestión de calorías y las conductas sedentarias como el tiempo excesivo frente al televisor, la computadora y los videojuegos; en otras palabras, la modificación global de la conducta del niño. Esto implica una educación integral de toda la familia, buenos hábitos de vida, conductas saludables y buen funcionamiento de la dinámica familiar (Vásquez, et al., 2007; Calzada, Dorantes y Barrientos, 2006; Hernández, et al., 2000).

Los conocimientos actuales establecen un razonamiento fisiológico que justifica que el ejercicio físico contribuye a la pérdida de peso, a mantener la pérdida y/o evitar el aumento. Cada vez es más consistente la evidencia que destaca el papel beneficioso del ejercicio físico sobre la salud en personas con peso normal en comparación con personas que tienen problemas con su peso (Gutiérrez, 2002).

2.2.5 Promoción de hábitos saludables

La implementación de hábitos saludables requiere involucrar a toda la familia, es importante que el padre y la madre acepten un cambio permanente en el estilo de vida y que las modificaciones que se implementan no se vean como un castigo o como una actividad transitoria. Además, es fundamental se reconozcan los riesgos actuales y futuros del sobrepeso y la obesidad. Calzada, Dorantes y Barrientos (2006), aluden que es conveniente diseñar un programa de alimentación y de ejercicio tomando en cuenta las características físicas, sociales, psicológicas, afectivas, nutricionales, habitacionales, culturales y económicas del niño y de su núcleo familiar

De acuerdo a Romo y Castillo (2002) la selección de los alimentos se debe a varios factores tales como: características sensoriales; factores económicos y ecológicos; percepción que tienen de los alimentos y como los clasifican; factores simbólicos ligados a ellos en relación con elementos de estatus social, de género, de edad, creencias, conocimientos y valores asignados a los mismos. Por otra parte, existen encadenamientos con otros campos simbólicos, tales como la salud y la enfermedad, la imagen y estética corporal, el placer y las relaciones interpersonales.

No obstante, las madres de familia pueden dirigir en sus hijos el aprendizaje hacia la formación de preferencias por alimentos saludables. Al respecto, Lama, Alonso, Gil-Camposc, Leis, Martínez, Suárez, et al. (2006), mencionan que para establecer el gusto de los alimentos hay que tener en cuenta el aspecto, texturas y colores. Al mismo tiempo, debe evitarse hábitos erróneos y de rechazo a alimentos saludables. Durante la edad escolar debe reforzarse o evitar que se pierda el hábito del desayuno completo, ya que la ausencia de éste se ha relacionado con el sobrepeso y obesidad

La infancia, es la etapa en la que el niño adquiere los hábitos y estilos de vida que influyen sobre su comportamiento alimentario en la etapa adulta. La prevención de la obesidad debería comenzar en esta etapa, dado que es más fácil promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables durante la niñez que modificar hábitos estructurados durante la vida adulta (Briz, Cos y Amate, 2007).

La madre desde la primera etapa de la vida de su hijo es necesario fomentar hábitos de alimentación saludables e inculque su mantenimiento a lo largo de toda la vida. De acuerdo a Ballesteros, Dal-Re, Pérez y Villar (2007), para modificar los hábitos alimenticios en los niños se debe actuar sobre su entorno (familiar y escolar). Asimismo, el autor considera que si el niño y la madre de familia disponen de suficiente información y conoce cómo realizar una alimentación equilibrada y la suficiente actividad física, adoptarán hábitos más saludables.

La manera en que una madre de familia puede fomentar hábitos de alimentación saludables en los niños es ofreciéndole los alimentos nuevos en pequeñas porciones, los menús de comida planearlos con tiempo, tratando de involucrar al niño en su elaboración y tratar de evitar la monotonía. De acuerdo a Polanco (2005), los alimentos no deben ser ofrecidos como recompensa o castigo, se debe evitar comer viendo la televisión, asegurar diariamente el desayuno, los alimentos del día se debe distribuir en 4 o 5 comidas, evitando alimentos entre horas, presentar de forma atractiva los diferentes alimentos y enseñar a probar todos los alimentos en un ambiente relajado, sin presiones, malas caras o castigos.

Las madres de familia pueden llevar a cabo medidas para conseguir una alimentación saludable en niños, implementando el consumo diario de los grupos básicos de alimentos, propiciando el consumo de suficiente cantidad de pan, cereales integrales, de 4 a 6 raciones de frutas naturales o verduras al día. Además, ingerir leche y derivados con poca grasa, comer carne con bajo contenido de grasa y huevos tres veces por semana, consumir pocas grasas adicionales (mantequilla, margarina, aceites), sal y azúcares y evitar el consumo de productos chatarra, incluyendo refrescos (Vásquez, Romero, Ortiz, Gómez, González y Corona, 2007).

Por consiguiente, González (2005) señala que en los niños se debe evitar darle o negarle determinados alimentos como premio, castigo, diversión o consolación. No es conveniente utilizar los alimentos como muestra de cariño, ni para calmar su llanto, ni para entretenerlo. De este modo, no se le debe acostumbra al niño a aplacar su mal humor, a animarse ni a llenar su vacío interior con la comida. Además, la familia a la hora de la comida es propicio evite hablar de problemas familiares o personales en la mesa, el clima de la conversación tiene que ser agradable.

Las necesidades de cada niño varían con su edad y el grado de actividad física. La alimentación debe ser equilibrada. Conforme a Lama, et al. (2006), el aporte energético debe distribuirse según el ritmo de actividad del niño, por lo que es fundamental realizar un desayuno abundante, evitar las comidas copiosas, la merienda debe ser equilibrada y la cena es necesario se ajuste para conseguir un aporte diario completo y variado.

Según López-Alvarenga, et al. (2007), los programas de prevención de obesidad infantil deben animar a las madres a influir directamente en sus hijos en el consumo de alimentos saludables, a través de que ellas mismas también los consuman. De igual manera, deben considerar metas específicas para cada uno de papeles familiares que desempeñan los miembros.

El papel de los padres tiene un papel decisivo en la adquisición de hábitos de alimentación saludables. De acuerdo a Ballesteros, et al. (2007) y González (2005), el entorno familiar es determinante para que se consigan cambios de comportamiento. Además, un cambio de hábitos alimentarios debe implicar factores psicosociales y culturales. El siguiente capítulo contiene las perspectivas teóricas que ayudaron a sustentar la metodología y el análisis cualitativo que se llevó a cabo a los largo del estudio.

CAPÍTULO 3. PERSPECTIVA TEÓRICA

En este capítulo se pretende exponer los enfoques teóricos que dieron origen al construccionismo social, en primera instancia se describe: la propuesta fenomenológica de Husserl, la propuesta sociológica de Weber y enseguida se destaca lo que tomó Schütz de éstos autores para desarrollar su propuesta sociofenomenológica. Posteriormente, se presenta y discute cómo fue retomada la fenomenología de Schütz para desarrollar el construccionismo social, del cual se desarrollaron sus definiciones y premisas con la finalidad de entender conceptos básicos que ayuden a la fundamentación teórica de la presente tesis. Se hizo especial énfasis en literatura que muestra el construccionismo social basado en las propuestas de Berger y Luckman y Gergen, esto con el propósito de respaldar la metodología y el análisis cualitativo que se desarrolla en la investigación.

3.1 Propuesta fenomenológica de Edmund Husserl

La Fenomenología es una corriente filosófica desarrollada principalmente por Edmund Husserl entre finales del siglo XIX y principios del XX, por ello se le conoce como el padre de la fenomenología cuyo propósito es el estudio de las esencias de los fenómenos. Husserl se planteó la tarea de elaborar los principios de una “ciencia rigurosa” que se ocupará de la conciencia con todas las formas de vivencias, actos y correlatos de los mismos, es una ciencia que pretende llegar sólo a conocimientos esenciales y no fijar en absoluto, hechos, debido a que busca un conocimiento del conocimiento, dejando atrás la cultura y la historia de la persona. Para Husserl (1998), el mundo es el conjunto total de los objetos de la experiencia y del conocimiento empírico posible de los objetos, es decir, que no existe mundo del cual yo no pueda tener una experiencia.

Según González de la Fe (2003), la fenomenología estudia los “fenómenos”, es decir lo que aparece en la conciencia, lo dado; trata de explorar precisamente eso que es dado, la cosa misma en que se piensa, de la que se habla y recupera al sujeto racional que está detrás de todo

hecho y que directamente se pone como razón, pero ésta no se deriva de nada, es absoluta, des-ligada, no depende de hechos. En lugar de la tradicional conciencia que ingiere o digiere el mundo exterior, la fenomenología revela una conciencia que no es nada, salvo una relación con el mundo. “La fenomenología de Husserl pretende reconstruir un sujeto racional que sea a la vez sujeto del mundo y objeto en el mundo (p. 168).”

De acuerdo a Leal (2007), la fenomenología hace una crítica a los fundamentos y métodos de la ciencia natural, por considerarlos producto de la actitud ingenua del naturalismo y el positivismo, ya que pretende generar el conocimiento verdadero del mundo a partir de presupuestos –describiendo un mundo previamente dado–, sin atender a los objetos en la forma como éstos se presentan a la conciencia, que es la instancia creadora de todo conocimiento.

Tanto para la ciencia natural como para la fenomenología, el conocimiento se produce a partir de la experiencia, pero mientras que la ciencia natural concibe una experiencia mensurable y susceptible a descripción objetiva; la fenomenología la concibe como ambigua, variable y casi siempre indescriptible por medio del lenguaje. La experiencia es vivida, sentida, inmediata y, sobre todo, única, por lo que sólo puede ser accesible a la conciencia de la persona que la vive (Rusque, 2003).

Por su parte Maza (2005) señala que la realidad, no es el conjunto de las experiencias reales y posibles, la vida subjetiva no se deriva entonces de los hechos del mundo, sino al contrario. En la percepción de una cosa lleva a la conciencia de ésta, y luego a la vivencia. La conciencia humana es intencional, es decir produce actos cuya característica es el no quedarse en sí mismos sino ir más allá, por lo que la conciencia intencional es lo que permite que se represente mediante la actitud natural y la actitud fenomenológica; la primera es la que se mantiene en la vida ordinaria, la objetiva; y la segunda es en la que se interrumpe para fijarse en la experiencia de las cosas en un tiempo subjetivo.

La fenomenología propone que se pase de la actitud natural a la actitud fenomenológica describiendo los fenómenos de la conciencia, sus intencionalidades, y para conseguir y garantizar que así sea tienen que darse dos operaciones simultáneas: la epojé y la reducción eidética. La epojé es poner entre paréntesis algo del mundo ordinario, lo suspende para entonces volver a los actos, a las cosas mismas a fin de alcanzar el residuo fenomenológico de la conciencia trascendental, o bien la esencia, o descubrir un nuevo reino de la experiencia, o crear una nueva. La reducción se refiere a reducir, re (con) ducir la realidad como tal a la representación de la misma en el sujeto, para hacer de ella una experiencia de la realidad, que es lo que constituye a la conciencia. Reducir es en el fondo transformar todo lo dado en algo que enfrenta al fenómeno y revela los caracteres esenciales del yo (Arenas, 2012).

A manera de conclusión, la filosofía fenomenológica de Edmund Husserl (1998), analiza la vida interior del individuo, esto es, sus experiencias de los fenómenos o apariencias tal y como ocurren. Él examina cómo es el mundo o cómo se le aparece al individuo al hacer abstracción de las afirmaciones acumulativas de la ciencia y de la opinión recibida. Husserl comienza a partir del supuesto de que la experiencia no se "da" simplemente a los individuos sino que es intencional e implica que la persona dirija su atención hacia los objetos que hacen que su experiencia sea como es. Estos objetos se perciben a la luz de las experiencias pasadas y el

conocimiento adquirido, resultando en lo que Husserl denomina una apercepción, o una atribución espontánea del significado de lo que se da en la percepción sensitiva. Toda conciencia, es por tanto, conciencia de un objeto y, por consiguiente, parte de una construcción del individuo que dirige su atención hacia los objetos de su conciencia. Husserl piensa que la persona se puede librar de las presuposiciones que acumula sobre el mundo y reduce la experiencia a elementos básicos y estructura subyacente.

3.2 Propuesta sociológica de Max Weber

Max Weber rechaza el método de investigación sociológica emprendido por el positivismo para definirlo sobre la base interpretativa, propuesta que se encuentra en su obra *Economía y sociedad*, y de la cual se va alejando en sus escritos posteriores en tanto se centra en el análisis de las estructuras. Sin embargo, en sus conceptos de sociología y de acción social se pueden identificar algunos de los presupuestos de dicho paradigma., ya que ambas ideas conforman una teoría compleja y necesaria para la Sociología Comprensiva, en el cual a la sociología la define como una ciencia que pretende entender, interpretando la acción social para de esa manera explicarla causalmente en su desarrollo y efectos (Hernández y Galindo, 2007)

Por otro lado, se entiende por "acción " una conducta humana en la que el individuo, o individuos, que la producen, la establecen con un sentido subjetivo. Para la sociología la acción social, se refiere de manera general, al análisis del comportamiento humano en los diferentes medios sociales. Y Max Weber define la acción social como cualquier tipo de proceder humano orientado por las acciones de otro, las cuales pueden ser presentes o esperadas como futuras (Leal, 2007).

La actuación de otro, sirve como elemento para diferenciar las acciones con significado de los individuos, de una acción ante un estímulo cualquiera. Así pues, al momento en que Weber considera a la acción social como el objeto de la sociología, reconoce el papel que tiene el actor (quien realiza la acción), el cual orienta su acción en función del otro, con quien comparte códigos que hacen posible el entendimiento.

En este sentido Hernández y Galindo (2007), señalan que cuando Weber plantea el concepto significado subjetivo parece implicar que una acción tiene un único significado y que este significado surge enteramente del actor que realiza la acción. Dado que, según Weber, el sociólogo nunca puede conocer realmente lo que está en la mente de un actor, la única descripción que puede dar del significado es idealizada y exagerada. Además, si las comprensiones de cada actor son completamente subjetivas en el sentido de Weber, el sociólogo tiene que explicar cómo estas comprensiones se mezclan suficientemente para poder producir pautas estables y ordenadas de vida social invocando alguna fuente externa de acuerdo, de aquí se puede inferir la idea que una acción siempre se encuentra permeada por una relación social.

3.3 Propuesta fenomenológica de Alfred Schütz

El más claro acercamiento entre la Fenomenología y la Sociología se da con la Sociología Fenomenológica, cuyo máximo representante es Alfred Schütz. La propuesta del autor está

basada en la filosofía de Husserl y en el método de comprensión de Weber anteriormente descritas.

Según Rizo (2009), la propuesta sociofenomenológica pone énfasis en la interpretación de los significados del mundo y las acciones e interacciones de los sujetos sociales, y no tanto en el sistema social ni en las relaciones funcionales que se dan en la vida en sociedad. Del mundo conocido y de las experiencias compartidas por los sujetos se obtienen las señales, las indicaciones para interpretar la diversidad de símbolos. Asimismo, los sujetos comparten experiencias, interactúan y se comunican, y como producto de estas situaciones de interacción obtienen las señales necesarias para comprender la realidad.

Schütz presenta por primera vez sus ideas a comienzos de la década 1930-40 y estaba de acuerdo con Weber en que el entorno social se experimentó como una realidad socialmente significativa, en donde el mundo social cotidiano es una “realidad interpretativa”. En consecuencia, el sociólogo, cuando investiga, debe intentar captar los significados subjetivos que los actores asignan a sus acciones (Leal, 2006).

De acuerdo a Caballero (1991), a través de Schütz es posible comprender las acciones desde conceptos weberianos, además señala que el análisis de Weber se centró en establecer los fundamentos de la Sociología Comprensiva, la cual desarrolla de forma profunda la noción del sentido subjetivo que el actor individual enlaza a su acción. No obstante, Schütz no se queda en estos supuestos, sino que avanza a la idea de una comprensión observacional, que es la que se ejerce cotidianamente en las relaciones con otros, objetivando lo observado y dándole una interpretación, pero sin arriesgar una interpretación de lo que el actor intenta significar. La comprensión motivacional implica un conocimiento del actor, de su configuración y del significado que podría darle a su acción, de modo que la observación proporcione lugar a una interpretación que atribuya motivos a la acción.

En la comprensión motivacional se distinguen dos clases de motivos. Los motivos “para” se desarrollan en la conciencia del sujeto y son atribuidos a fines deseados y a objetivos propuestos; son subjetivos y se refieren al futuro. Los motivos “porque” se refieren al contexto de la acción o a una predisposición psíquica del sujeto, son objetivaciones de aspectos que rodean la acción; por su carácter causal tienen una referencia al pasado (Campbell, 1992).

Cabe aclarar que a Schütz le atraía el pensamiento de Weber, pero intentó explicarlo y desarrollarlo a la luz de la filosofía “fenomenológica” de Edmund Husserl. Con el paso del tiempo incorporó este método a las ciencias sociales, con el que buscó analizar la relación entre subjetividad y acción siguiendo y estableciendo los fundamentos de la disciplina sociológica. Este giro fenomenológico lo realizó hasta 1962 y 1967 donde definió a la realidad como un mundo en el que los fenómenos están dados, sin importar si éstos son reales, ideales o imaginarios. En este mundo, los sujetos viven en una actitud natural, desde el sentido común. Esta actitud frente a la realidad permite a los sujetos suponer un mundo externo en el que cada sujeto vive experiencias significativas y asume que otros también las viven, pues es posible ponerse en el lugar de otros; desde esta actitud natural el sujeto asume que la realidad es comprensible desde los conceptos del sentido común que maneja, y que esa comprensión es correcta (Leal, 2006).

Al aplicar la filosofía fenomenológica de Husserl, Schütz señala que es necesario situar los fundamentos de la sociología no al nivel de la acción en cuanto teorizada desde la perspectiva del sistema, sino al nivel de la acción en cuanto experimentada por el actor en el mundo de la vida cotidiana. El mundo social, dice Schütz, es experimentado, es organizado, ordenado y está ahí fuera. Es independiente de cualquier individuo concreto, preexistiéndolo. La facticidad del mundo no es una hipótesis que los individuos buscan comprobar, sino algo incuestionable. De acuerdo a este autor es aquí donde se ve la influencia de Husserl sobre Schütz, especialmente en el concepto de la actitud natural de la vida cotidiana, concepto clave en la filosofía fenomenológica (Campbell, 1992)

De acuerdo a Husserl, el fenomenólogo con actitud plenamente filosófica, lo percibido lo pone entre paréntesis, es decir: suspende el juicio sobre ello. Por el contrario Schütz rechaza este objetivo filosófico y reconoce el valor de estas ideas para el análisis de la experiencia social. En la vida diaria no es posible dudar constantemente de la realidad de las cosas: el mundo social está ahí, para las personas y para su entorno. Al mismo tiempo, cada persona, en términos de las experiencias personales, tiene que dar sentido a este mundo y el sentido se realiza utilizando lo que Schütz llama “conocimiento de sentido común”, concepto que se refiere al conocimiento del mundo social que tienen los actores por el hecho de vivir en su mundo cotidiano. La idea del actor sobre el carácter ordenado y comprensible del mundo que lo rodea deriva del uso que hace de este conocimiento de sentido común. Así, el conocimiento de sentido común permite categorizar y nombrar la realidad que se experimenta, viendo de qué tipo de realidad se trata (Caballero, 1991).

Schütz señala que el método fenomenológico, tiene su fundamento en la reducción fenomenológica, esto es, una suspensión de la conciencia que aparta de las tipificaciones del sentido común. Esta actitud que desvincula la conciencia temporal interna del mundo temporal es llamada epojé. Mediante la epojé se puede investigar “el significado de una experiencia en la conciencia temporal interna”, pues permite llegar más allá de lo que permiten las tipificaciones del sentido común (Leal, 2006).

Finalmente, el interés de Schütz se enfoca sobre el estado de reducción fenomenológica por medio de la cual el filósofo se libera de todas sus preconcepciones teóricas y científicas sobre el mundo que existe "ahí fuera" y analiza el significado o sentido del fenómeno tal y como se experimenta. Husserl continúa a partir de ahí purificando la experiencia de todos sus elementos empíricos incluyendo la propia contribución que el individuo hace a sus experiencias, poniendo así al descubierto la estructura última de la conciencia en general. Pero Schütz se mantiene en el nivel del análisis psicológico, proponiéndose la tarea de analizar la experiencia social esto es, la experiencia que se tiene de otra gente. Su objetivo es descubrir los elementos de la vida social. Su método es reflexionar sobre la experiencia social la conciencia que tienen las personas cuándo interactúan con los demás o la intención de la vida social (Campbell, 1992).

3.4 Orígenes del construccionismo social

El construccionismo social constituye una posición formulada por Berger y Luckman en 1966. Procedente de diferentes enfoques teóricos, como: la posición fenomenológica de la sociología formulada por Schütz, donde este a su vez tomó como referencia la propuesta fenomenológica

desarrollada por Husserl y la "sociología interpretativa" de Weber, esto permitió la descripción de las invariantes "estructuras del mundo de la vida" y los procesos de externalización, objetivación e internalización, las cuales dieron forma a un paradigma teórico encargado de las construcciones sociales de la realidad, la cual otorga mayor importancia a la subjetividad y a como las experiencias sociales se convierten en significativas para las personas.

La propuesta de Schütz retomada por Berger y Luckmann parten de que los sujetos crean la sociedad y de que ésta se convierte en una realidad objetiva que, a la vez, crea a los sujetos. El eje básico se encuentra en el concepto de intersubjetividad, comprendida como el encuentro por parte del sujeto de otra conciencia que va constituyendo el mundo en su propia perspectiva. La intersubjetividad no se reduce al encuentro cara a cara, sino que se amplía a todas las dimensiones de la vida social. Así, tanto Berger y Luckmann como Schütz abandonan la concepción de la intersubjetividad como flujo de conciencia interior y la conciben como el vivir humano en una comunidad social e histórica. Sus propuestas implican un tránsito de lo individual a lo social, de lo natural a lo histórico y de lo originario a lo cotidiano (Rizo, 2009).

Igual que Schütz, Berger y Luckmann (2003) conciben a la realidad de la vida cotidiana como una realidad intersubjetiva, compartida con otros. La interacción cara a cara es considerada como la más importante de las experiencias de interacción social, porque de ella se derivan todas las demás situaciones de interacción. La realidad de la vida cotidiana es aprehendida en un continuo de tipificaciones que se vuelven progresivamente anónimas a medida que se alejan del "aquí" y "ahora", de la situación de interacción cara a cara.

3.4.1 El construccionismo social y sus postulados

En el presente estudio el construccionismo social, proporcionó las bases para explorar cómo es que las madres de familia perciben el peso corporal de su hijo y qué vínculo tiene con las prácticas de alimentación de la familia. De acuerdo al construccionismo, la percepción que se explicita sobre un objeto, un suceso, una persona, una institución; es una construcción donde se entrelazan conocimientos científicos, informaciones fragmentadas, experiencias vividas, creencias, estereotipos, entre otras; que se han creado en la interacción con otras personas y en un contexto social, cultural e histórico. Al respecto Gergen (2007), menciona que "la percepción no es la recepción o duplicación de la información que viene de afuera, sino la construcción de las invariabilidades por medio de las que el organismo puede asimilar y organizar la experiencia" (p.222).

El construccionismo social plantea que la realidad es construida por el sujeto y está conformada por medio de la interacción con los demás. A su vez, se interesa específicamente por la construcción interindividual de la realidad, principalmente mediada por el lenguaje (Berger y Luckmann, 2003). Por lo tanto, la realidad no es objetiva y el objeto de conocimiento no es algo que está afuera ni dentro de la mente del sujeto. Lo que se conoce y observa como "verdad" es un producto, no de la observación objetiva del mundo sino que es generada de los procesos sociales y las interacciones en las cuales la gente está constantemente compartiendo con otros.

A su vez, el construccionismo social busca explicar cómo las personas describen y entienden el mundo en que viven, validando la idea de que el sujeto desempeña su papel activo en la sociedad. Lo presenta como un intento de superar los postulados del empirismo y del racionalismo para ubicar el conocimiento dentro del proceso de intercambio social. En esta perspectiva el lenguaje es un elemento crucial en la construcción de la realidad social, y también del sujeto (Gergen, 1996).

Para Berger y Luckmann (2003), la sociedad existe como realidad objetiva y subjetiva dentro de un conjunto de procesos dialécticos compuesto de tres momentos antes mencionados: externalización, objetivación e internalización, que se dan en forma simultánea y no de manera secuenciada en términos de temporalidad. La externalización es un proceso de expresar significados, es una manifestación de los procesos subjetivos de otros, que en una dinámica de interacción se torna subjetivamente significativo para el sujeto. Así pues, cuando el proceso de externalización es compartido por el conjunto de los sujetos se genera el proceso de objetivación, lo cual implica la redefinición de los fenómenos subjetivos permitiendo la comprensión de tales fenómenos como cosas y es cuando las personas pueden tener una visión compartida sobre la realidad.

Desde este proceso surge como tercer elemento la internalización, esta ocurre cuando las personas incorporan en su subjetividad un sistema de valores y creencias mediante el proceso de socialización, donde las experiencias estereotipadas se constituyen en entidades reconocidas y memorables (Berger y Luckman, 2003). Desde este punto de vista la socialización en cada una de las participantes del estudio es un proceso que incluye su historia de vida, a través de la cual las prácticas, ideas, comunicaciones, forjan su identidad individual y la hacen ser ellas en esencia y también en su identidad social como parte de un grupo con el cual comparte costumbres, realidades de la vida cotidiana, ideas y emociones.

A partir de lo anterior Berger y Luckmann (2003), destacan dos tipos de socialización, la primaria y la secundaria. La socialización primaria se da en la niñez, podría decirse que es donde se forman las bases para comprender el mundo que la rodea. Al nacer la persona encuentra una sociedad ya formada en la cual se inserta llegando a ser miembro de ésta. La madre de familia en su niñez atravesó por la socialización primaria por medio de ella se convirtió en miembro de la sociedad y su primer contacto directo es la familia. Aquí interiorizó, el mundo que existía antes de que ella naciera, así como las normas, costumbres y valores. Las definiciones que las demás personas hacen de su situación le son presentadas como realidad objetiva. En su niñez se identificó con los otros significantes en una variedad de formas emocionales, aceptó los roles y actitudes de los otros significantes, es decir los internalizó y se apropia de ellos, por esta identificación con los otros significantes, se volvió capaz de identificarse ella misma, adquirió una identidad, aceptando el mundo que los demás le presentaron.

La socialización secundaria es cualquier proceso posterior que induce al individuo ya socializado a nuevos sectores del mundo objetivo de la sociedad. De acuerdo a Berger y Luckman (2003), este tipo de socialización es “la internalización de submundos” institucionales o basados sobre instituciones. Su alcance y su carácter se determinan, pues, por la complejidad de la división del trabajo y la distribución social concomitante del conocimiento” (p. 172). Las madres de familia en la socialización secundaria internalizan

“submundos institucionales” (el de la vida familiar, escolar, del trabajo, etc.) donde cada “submundo” supone que ella tenga un cierto lenguaje específico, esquemas de comportamiento y de interpretación de las cosas, más o menos estandarizados e ideas particulares de la realidad destinadas a justificar las prácticas habituales. La socialización secundaria es el tipo de socialización que la persona experimenta cada vez que se incorpora a nuevos ambientes humanos, por lo que las madres de familia estarán expuestas a ella a lo largo de toda su vida, en las distintas oportunidades en que pasa a formar parte de un nuevo grupo de personas o a un nuevo estrato de la sociedad.

Por otro lado, Gergen (1996) señala que el construccionismo social fundamenta sus planteamientos en cuatro premisas: en la primera se menciona que los términos con los cuales se entiende el mundo no surgen de, ni corresponden con lo que el mundo es realmente. Así que, no hay correspondencia entre mundo y lenguaje, si se establece alguna comunicación entre ellos es únicamente por un cierto tipo de conversación. De esta manera lo que se considera conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, sino que está establecido por la cultura, la historia o el contexto social.

La segunda premisa indica que los términos bajo los cuales el mundo es entendido son artefactos sociales productos de intercambios históricos entre personas. Los modos de describir, explicar y representar la realidad derivan de relaciones. El lenguaje adquiere significación de acuerdo al contexto social en el que se desenvuelve la persona. Los significados nacen de los procesos de coordinación, desacuerdos, negociaciones entre personas, nada existe por sí, sino que las relaciones anteceden a las cosas o en otras palabras la construyen (Gergen, 1996). Por ejemplo: la alimentación varían en su sentido según la época histórica. La manera en como una madre de familia describa, conozca y signifique la percepción que ella tiene del peso corporal de su hijo y la alimentación de su familia dependerá del contexto en el cual vive y se relaciona, así como también de su historia familiar pasada.

La tercera premisa indica que en la medida en que se describa, explica o representa la realidad así se le da forma al futuro. Las descripciones del mundo son en sí misma una forma de acción social que tiene consecuencias. El grado en que una manera particular de entendimiento prevalece o se sostiene a través del tiempo no está relacionado estrictamente con su validez empírica de la perspectiva en cuestión sino de las vicisitudes de los procesos sociales. Así pues, si existe algo denominado mundo es sólo una creación del lenguaje, en la medida que las prácticas se modifiquen, el mundo lo hará también (Maldonado, 2006).

En la cuarta premisa se menciona que las formas de entendimiento negociado son de crucial significado en la vida social, en la medida en que se conectan integralmente con otras actividades que las personas realizan en sus vidas diarias. La reflexión sobre las formas de comprensión es vital ya que los valores que fundamentan las ideas tienen un efecto directo sobre la realidad. Por lo tanto el enfoque que se da es que no existe acceso objetivo a la realidad, ya que ésta es de actividad social. La realidad no es unívoca: existen diferentes versiones de ella dictadas por diferentes tradiciones (Molinari, 2003). Por lo cual, no existe una realidad única, sino varias realidades ya que está depende de la cultura de cada persona, contexto y época histórica.

En términos generales, el construccionismo social constituye una perspectiva de aproximación a la comprensión de los fenómenos psicosociales que contempla la integración de la mutua influencia y reciprocidad entre los aspectos individuales particulares y los aspectos socioculturales. Es decir, se centra en la relación que existe entre los sujetos que participan de una cultura común, y que desde su propia experiencia y subjetividad van construyendo realidades en el lenguaje social (Donoso, 2004).

3.4.2 El construccionismo social y la realidad

El construccionismo social estudia las múltiples realidades construidas por las personas, las implicaciones de esas construcciones para sus vidas y sus interacciones con otras. Esta filosofía construccionista es desarrollada en la tesis de la relatividad ontológica, la cual sostiene que los señalamientos defendibles sobre la existencia dependen de la visión de mundo y que por lo tanto no está determinada por datos empíricos sobre el mundo (Chase, 2005). Para Berger y Luckman, (1994), "la realidad se construye socialmente y la sociología del conocimiento debe analizar los procesos por los cuales esto se produce" (p. 13).

De acuerdo a Gergen (1996), un enfoque a partir de una mirada construccionista tiene como objeto de estudio las percepciones, interpretaciones y construcciones semánticas de los sujetos que se generan en un espacio de diálogo compartido por varios individuos. Se exploran validando el conocimiento que surge en la conversación y en la interpretación que se realiza en la convivencia. "Debido a que nuestras formulaciones conjuntas, sean las que sean, están incorporadas a nuestras pautas de acción, éstas formulaciones tienen una enorme importancia para la construcción de nuestro futuro" (p.21).

Para Gergen (2008), las construcciones de las cosas, en este caso de las percepciones, son creadas por la cultura, vecindario, familia, salón de clases, lugar de trabajo, etc. Las creencias sobre el conocimiento, la objetividad, los valores, y el lenguaje son moldeadas por los esquemas o tradiciones culturales. Por tanto, las investigaciones realizadas por el construccionismo ven la realidad en una forma holística.

La importancia de esta perspectiva es destapar las maneras en las cuales los individuos y los grupos participan en la creación de su percepción de la realidad, implica mirar la manera de como son creados los fenómenos sociales, y hecho tradiciones por los seres humanos. La realidad social construida se considera en marcha, como proceso dinámico; reproducida por la gente que actúa en sus interpretaciones y su conocimiento (Fernández-Ramírez, 2009).

De acuerdo Fernández (2006), la realidad no existe con independencia del modo de acceso a la misma, sino que resulta de las prácticas que se articulan para representarla. Estas prácticas de objetivación incluyen el conocimiento (científico o no), las categorías conceptuales, los sistemas de convenciones lingüísticas y son contingentes e históricas, es decir, cambiantes y relativas a una cultura dada.

Esta perspectiva de conocimiento de "realidad" permite reflexiones que indican que lo que se toma por explicaciones correctas y objetivas de la naturaleza, es sólo un subproducto de los procesos sociales que aportan la idea de que "la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo" (Taylor y Bogdan, 1994, p.21). La posición

que asumen las madres de familia frente a la situación de peso de sus hijos, la forma en que vive y cómo experimenta los acontecimientos y hechos en sus prácticas de alimentación, es influido por experiencias y significados sociales aprendidos.

Un mismo objeto y situación puede ser contada y significada de distinta forma según la construcción personal de cada quien. Si bien esto es cierto, la propia experiencia también marca una percepción común, lo que Berger y Luckman (2003) explican como sentido común, aquello que comparto de la realidad con las demás personas. La realidad está llena de significados personales y colectivos y la vida cotidiana está formada por ambos significados, se acomoda en la historia individual como en la social. Los significados culturales provocan identificaciones con prácticas, alimentos, afectos, etc., según como se ha construido la persona individual y socialmente.

Al respecto Gergen (2008), menciona que los significados que se le atribuyan al mundo no son inherentes a las cosas del mundo, éstos emergen, cuando se interactúa con ellas; el significado y la verdad no están ahí para ser descubierta sino para ser construida por interacciones. La intención del construccionismo no es descubrir la verdad en tanto revelada sino en tanto construida e impregnada de significado.

Por lo tanto, el conocimiento del mundo no es adquirido en una forma pasiva, sino que, es adquirido a través del involucramiento con el mundo y a cómo se le atribuye el significado a las percepciones del mundo. Asimismo, el significado lo crea cada persona, éste no está "allá afuera" para ser descubierto. El involucrarse con el mundo, e involucrarse unos con otros, significa construir significados de las experiencias (Gergen, 2007).

Los significados no son consubstanciales a las cosas sino que se generan en la interacción colectiva entre las personas en las diferentes situaciones de la vida social. Procesos sociales como la percepción no son características fijas e innatas de los individuos, sino que surgen en la interacción social, no preexisten a las relaciones sociales sino que se crean en ellas, de acuerdo a la época en que se vive, a la cultura y a su historia. Por lo tanto, las percepciones, emociones, los deseos y los conceptos están constituidos socialmente y las prácticas, descripciones, explicaciones y respuestas de las personas son las acciones sociales mediante las cuales se reproduce, mantiene y cambia la realidad (Layunta e Íñiguez, 2005).

El construccionismo social considera que los significados que la sociedad le otorga a las diferentes dimensiones de la vida social y la cultura son importantes para fundamentar las percepciones que las personas le dan a su propia vida (Gergen, 2007). De esta manera permitirá comprender y analizar las construcciones que se relacionan con la percepción del peso corporal como lo son las prácticas de alimentación. Según Munné (1999), la realidad es lo que las personas interpretan como realidad y a partir de la cual se realizan ciertas acciones. En este caso las experiencias que viven las madres de familia son fundamentales para la construcción de la percepción del peso corporal de sus hijos la cual es recordado a través del lenguaje por cosas que se dicen, relatos y palabras.

De acuerdo a Berger y Luckman (2003) cada persona tiene su propia historia de vida en la cual las prácticas, percepciones, comunicaciones, forjan su identidad individual y la hacen ser

ellas en esencia y también en su identidad social como parte de un grupo con el cual comparte costumbres, realidades de la vida cotidiana, ideas, emociones, etc.

Por su parte, Gergen (1996) señala que “Las personas actúan respecto de las cosas, e incluso respecto de las otras personas, sobre la base de los significados que éstas cosas tienen para ellas. Y son sus interpretaciones y definiciones de las situaciones lo que determina la acción” (p. 24)... “el proceso de interpretación es un proceso dinámico. La manera en que una persona interprete algo dependerá de los significados de que se disponga y de cómo se aprecie una situación” (p. 25).

Para Gergen (1996), las palabras dan expresión a las propias percepciones («el modo como veo el mundo»), las emociones («el modo como me siento») y numerosos otros estados y condiciones (como son las intenciones, las ideas y los motivos). Por consiguiente, “es a través de las palabras del individuo como se puede detectar si el individuo «está viendo las cosas de un modo claro y exacto» o está siendo «irrealista»” (p.148).

La realidad es producto del conocimiento, donde el individuo produce y reproduce el mismo de manera dialéctica a través de la interacción con el entorno social, por lo tanto la realidad no es algo que aparece, sino que es aprendida por el proceso de socialización mediante símbolos generando un mundo simbólico que es transmitido por el lenguaje. No obstante, el lenguaje utilizado no refleja la realidad, no la representa sino la construye e irá variando según los contextos en que se utilice. Será significativo según quién lo use, con quién y en qué situación (Donoso, 2004).

Dentro de la realidad se enmarca todo orden preestablecido de objetos designados, por tanto son estables en el tiempo, el lenguaje es esa gran herramienta que permite dar sentido al entorno y objetivar la interpretación subjetiva de esa realidad y es aquel que da la posibilidad de acumular el conocimiento y transmitirlo en el tiempo. La interacción permite decir que lo que es real para cada persona también lo es para los demás (Layunta y Íñiguez, 2005).

La realidad externa se convierte en un constructor social y el lenguaje en la herramienta principal para entender la misma. Las construcciones sociales si bien son convencionales, una vez creadas se objetivaban y adquieren una condición de realidad en un contexto determinado. El lenguaje funciona como mediador y como regulador de conductas, sujeto a un conjunto de construcciones que no le permiten generar cualquier realidad, sino la que es perceptible a su comunidad lingüística (Gergen, 2007).

3.4.3 El construccionismo social y el lenguaje

El construccionismo social reconoce que la función primaria del lenguaje es la construcción de mundos humanos contextualizados, no simplemente la transmisión de mensajes de un lugar a otro. Además, reconoce que la comunicación deviene del proceso social primario, es decir, se vive inmerso en actividades sociales, donde el lenguaje forma parte de esas actividades, de tal forma que impregna la totalidad de la actividad social. En otras palabras, lo que ocurre entre los seres humanos adquiere significado a partir de la interacción social expresada a través del lenguaje (Molinari, 2003).

Dado la importancia del lenguaje en la construcción social de la realidad, la narración es un elemento esencial para la recolección de la información. Por medio de la narración se puede conocer al sujeto y su realidad. Según Cañón (2008), la narración al ser una construcción del sujeto a partir de su interacción, pierde objetividad de ser una realidad externa, por lo tanto es más que reflejar la realidad, lo que refleja es el sentido de lo que es verdad.

Los sentimientos, pensamientos y acciones de las personas se sintetizan en una vivencia y experiencia única que es transmitida a través de relatos, expresión directa de las “construcciones de mundo” que realizan. Si bien, tales construcciones están limitadas por la lengua, ésta característica no invalida la veracidad del discurso ni el conocimiento que hay detrás de él (Donoso, 2004).

Las experiencias y los aprendizajes que las personas han tenido en su de vida generan un modo de ser y estar en el mundo. Las personas pueden hacer historia, replicar y reconstituir su historia a través del hablar, de la conversación y del relato que ocurre en la interacción con otros individuos pertenecientes a diversos sistemas relacionales. Se deduce entonces, que los relatos textuales “son subproductos de las relaciones humanas y se cargan de significación a partir de la manera en que se los usa dentro de las relaciones interpersonales” (Gergen, 1996, p. 21).

3.4.4 El construccionismo social y las investigaciones cualitativas

El construccionismo social puede ser aplicado a estudios con enfoques cualitativos de manera tal que en esta investigación será de gran utilidad para comprender un fenómeno social, pretendiendo servir eventualmente de fundamento para otras investigaciones de este mismo carácter, pero sin aspirar a realizar generalizaciones. El interés estará centrado en aproximarse a la descripción que realiza un grupo de madres de familia respecto a la construcción de significados y atribuciones que señalan en relación a la percepción del peso corporal de su hijo y sus prácticas familiares. Este enfoque ayudará a estudiar el modo en que las personas aplican su experiencia al presente, las influencias del contexto social y el conocimiento teórico en un determinado tema. Para ello, la investigadora accederá a las descripciones de los mismos sujetos de estudio, para así conocer la vivencia y las distinciones que las participantes hacen respecto de lo que para ellas es significativo en un determinado tópico o concepto.

Para poder acceder al conocimiento de las participantes partiendo de una perspectiva construccionista será necesario atender los fragmentos de experiencia que seleccionan para organizar, dar sentido a sus vidas y que manifiestan en sus relatos. Se pretendió conocer la experiencia de cada una de las madres de familia a partir de sus narrativas, que relataron a través de entrevistas semiestructuradas y un grupo focal, no sólo proporcionaron datos observables acotados a la “realidad”, sino también se pretendió acceder a las creencias y valores que definen los significados que orientan y determinan una particular forma de sentir, pensar y actuar (Rodríguez, 2008; Fernández-Ramírez, 2009).

A partir de la perspectiva construccionista y con la ayuda de técnicas cualitativas se conocerá las distinciones de realidad o significados que las personas realizan desde de sus vivencias pasadas y su experiencia presente. Puesto que, de acuerdo a esta perspectiva se esperará que la percepción que una madre de familia tiene en cuanto a al imagen corporal de su hijo

dependerá tanto de sus vivencias pasadas, cultura y contexto en el cual se desenvuelva. Son los participantes no el observador, quienes generaran las distinciones que definen como “realidad” a partir de su propia realidad, aquellas distinciones que surgen en el espacio conversacional y que operan a través del lenguaje. Al respecto, Gergen (1996, p.26) señala: “las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje”. La tarea de la investigadora será comprender el proceso social que subyace en los discursos desenmascarando el papel que desempeña determinadas prácticas humanas en la construcción de esa realidad.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 Metodología Cualitativa

La presente investigación se abordó a partir de la metodología cualitativa puesto que se consideró el método más indicado para descubrir de manera detallada las percepciones de las madres de familia, esto a través de la exploración de los aspectos subjetivos de las personas, ya que la recolección de esta información proporcionó datos que en muchas ocasiones, son de difícil acceso para el investigador o incluso imposibles de obtener por otras vías (Creswell, 2009). El abordaje cualitativo en este estudio ayudó a investigar cómo las madres interpretan y perciben el peso corporal de sus hijos en edad escolar y a partir de la óptica de las madres se identificó cómo son las prácticas de alimentación en la familia.

Según Calderón (2002) y Mark (1996), la investigación cualitativa procede de lo particular a lo general, recolecta datos acerca de un determinado fenómeno social, se sumerge en las situaciones y cultura de las personas a estudiar, se observa o interactúa con cada participante. Esto da pie a conocer la realidad en el propio lenguaje de los sujetos de estudio, en este caso las madres de familia con hijos de edad escolar que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad.

Una de las ventajas de esta metodología es que permitió a las participantes se expresarán en su propio vocabulario, tal como ellas le llaman y le dicen a las cosas, ya que la riqueza de este enfoque se encuentra en la obtención de datos textuales abiertos. Según Moreno (2000), se obtienen datos en las propias palabras y frases de la población, particularmente para obtener información del contexto de conducta y de los sistemas que influyen el comportamiento. Tales datos proporcionaron información sobre cómo y por qué las personas se comportan como lo hacen, contrario a lo que señalan las encuestas cuantitativas simples que pueden usarse para idear estrategias o para modificar las conductas.

El enfoque cualitativo aportó profundidad a los datos, describió las cualidades del tema a investigar, con ello no se trató de probar o de medir en qué grado una cierta cualidad se encuentra en un cierto acontecimiento dado, sino de descubrir tantas cualidades como fue posible, ya que como lo menciona Martínez (2007), la investigación cualitativa pretende analizar profundamente, un asunto o actividad en particular, sin pretender realizar generalizaciones.

La investigación cualitativa ofreció información sobre cómo los actores sociales implicados en el fenómeno de estudio viven, entienden e interpretan tal fenómeno, lo cual ayudó a enriquecer el conocimiento de la realidad, ya que permite ver a las personas e investigar en forma "holística", no redujo a las personas y los fenómenos estudiados a variables, sino los consideró como un todo y trató de comprender a las participantes dentro de su mismo ambiente (Bilbao, March y Prieto, 2002; Mejía, 2004).

A partir del enfoque cualitativo se consideró que hay una realidad allá afuera que debe ser estudiada, capturada y entendida. En el estudio se exploró aquello que llevó a un conocimiento ordenado de la realidad, asimismo, los fenómenos, los hechos y los sujetos que se encontraron relacionados con la percepción de las madres con respecto a el peso corporal de sus hijos y las prácticas de alimentación fueron exploradas (Álvarez- Gayou, 2005).

Por consiguiente, al utilizar la investigación cualitativa no sólo se descubrió, sino que se trató de construir conocimiento, en este caso a partir de los discursos de las madres de familia se les llegó a conocer en lo individual y se indagó sobre lo que ellas sienten, viven y la percepciones que tienen sobre las prácticas de alimentación que se llevan a cabo en la familia. Tal como lo menciona Merriam (2002), se obtiene el conocimiento directo de la vida social de las madres de familia, no filtrado por conceptos, definiciones operacionales ni escalas clasificatorias.

La pretensión de esta investigación cualitativa fue explorar resultados interesantes relacionados con temas de salud y nutrición con la finalidad de hacer propuestas para disminuir los efectos de una problemática actual, como lo es la obesidad infantil. Dentro de este estudio las entrevistas realizadas y los grupos focales proporcionaron las bases que se utilizaron para descubrir la esencia del fenómeno estudiado. Por lo tanto se toma como fundamento epistémico el construccionismo social y como metodológico la fenomenología, ya que lo valioso e importante de esta investigación fue conocer la realidad de las madres y las construcciones que forman parte de su mundo subjetivo.

La fenomenología descrita a partir de González de la Fe (2003), se ocupa de la autocomprensión, de los procesos mentales mediante los cuales conocemos las cosas y sabemos que las conocemos. Es una filosofía de la subjetividad y de la intersubjetividad. Además, tanto para la fenomenología como para el construccionismo social es importante la imagen del mundo que suministra el lenguaje ordinario de la vida cotidiana.

4.2 Método fenomenológico

Dentro de este estudio el método fenomenológico proporcionó las bases para describir y comprender cómo experimentan, viven y perciben las madres el peso corporal de sus hijos (bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad) así como también lo relacionado con las

prácticas de alimentación de la familia. A través de esta perspectiva metodológica, contaron su realidad única y personal con sus propios significados y lenguaje. La fenomenología ayudó a descubrir cuáles fueron los fenómenos que se ocultan y en particular los significados no manifiestos, para así tratar de analizarlos y relatarlos (Martínez, 2006a; Rodríguez, Gil y García, 1999). Al mismo tiempo, este método coadyuva al entendimiento de estos temas desde la perspectiva de las propias participantes, además de sus creencias, ideas, pensamientos de su experiencia vivida así como lo que se encuentra detrás de sus acciones (Husserl, 1998).

Este método se centró en la experiencia personal de cada participante y fue flexible en su estructura para comprobar la multiplicidad de las experiencias cotidianas, ya que “el énfasis primario de la fenomenología está puesto en el fenómeno mismo, es decir, en lo que se presenta y revela a la propia conciencia y del modo como lo hace: con toda su concreción y particularidad” (Martínez, 2006, p. 138). Por lo tanto, forma un conocimiento específico, natural, de sentido común y práctico de las percepciones, actitudes y sentimientos de las madres hacia sus hijos; las cuales se constituyeron a partir de sus experiencias, conocimientos, modelos de pensamiento e información, que recibieron y se les transmitió por la tradición, la educación y la comunicación social (De la Cuesta 2006).

A partir de este método se trató de hacer evidente lo que se muestra de manera indirecta, no sólo se pretendió ver lo aparente, sino también de descifrar los discursos inmersos en cada una de las entrevistas realizadas, ya que se leyeron en repetidas ocasiones las transcripciones de las entrevistas y esto permitió examinar los discursos y textos con la intención de comprender la relación entre categorías. Al respecto, Maza (2005) señala que el fenómeno no es otro que el ser y es ocultado o encubierto por todos los demás fenómenos que acaparan la atención de un modo inmediato. Es decir, el fenómeno tiene que ser sacado a la luz, dado que se encuentra en la raíz de todos los otros fenómenos que se encuentran en primer plano, además se logró extraer el mensaje que está detrás o más allá de lo que las informantes mencionaron, a su vez se intentó buscar un significado o una interpretación al mensaje encubierto, tratando de hacerlo visible y a su vez reconstruido por la investigadora. Sobre esto Rodríguez (2008) menciona que es necesario desmontar lo construido y es necesario sacar a la luz las capas de significado ocultas o implícitas, abrir la mirada hacia los motivos ocultos y las tendencias implícitas.

La fenomenología se ocupó de lo que piensan las participantes. Al respecto, Amezcua y Gálvez (2002) y Sanabria (2001) destacan que con este método existe la posibilidad de recoger en profundidad las subjetividades e interpretaciones de los sujetos bajo estudio con lo cual se logra examinar a profundidad un fenómeno o problema social.

El método fenomenológico presentado por Martínez (2006) fue el procedimiento que se utilizó en la investigación, el cual partió de 3 etapas: previa, descriptiva y estructural. En la etapa previa se identificaron los patrones temáticos y se relacionaron con los objetivos de estudio, además se tomó en cuenta los valores, actitudes, creencias, pensamientos e intereses de los participantes.

La etapa descriptiva se realizó en tres pasos, en ella se logró una descripción completa del fenómeno en estudio que reflejó la realidad vivida por cada una de las madres de familia. Como primer paso se eligió la técnica de la entrevista semiestructurada la cual se utilizó para

recoger los datos de la investigación y para comprender en profundidad la realidad de las participantes. En el segundo paso se llevó a cabo una entrevista piloto con el fin de afinar el instrumento; seguido a esto se realizaron diversas entrevistas y se grabaron en audio, hasta tener una saturación de los datos. En el tercer paso se elaboró la descripción de cada entrevista, la cual constó de transcribir las grabaciones de audio, además se buscó que la descripción reflejará la realidad vivida por las entrevistadas en la forma más auténtica y completa posible, es decir, que incluyera las expresiones verbales y no verbales.

La etapa estructural constó de siete pasos y el trabajo central de esta etapa fue el estudio de las descripciones que se realizaron de las entrevistas. En el primer paso se realizó una primera lectura sin tomar notas sólo con el propósito de relacionarse con los contenidos de cada una de las entrevistas, esto con la finalidad de revivir la realidad de las participantes y reflexionar acerca de las situaciones que vive cada madre de familia para comprender qué es lo que pasa en su mundo. En el segundo paso se realizó una segunda lectura esta vez se anotaron ideas y comentarios que se vincularon con los tópicos que se estaban investigando, los cuales surgieron cuándo se dio una transición del significado, cuándo apareció una variación temática o de sentido, cuándo hubo un cambio en la intención de las participantes.

En el tercer paso se determinó el tema central que domina en cada categoría, en primer lugar se eliminaron las repeticiones y redundancias de cada categoría, en segundo se determinó el tema central de cada unidad, aclarando y elaborando su significado, lo cual se logró relacionando las categorías. El título de las categorías se elaboró del lenguaje propio de las madres de familia. En el cuarto paso se describió qué es lo que reveló cada categoría acerca del tema que se investiga y la respuesta se expresó en lenguaje científico. En el quinto paso se integraron todas las categorías en una estructura particular descriptiva, en ella se describió la estructura básica de relaciones del fenómeno estudiado; éstas surgieron de los datos de las entrevistas y fueron fieles a las vivencias de las madres de familia.

En el sexto paso se integraron todas las categorías en una estructura global. Se tuvo como finalidad integrar en una sola descripción, las categorías señaladas en los puntos anteriores en una estructura global que dejará al descubierto la riqueza de las diferentes entrevistas. La estructura de cada entrevista, que representaba un caso individual se unió con las demás, con el fin de identificar y describir la estructura general del fenómeno estudiado, la cual representó la estructura global del grupo. El séptimo paso sería una entrevista final con los sujetos estudiados. Consistirá en realizar una o varias entrevistas con cada participante para darles a conocer los resultados de investigación y oír sus pareceres o sus reacciones ante los mismos.

4.3 Sujetos de investigación y muestra

La muestra se conformó de madres de familia con hijos en edad escolar las cuales fueron elegidas a través de un criterio intencional, ya que debían poseer una serie de criterios de inclusión que se consideraron necesarios o convenientes para los fines que persigue la investigación (Martínez, 2006a).

Los principales criterios de inclusión de la investigación fueron: mujeres de 20 a 45 de edad, de clase media o baja que se identificaron como madres de niños y niñas de entre 7 y 11 años que presentaron, bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad y que éstos se encuentran

inscritos y asistiendo de manera regular a una Escuela Primaria pública del área Metropolitana. Además como criterios de exclusión se consideraron: que los hijos de las madres que participaron en el estudio no debían presentar enfermedades que alteraran su crecimiento o peso corporal, ni ser niños que estuvieran sometidos a un tratamiento dietético.

La muestra para la presente investigación utilizó el criterio de saturación basado en lo señalado por Álvarez-Gayou (2003), Bowen (2005), McCracken (1991), partiendo del hecho que en la investigación cualitativa lo objetivo no es maximizar números, sino llegar a ser saturado con la información del tema, ya que es más importante trabajar más tiempo y con mayor cuidado con menos gente, que más superficialmente con muchas personas. En el cuadro 1 se detalla de forma general el proceso de investigación en el cual se describen los participantes, la estrategia de recolección y las características de los participantes. Al final la muestra se conformó de 21 entrevistas semiestructuradas a madres de familia, también se llevó a cabo un grupo focal con 8 madres de familia.

Las madres se consideraron el eje de análisis debido a que en la investigación se pretende conocer las prácticas de alimentación de la familia y quién mejor que la madre para facilitarlas, ya que según Guzmán, Gómez, García y Martínez (2008) mencionan que tradicionalmente a las madres de familia se les atribuye el papel de “cuidadoras”, responsables de la alimentación de la familia. Al respecto Bustos (1997) refiere que en México, al igual que en la mayoría de los países del mundo, la responsabilidad de la crianza de los niños y niñas mayormente recae en la madre, asimismo se les considera las principales encargadas de las decisiones sobre la preparación de los alimentos de los integrantes del hogar, entre los cuales están los niños.

En el estudio se eligió a niños de siete a once años, ya que según teorías de desarrollo de la OMS y de investigadores como Richard Tsien en la Universidad de Stanford creen que es en este periodo de desarrollo donde es más fácil incidir en la formación de hábitos y promover cambios de conducta y además el niño tiene más capacidad de toma de decisión.

Al respecto, Polanco (2005) menciona que de los 7 a los 11 años es la edad escolar donde se produce la ruptura de la dependencia familiar, con unas actividades físicas y sociales progresivas, en esta etapa se da inicio a la autonomía alimentaria que puede favorecer a la adquisición de malos hábitos, por tanto es aquí donde la escuela, la familia y el médico son un papel fundamental para actuar de forma decisiva en la adquisición de hábitos de alimentación saludables.

Entre las participantes se muestra una gran diversidad demográfica: su edad osciló de entre 27 y 45 años de edad, de ellas 17 son casadas, 1 divorciada, 1 separada, 1 vive en unión libre y una es madre soltera. La escolaridad que más predominó entre las participantes fue Secundaria terminada (8 participantes), 3 han realizado carreras técnicas (2 Secretarías y 1 Enfermería), 4 estudiaron Preparatoria, 2 son Licenciadas (en Enfermería y Maestra de Secundaria) y 4 han estudiado una Maestría. De ellas 8 son amas de casa y 13 trabajan (2 secretarías, 4 empleadas, 3 ventas y 4 maestras).

Tabla 4.1 Proceso de investigación

| Participantes | Estrategia de recolección | Características de los participantes |
|--|--|--|
| 136 escolares de entre 9 y 11 años | <ul style="list-style-type: none"> - Fueron identificados en la escuela primaria. - Se les tomaron medidas de peso y talla para determinar el estado nutricional | <ul style="list-style-type: none"> - Los participantes fueron niños de 4to y 5to grado de primaria. |
| 9 niños de entre 7 y 9 años: 5 niñas 4 niños | <ul style="list-style-type: none"> - Fueron identificados por medio de la técnica de “bola de nieve”. - Se les tomaron medidas de peso y talla para determinar el estado nutricional | <ul style="list-style-type: none"> - Los participantes fueron niños de 1ero a 3ero grado de primaria. Con edades de entre 7 y 9 años. |
| 21 Madres de familia | <ul style="list-style-type: none"> - Entrevista individual semiestructurada. - 9 de las entrevistadas son madres de los niños que se detectaron por medio de la técnica bola de nieve. - Las otras 12 madres de familia se detectaron de los 136 escolares a los cuales se les tomaron medidas. | <ul style="list-style-type: none"> - La edad de las madres osciló entre 27 y 45 años. - De las participantes: 4 eran madres de niños con bajo peso, 6 de niños con peso normal, 4 de niños con sobrepeso y 7 con niños con obesidad. - De los cuales 12 eran niños y 9 niñas. |
| 8 madres de familia | <ul style="list-style-type: none"> - Grupo focal | <ul style="list-style-type: none"> - La edad de las madres osciló entre 30 y 41 años. - De las participantes: 1 era madre de un niño con bajo peso, 1 de una niña con peso normal y otra de una niña con sobrepeso y 5 de niños y niñas con obesidad. - De los cuales 5 eran niñas y 3 niños. |

El primer procedimiento que se utilizó para contactar a algunas informantes fue la técnica de “bola de nieve” que según Taylor y Bogdan (1996), se basa en conocer algunos entrevistados y lograr el contacto con otras personas de las mismas características requeridas y que pueden ser potenciales para la investigación. Después de contactar algunas madres de familia mediante esta técnica y observar que sólo se contaba con la mitad de la muestra propuesta se procedió a implementar otra alternativa que ayudó a incrementar la muestra.

En este sentido, la otra alternativa optada para la recolección de la muestra fue buscar una escuela primaria pública en donde se lograra contactar madres de familias con las características que requiere la investigación, además la escuela debería cumplir con ciertos criterios los cuales fueron: que la escuela presentará sujetos que cumplieran con características de la muestra, obtener el permiso por parte de la Secretaría de Educación Pública y de las autoridades de la escuela primaria, que la escuela se localizará dentro del área metropolitana y contará con las instalaciones adecuadas para realizar las entrevistas individuales y el grupo

focal, contar con la disposición por parte de las madres de familia para participar ellas y su hijo en la investigación.

Como primer paso para tener acceso a niños de escuelas públicas y contactar a sus madres, se acudió a la Secretaría de Educación Pública en la que se solicitó un permiso para poder llevar a cabo la investigación en escuelas primarias públicas ubicadas en el municipio de Monterrey con las características antes descritas. Al tener la autorización de la Secretaría de Educación Pública se visitaron dos de las escuelas primarias sugeridas, en una de ellas nunca se pudo concretar la cita con la directora y en la otra escuela se tuvo una entrevista con la directora y subdirectora del plantel educativo en la que se les informó el objetivo de la investigación y las actividades que se realizarían durante la estancia en el plantel, de lo cual no tuvieron inconveniente de que en la escuela primaria se llevará a cabo la investigación, asimismo se proporcionó un lugar adecuado para realizar las entrevistas y el grupo focal.

Debido a que los grupos de 2do y 3er años estaban participando en algunos talleres con el DIF se acordó con la directora que los grupos con los que se trabajaría serían los alumnos y madres de familia de los grupos de 4to año con los que se esperaba completar la muestra. Se realizó una junta con las maestras de 4to año para informarles los fines de la investigación y que en los siguientes días se pesaría y mediría a los alumnos que trajeran firmado un formato de consentimiento de sus padres. Al llegar a los cuatro salones de 4to año a cada uno de los niños se les entregó un formato de consentimiento de los padres (Anexo 2) donde se les explicaba a los padres el propósito de la investigación y se les solicitaba su autorización para la toma de medidas de peso y talla de sus hijos, en otro apartado del formato se le preguntó a la madre de familia si estaba dispuesta a otorgar una entrevista relacionada con la percepción que tiene del peso corporal de su hijo y las prácticas de alimentación de la familia. Si la madre de familia aceptaba tener la entrevista se le pedía incluyera su nombre completo, dirección y teléfono para posteriormente concretar una cita.

En los siguientes días se regresó a los salones de las escuelas primarias y se recogieron los consentimientos de los padres y se realizaron las mediciones de peso y talla a los niños que tenían firmado el permiso por sus padres. Para realizar las mediciones se utilizó una báscula y una cinta métrica. El procedimiento que se utilizó para la toma de medidas de peso y talla se muestra en el anexo 3.

De los 129 niños que cursan el 4to año, se les tomaron medidas a 107 niños puesto que algunos padres no autorizaron que se le pesara y midiera a su hijo y otros tantos niños olvidaban en casa el formato firmado o no asistieron ese día a clases. De cada uno de estos niños se obtuvo el peso, talla y la fecha de nacimiento para obtener su edad en meses, los cuales se anotaron en una tabla que contiene el compendio de los datos (Anexo 4) y con las tablas de índice de masa corporal de niños en percentiles que maneja la CDC (2010), (Anexo 5) se identificó si el niño presentaba bajo peso, peso normal, sobrepeso u obesidad. De acuerdo a estas tablas un niño tiene obesidad, cuando su IMC es igual o supera el percentil 95, sobrepeso si es igual o mayor a 85 y si tiene percentil entre 5 pero menor a 85 se encuentra en su peso normal, de bajo de este se considera con bajo peso.

A partir de estos datos se obtuvo el estado nutricional de los niños y con los datos incluidos en los formatos de consentimiento se identificó a las madres que respondieron afirmativamente la

pregunta de participar con una entrevista en el estudio, de los niños que se pesó y midió sólo 31 madres de familia aceptaron tener una entrevista, las cuales fueron divididas en 4 grupos: madres con niños que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, a cada una de esas madres se les llamó por teléfono y algunas de ellas fue imposible localizarlas, ya que no se encontraban en el domicilio, el teléfono estaba fuera de servicio, no contestaban o no se logró concretar la cita por los horarios de sus trabajos.

Al final, únicamente se concretaron 15 citas, con las que se acordó el día, lugar y la hora de la entrevista, no obstante 2 madres de familia no asistieron a la cita y se realizaron 12 entrevistas a madres de familia y con las 8 entrevistas realizadas con anterioridad a otras madres de familia, se logró la saturación de los datos al llegar a la entrevista 21. Las madres que participaron 4 eran madres de niños con bajo peso, 6 de niños con peso normal, 4 de niños con sobrepeso y 7 con niños con obesidad. De los cuales 12 eran niños y 9 niñas, de entre 7 a 11 años de edad.

Para realizar el grupo focal se midió y pesó a niños de un grupo de 5to año, ya que de acuerdo a los criterios de elegibilidad los niños participantes deberían tener entre 7 y 11 años de edad. Para ello se les envió el formato de consentimiento a los padres de familia, sólo se pesó y midió a los niños que entregaron el formato firmado, de los 35 niños que componen el grupo, 29 de ellos sus padres si consintieron la toma de medidas y de éstos, 18 madres de familia aceptaron participar en el grupo focal, sin embargo al momento de llamarlas por teléfono y confirmar su asistencia, 6 reafirmaron su colaboración, 6 mencionaron que posiblemente asistirían, también se les llamo a dos madres de familia con niños de 4to año que afirmaron que el día que se llevaría a cabo el grupo focal si podían asistir. Al final la asistencia al grupo focal estuvo compuesta por 8 madres de familia: 6 con hijos en 5to año y 2 con niños en 4to año.

La muestra del grupo focal se conformó de 8 madres de familia, las características de las participantes variaron: el rango de edad fue de entre 30 y 41 años, 6 eran mujeres casadas, 1 divorciada y 1 separada; 2 estudiaron secundaria, 2 carreras técnicas, 2 preparatoria y 2 licenciatura. De ellas, 4 tenían una actividad remunerada y 4 se dedicaban al hogar. No obstante, tuvieron en común ser madres de niños de entre 9 y 11 años de 4to y 5to grado y que acudían al mismo plantel educativo. Al grupo focal asistieron 1 madre de niño que presentan bajo peso, 1 de una niña con peso normal, 1 con una niña con sobrepeso y 5 con niños con obesidad. De los cuales 5 eran niñas y 3 niños.

La decisión de la heterogeneidad del grupo focal se basó en Álvarez-Gayou (2003) el cual señala que un grupo heterogéneo aporta múltiples ocasiones para dar y recibir respuestas diferentes y se genera en ellos comportamientos más abiertos a la diversidad y la comprensión mutua de los otros, en cambio si se tiene un grupo demasiado homogéneo produce un texto repetitivo, pues el habla de cada una de las personas no se confronta.

4.4 Técnica de recolección de datos

La entrevista semiestructurada se consideró la técnica adecuada para obtener información del tema que se estudia. Autores como (Deslauries, 1999; Grawitz 1984; Goode, 1991; Hernández, 2003; Martínez, 2006a; Quinto, 2005) la define como un método de investigación

científica que parte de intercambios verbales informales, donde la discusión no se desarrolla al azar, sino que se concentra en una persona en particular, posee el calor y el intercambio de personalidades propias de la conversación, aunque con la claridad y las líneas orientadoras a la búsqueda científica. Ayuda a conocer lo que el entrevistado piensa, los sentimientos, las ideas e intenciones. Con ella se obtienen respuestas sobre el tema, problema o tópico de interés de un investigador, en los términos, el lenguaje y la perspectiva del entrevistado, es decir, en sus propias palabras.

Para (Álvarez-Gayou, 2003; Hernández, 2003; Mayan, 2001; Taylor y Bogdan, 1996; Torres, 2001) la entrevista semiestructurada se basa en una guía que contiene tópicos, la cual se enfoca en una serie de preguntas que el investigador hace a cada participante, se caracterizan por tener una continuidad de temas, preguntas sugeridas, presentan una apertura en cuanto a la secuencia y forma de las preguntas.

En la realización de las entrevistas la investigadora pretendió buscar los significados, valoraciones y descripciones que cada persona realiza desde su experiencia individual. La espontaneidad de los relatos develó los aspectos más significativos y esenciales que construyen la experiencia de las personas sujetos de estudio. Se obtuvo un retrato fiel del conocimiento y de la “realidad”, aquella que las madres de familia fueron construyendo. Como lo plantea Donoso (2004) este enfoque de investigación científica se interesa en los aspectos relacionales, ya que el conocimiento referencial no se encuentra en el observador ni en lo observado, sino en el espacio entre los sujetos que interpretan.

Las entrevistas semiestructuradas que se realizaron en el estudio se fundamentaron en una guía (Anexo 6) que contenía tópicos que sirvieron como puntos de orientación, lo cual garantizó una secuencia en los temas, permitió una apertura en cuanto a cambios en el orden de las preguntas. Los asuntos o tópicos que se incluyeron en la guía estuvieron relacionados a temas que surgieron a la luz de la revisión de la literatura. Cada uno de los tópicos que comprendía la guía fueron abordados en el transcurso del tiempo que se llevó a cabo la entrevista; esto con el fin de asegurar que los temas claves de la investigación fueran cubiertos por cada una de las informantes.

En el siguiente cuadro 2 se describen algunos ejemplos de las categorías y subcategorías que se desarrollaron en la investigación.

Tabla 4.2 Categorías y su definición

| Categoría / subcategoría | Definición |
|--|---|
| 1. Datos demográficos | Caracterización socio demográfica de las entrevistadas. |
| 1.1 Edad | Edad de las entrevistadas. |
| 1.2 Sexo | Sexo de las entrevistadas. |
| 1.3 Escolaridad | Años de estudios cursados |
| 1.4 Estado civil | Situación de la personas determinada por su relación de familia, provenientes del matrimonio, que establece ciertos derechos y deberes. |
| 2. Percepción materna del peso corporal de su hijo | Punto de vista de la madre en relación a el peso corporal de su hijo/a. |
| 3. Prácticas familiares de alimentación | Comportamientos y actitudes que involucra conocer qué se come, quiénes y cómo preparan la comida, con quién, cuándo y dónde come la |

| | |
|--|---------|
| | familia |
|--|---------|

Antes de iniciar la entrevista se les solicitó a cada una de las participantes que firmaran un formato de Consentimiento informado (Anexo 7), esto con la finalidad de que conocieran y estuvieran de acuerdo con los propósitos, los riesgos, los beneficios y las alternativas de la investigación; ya que una debida comprensión de esta información y de su propia situación, hizo que tomaran una decisión libre y no forzada sobre participar o no en la investigación. Además, se les dio a conocer a las entrevistadas que la información perteneciente a su identificación no sería divulgada y se mantendría en absoluta confidencialidad (Álvarez-Gayou, 2003).

Por otra parte, el lugar de la aplicación de las entrevistas fue en la casa de las entrevistadas, oficinas de las entrevistadas, casa de la investigadora, en un salón de clases y sala de maestros de la escuela primaria. Estos lugares se eligieron con el fin de que la entrevistada se sintiera en confianza y cómoda para contestar las preguntas. Además, en el lugar donde se realizó la entrevista siempre se buscó priorizar la privacidad. La duración de las entrevistas osciló entre 45 minutos y hora y media.

En cada una de las entrevistas un aspecto fundamental fue que las madres se sintieran en confianza, esto con el fin de que expresaran libremente sus pensamientos y sentimientos, de igual forma se buscó que las entrevistas no fueran un intercambio de preguntas y respuestas, ya que no sólo se deseaba obtener respuestas, sino también identificar qué preguntas se podían realizar y cómo se realizarían para las siguientes entrevistas. Cabe señalar que antes de dar inicio con alguna entrevista se llevó a cabo una prueba piloto para identificar si el instrumento de la entrevista era el adecuado.

Las entrevistas fueron grabadas en audio, lo cual fue previamente informado a las madres de familia que participaron. El propósito de grabar las entrevistas es para que se registre exactamente cada una de las interacciones que realizó el entrevistador y el entrevistado. Al iniciar las entrevistas se les pidió a las participantes que contestasen algunos datos demográficos (Anexo 8), esto con el propósito de obtener los datos personales de cada una de los participantes de la investigación.

Con el fin de explorar la percepción que cada una de las madres tenía del peso corporal de su hijo, a cada una de las participantes del estudio se le mostró una hoja con siete figuras corporales de niños, si eran madres de un varón y de niñas si eran madres de una mujer, se le solicitó que eligieran de acuerdo a su percepción tres figuras que según su opinión presentara obesidad, bajo peso y otra que se asemejará más a la complexión de su hijo. Las figuras son parte de un instrumento elaborado por Eckstein et al. (2006) que contiene imágenes de niños y niñas desde los 2 a los 17 años, en rangos de edad de 2 a 5 años, 6 a 9 años, 10 a 13 años y 14 a 17 años. Cada serie de gráficos se conforma por siete imágenes, las cuales se presentan de forma descendente, de izquierda a derecha, la séptima imagen de la izquierda representa al niño(a) con obesidad, la sexta y quinta representan el sobrepeso, la número 4 señala peso normal y la tres últimas imágenes de la derecha representan al niño (a) con bajo peso (Anexo 9).

Las figuras corporales del estado nutricional de los niños sólo se utilizó como referencia para conocer la percepción de las madres, este tipo de figuras han sido utilizadas por autores como (Díaz, 2000, Eckstein, et al., 2006; Gualdi-Russo, et al., 2007; Flores-Peña, et al., 2009). Asimismo, para conocer a profundidad la percepción de la madre se le hizo algunas preguntas incluidas en la guía de entrevista.

Otra de las técnicas que se incluyó en el estudio fue el grupo focal, esto con el fin de realizar una triangulación de técnicas y así lograr una validación del estudio. Según Álvarez-Gayou (2003), el grupo focal es una técnica de investigación que privilegia el habla, cuyo objetivo es favorecer la interacción mediante la conversación acerca de un tema u objeto de investigación, cuyo interés consiste en captar la forma de pensar, sentir y vivir de los individuos que conforman el grupo. Tiende a provocar confesiones o autoexposiciones entre los participantes obteniendo así informaciones cualitativas sobre el tema de investigación.

El grupo focal dentro del estudio fue un grupo de trabajo que tuvo una tarea específica que cumplir y unos objetivos que lograr. Esta técnica permitió conocer diversos puntos de vista de las participantes, enfoques desde diferentes personas con variadas experiencias, intereses y valores respecto al tema abordado que involucró el explorar las percepciones de las madres con respecto al peso corporal de sus hijos y se ahondó sobre las prácticas de alimentación que se llevan a cabo en la familia.

Según Bertoldi, Fiorito y Álvarez (2006), el grupo focal se compone de un grupo de personas representativas en calidad de informantes, organizadas alrededor de una temática propuesta por el investigador quien además de seleccionarlos, coordina los procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos, en un mismo espacio y en un tiempo acotado. Asimismo, promueve el aumento en las posibilidades de exploración y generación espontánea de información en una forma en la cual no sería fácil con otros métodos.

El grupo focal se realizó en la sala de maestro de la escuela primaria donde se realizó la investigación para hacer uso de las instalaciones se le pidió permiso con anticipación a la directora del plantel. Se eligió la sala de maestros del plantel educativo debido a que se consideró adecuado para llevar a cabo la reunión. Durante la entrevista grupal y en la dinámica del grupo se generó un ambiente acogedor que promovió una atmósfera de confianza, aceptación que facilitó la expresión y participación de las madres.

Con respecto a la duración de la sesión grupal se tomó en cuenta lo que propone Martínez (2007) ya que la sesión tuvo una duración de dos horas como máximo, con ellas se cubrió y saturó los fines que persigue la investigación. Para iniciar el proceso del grupo focal se invitó a mamás que aceptaron tener una entrevista y no se incluyeron en la muestra. La invitación fue realizada por teléfono para así confirmar la asistencia, el día y la hora de la reunión.

En el grupo focal participaron 8 madres que cumplían con los criterios de la muestra. La cantidad de personas que se seleccionaron para participar en el grupo focal se basó en lo que plantean Gibbs (1997) y Aigner (2002), de lo cual indican que un grupo focal es una discusión en grupo de entre seis y diez participantes solamente, selecto y agrupado para una investigación que se presta para discutir y comentar experiencias personales acerca de un tema en particular.

Con antelación a la sesión del grupo focal se definió claramente el propósito a trabajar, se preparó la guía que se utilizó en las entrevistas semiestructuradas a la cual las participantes dieron respuesta y en ocasiones provocaba discusión grupal sobre las prácticas de alimentación que se llevan a cabo en la familia y paulatinamente dieron a conocer su realidad y experiencia, incluyendo sus creencias, sentimientos y actitudes ante el tema expuesto.

El tiempo que duró la sesión del grupo focal fue grabado en audio para lo cual con anticipación se le solicitó permiso a cada una de las participantes. De igual forma, se les pidió que firmaran un formato de consentimiento informado que fue el mismo que se utilizó con las madres a las que se les realizó entrevistas semiestructuradas.

Una vez que el grupo se reunió, la investigadora comenzó dando la bienvenida al grupo, dio una breve presentación, introdujo al tema a cada una de las participantes, mencionó los objetivos de la sesión, explicó el papel del grupo focal y cómo se llevaría a cabo la dinámica de la sesión.

Al inicio de la sesión del grupo focal la investigadora, ayudó a las mamás a sentirse en confianza y especialmente facilitó la integración entre los miembros del grupo. También, promovió el debate planteando preguntas que estimularan la participación demandando y desafiando a las participantes con el objetivo de sacar a flote las diferencias y opiniones que surgían sobre el tema. Durante la sesión la investigadora fungió otros papeles como: moderador de la sesión y trató de mantener a los miembros del grupo atentos, concentrados y manteniendo el hilo central del tema y se cercioró que cada una de las participantes tuviera la oportunidad de expresar sus opiniones.

En el grupo focal fue imprescindible buscar que las participantes se sintieran cómodas al hablar de la temática. Además para la distribución de las participantes en el salón donde se llevó a cabo la reunión se tomó en cuenta lo que plantea Aigner (2002), donde menciona que las participantes deben ser distribuidas en una configuración de U esto con el fin de asegurar que cada participante sea visible, escuche y sea escuchada perfectamente.

Al finalizar la sesión se resumió inmediatamente la discusión y acuerdos de la reunión. Se transcribió la grabación al terminó de la sesión. Después, se comenzó a leer la transcripción realizada, se analizaron las actitudes y opiniones que aparecieron reiteradamente, los comentarios sorprendidos, conceptos o vocablos que generaron algunas reacciones positivas o negativas de las participantes.

4.5 Captura de información

La información que se obtuvo de las entrevistas y del grupo focal fue transcrita lo más pronto posible después de haber finalizado cada una de las técnicas. De acuerdo a Rodríguez, Gil y García (1999) y Álvarez-Gayou (2003) las investigaciones cualitativas generan una buena cantidad de hojas escritas, transcripciones de entrevistas, observaciones y otras fuentes, teniendo esta información es necesario darle sentido. Por lo tanto, esto obligó a poner orden a las ideas y plasmar la información en un esquema organizado.

Las entrevistas fueron transcritas de forma literal por la investigadora por varias razones, a saber, para estar más cerca de los datos, para asegurar el anonimato de los participantes, y para tener oportunidad de empaparse completamente con el material. El proceso de transcripción fue largo y lento, pero permitió escuchar una y otra vez las grabaciones de las entrevistas. El esfuerzo valió la pena, ya que el proceso dio tiempo de pensar acerca de la conversación. Como la investigadora transcribió las entrevistas, adquirió una mayor sensibilidad a las experiencias compartidas con los participantes.

4.6 Análisis de datos

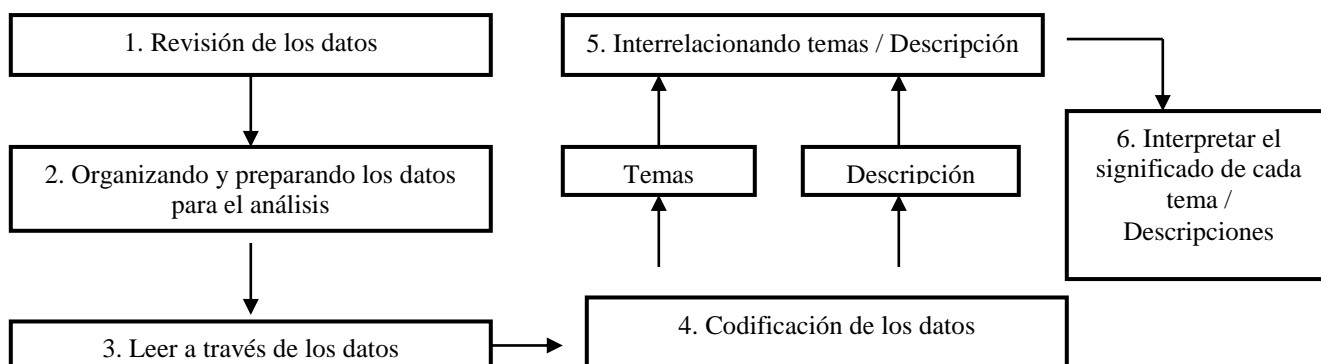
El análisis de datos en investigación cualitativa es un proceso que consiste en dar un sentido a la numerosa información recogida en el escenario, lo que requirió que la investigadora organizara los datos de manera que la información resultara manejable, y eso, a su vez, se consiguió buscando aquellas unidades de análisis que fueran relevantes. La investigadora en este apartado trató de descubrir lo verdaderamente importante: el significado que se esconde tras los datos. Es decir, la fase de análisis de datos consistió en dar sentido a los fenómenos y para ello, la investigadora se mantuvo firme y orientado al objeto de estudio (Rodríguez y Valleoriola, 2009).

Como afirma Taylor y Bogdan (2002, p. 158).

El análisis de datos es un proceso en continuo progreso en la investigación cualitativa. La recolección y el análisis de datos van de la mano. A lo largo de la observación participante, la entrevista en profundidad y las otras investigaciones cualitativas, los investigadores siguen la pista de los temas emergentes, leen sus notas de campo o transcripciones y desarrollan conceptos y proposiciones para empezar a dar sentido a sus datos.

La naturaleza de los datos manejados en la investigación estuvo condicionada por las técnicas e instrumentos utilizados para recogerlos y por el proceso metodológico que se desarrolló en el proceso de la investigación. Las tareas analíticas se realizaron a partir de un proceso claramente establecido. Para fines de este estudio se utilizó el análisis de datos descrito por Creswell (2009) (figura 1), el cual se consideró el método más adecuado para el propósito de investigación, dado que el mismo preserva la naturaleza textual de los datos y está constituido por técnicas que concuerdan puntualmente con la naturaleza de la información generada por la investigación.

Figura 4.1 Análisis de datos en la investigación cualitativa (Creswell, 2009)



A continuación se describe detalladamente los 6 pasos que contempla el analizar los datos bajo el método de Creswell (2009). En el primer paso se organizaron y prepararon los datos para el análisis, esto envolvió revisar las transcripciones de las entrevistas realizadas y del grupo focal. Se organizaron los datos en diferentes tipologías; en el segundo paso se leyeron todos los datos y se buscó obtener una idea general de la información que proporcionaron las participantes en cada una de las entrevistas.

En el tercer paso se detalló el proceso de codificación el cual se realizó de forma manual y con el software cualitativo MAXQDA 10. Los códigos fueron un proceso de organización del material dentro de segmentos o textos antes de empezar a describir la información. Los códigos fueron palabras que sirvieron para identificar la categoría. De acuerdo a Creswell (2009) este paso incluyó ocho especificaciones a realizar: 1) se leyeron las transcripciones cuidadosamente; 2) se clasificó de más a menos interesantes las entrevistas, se razonó acerca de lo que dicen las entrevistas y se escribieron ideas al margen de la hoja; 3) se realizó una lista de todos los tópicos, se identificaron los tópicos similares, los únicos y los sobresalientes; 4) se tomó la lista y se regresó a los datos, se abreviaron los tópicos con códigos y se escribieron los códigos siguientes a los segmentos apropiados del texto; 5) se encontraron los conceptos que mayormente describan los tópicos y se convirtieron en categorías, se redujo el total de la lista de categorías y se agruparon los tópicos que se relacionaron uno con otro; 6) se realizó la abreviación de cada categoría y se alfabetizó los códigos; 7) se unió el material de los datos pertenecientes a cada categoría en un solo lugar y se realizó un análisis preliminar.

En este tercer paso el programa cualitativo MAXQDA 10 ayudó a organizar grupos de texto y material textual para el análisis temporal; creó códigos jerárquicos con hasta diez niveles; seleccionó segmentos de texto y asignó códigos o subcódigos ligados a un color como atributo de cada código. Mostró el texto con rayas de codificaciones que indican que los códigos han sido ligados entre sí. Seleccionó palabras o términos del texto y los insertó automáticamente en su sistema de código (“in-vivo-coding”) con el cual se buscaron palabras. Además importó los textos realizados en formato Word e hizo visible el código con su texto, el número de la entrevista a la que pertenece y el número de párrafo del código (Castro, 2005).

El cuarto paso empezó cuando se tuvo las categorías en Microsoft Word, ahí se generó una descripción de las categorías, subcategorías y se encontraron vínculos entre categorías. Las categorías así como lo mencionan (Hernández, 2003; Rodríguez, Gil y García, 1999) fueron referidas a percepciones, situaciones, actividades y acontecimientos, esto con el fin de que los datos tuvieran una descripción más completa. Las categorías surgieron a medida que se leyó el material, el número se modificó a medida que se revisaron todas las entrevistas y las transcripciones del grupo focal. De las categorías con los hallazgos más importantes sobresalieron los encabezados que se usaron para las secciones que comprende el estudio. En el cuadro 3 se muestra un ejemplo de los conceptos que se generaron a partir de las categorías, el cual contiene el nombre de la categoría y en la columna con el nombre de discurso representativo se colocó un discurso de alguna entrevistada que simboliza la categoría a la cual se está refiriendo.

Tabla 4.3 Categoría y su discurso

| Categoría/Subcategoría | Discurso(s) representativo(s) |
|------------------------|--|
| Percepción materna | <i>“La número 2 porque esta muy piernudilla, muy zancona, muy flaca y altilla, cabellillo largo” (E8-27-OB-NA-BP).</i> |

Como puede observarse, cada segmento de entrevista que forma parte de una categoría, se identificó con un pseudónimo entre paréntesis, el cual se creó a partir de las características de cada participante, el primer aparatado hace referencia al número de entrevista, el segundo contiene la edad de la participante, el tercero se refiere al Índice de Masa Corporal de la madre, el cuarto NA si se le tomaron medidas a una de sus hijas, NO si participó un varón y al final se incluyó el IMC de su hijo, BP si el hijo presentaba Bajo Peso, PN si se encontraba en Peso Normal, SB si tenía Sobrepeso y OB si el niño mostraba obesidad. En el cuadro 4 se muestran algunos ejemplos de cómo se formaron los pseudónimos de algunas entrevistas. Además, en el anexo 10 se muestra una tabla con los seudónimos que se les asignó a las 21 madres de familia que participaron en el estudio.

Tabla 4.4 Ejemplos de seudónimos de algunas entrevistas.

| Número de entrevista | Edad | IMC | Hijo/a Edad | IMC | Pseudónimo |
|----------------------|------|-------------|--------------|-------------|-----------------|
| 7 | 28 | Sobrepeso | Niño 8 años | Bajo Peso | E7-28-SB-NO-BP |
| 9 | 30 | Peso Normal | Niña 10 años | Peso Normal | E9-30-PN-NA-PN |
| 3 | 37 | Obesidad | Niño 11 años | Sobrepeso | E3-37-OB-NO-SB |
| 12 | 38 | Obesidad | Niña 9 años | Obesidad | E12-38-OB-NA-OB |

El quinto paso se enfocó a describir cómo los datos fueron representados en la narración cualitativa. El sexto paso del análisis de datos envolvió explicar o darle significado a los datos. Como primer punto se describió el nombre de la categoría, se complementó con la creación de conceptos que constó de parafrasear lo dicho por las participantes, en seguida se incluyeron citas de autores que poseen múltiples perspectivas con las cuales se pretendió validar lo expuesto, por último, se utilizaron pasajes narrativos de las participantes para transmitir los hallazgos del análisis. En el cuadro 5 se muestra un ejemplo:

Tabla 4.5 Representación de los datos en el estudio

| Categoría | Creación de conceptos | Perspectiva de diferentes autores | Discurso(s) representativo(s) |
|---|--|--|--|
| Percepción materna de niños que presentan peso normal | Las madres de niños con peso normal, cuatro de ellas tienen una percepción adecuada del peso de sus hijos, esto es en dos niños y dos niñas. Además las participantes, el peso normal en sus hijos lo asocian a un estado de salud idóneo. | Akermann, et al. (2007) indica que los padres con hijos con peso normal tienden a estimar cerca de lo normal el peso de sus hijos. | <i>“Yo creo que la figura cuatro, porque a mi se me hace que él está saludable” (E16-36-PN-NO-PN).</i> |

Para finalizar, los resultados encontrados en las entrevistas se unieron con los hallazgos del grupo focal y mediante la observación e integración de materiales se pretendió comenzar a

encontrar “patrones, tendencias, explicaciones, a ligar hechos, generar hipótesis y/o probarlas, así como formular nuevas preguntas de investigación” (Hernández, 2003, p.602).

4.7 Validez y confiabilidad

Para garantizar la confiabilidad y validar los datos del estudio se utilizaron varias estrategias. Se recurrió a distintos tipos de triangulación de lo cual Amezcua y Gálvez (2002) aluden que triangular supone utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo problema: diferentes técnicas para obtener los mismos datos, diferentes sujetos para responder la misma pregunta, diferentes investigadores para un mismo análisis, o diferentes teorías para explicar un mismo fenómeno. Tal como lo plantea Pérez (2007) el triangular en la investigación implicó reunir una variedad de datos y métodos para referirlos a un mismo tema. Implicó también que los datos se recogieran desde puntos de vistas distintos y se realizaron comparaciones múltiples entre los grupos estudiados.

Como primer momento se realizó la validez interna entre las estrategias que existen, se utilizó la triangulación de los datos, con la cual se confrontaron las diferentes fuentes de datos en el estudio. Según Rodríguez, Pozo y Gutiérrez (2006), este tipo de triangulación se produce cuando existe concordancia o discrepancia entre los datos. Además, se pueden triangular informantes, tiempos y contextos. En el estudio se triangularon datos puesto que las informantes fueron cuatro grupos distintos, madres con hijos que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, con ellos se tuvo afinidad o diferencia en los datos. De acuerdo a Martínez (2006b) en la triangulación de datos se utiliza una variedad de datos para realizar el estudio, provenientes de diferentes fuentes de información para ayudar así a entender el fenómeno.

En el estudio otra forma de validez fue la triangulación de la teoría, la cual ayudó a examinar como los datos arrojados por la investigación pueden ser explicados con diferentes teorías. Las varias teorías, proporcionaron una perspectiva que ayudó a desarrollar una explicación más poderosa en cuanto a los datos se refiere. El desarrollo de una teoría mostró más allá de los hechos y proporcionó una explicación del fenómeno. Por ende, esta técnica fue un medio de corroboración que permitió a la investigadora estar más segura de las conclusiones del estudio (Johnson, 1999).

Como parte de la estrategia metodológica de triangulación y validación de los datos obtenidos, se llevará a cabo la triangulación de técnicas la cual consiste en el uso de varias técnicas para estudiar un problema determinado (Martínez, 2006b; Johnson, 1999; Taylor y Bogdan, 1996). Con el objeto de validar y evaluar el estudio, se triangularan las entrevistas semiestructuradas utilizadas para la recolección de datos con un grupo focal.

Una vez sintetizado y analizado los resultados que se obtuvieron de las entrevistas semiestructuradas, se realizó el grupo focal. Este se llevó a cabo con madres de familia que no participaron en las entrevistas individuales. Se incluyó esta técnica de triangulación ya que se considera esencial para validar los resultados, rescatar información y percepciones adicionales. Si no se hubiera contado con otra técnica que validará los resultados del estudio se podría presentar el riesgo que la investigación quedara incompleta o sesgada.

Como ya se mencionó anteriormente se incluyó un grupo focal como técnica de triangulación ya que según Romo y Castillo (2002) estos grupos usados en las etapas preliminares o exploratorias de un estudio, son de gran utilidad para evaluar, desarrollar o complementar un aspecto específico de dicho estudio o también cuando se ha finalizado para evaluar su impacto o para producir nuevas líneas de investigación. Ellos pueden ser usados como una técnica específica de recolección de información o como complemento de otras especialmente en las técnicas de triangulación y validación. El grupo focal estuvo compuesto de niños de 4to y 5to grado a cuales de manera grupal se le hicieron las mismas entrevistas que a las otras madres de familia que participaron de forma individual en las entrevistas. Cabe aclarar que el grupo focal se formó después de haber terminado y analizado las entrevistas semiestructuradas y con él se pretendió validar varios de los puntos abordados por las participantes.

Para probar la confiabilidad de la guía de entrevista que se utilizó a lo largo del estudio se realizó la validación interjueces la cual es definida como un acuerdo entre dos o más personas (evaluadores) que evalúan el mismo acontecimiento o a la misma persona (Córdoba, Ortega y Pontes, 2009). La validación interjueces se utilizó para validar el instrumento que se implementó a lo largo del estudio, el cual constó de una guía de entrevistas semiestructuradas. Este tipo de validación se llevó a cabo realizando una primera versión del instrumento y se les entregó a los cinco integrantes del comité doctoral, que son considerados expertos en investigación, ellos propusieron modificaciones y aportaciones que consideraron necesarias, llegando así a un borrador con el que se realizó una prueba piloto con la finalidad de afinar el instrumento, que posteriormente se aplicó a cada una de las candidatas de investigación.

4.8 Consideraciones éticas

El estudio propuesto tiene un valor social y científico, ya que buscó el bienestar de la población y pretende contribuir a la disminución de las altas tasas de obesidad infantil en el país. Al respecto, González (2002) menciona que las investigaciones deben encaminarse a intervenciones que conduzcan a mejoras en las condiciones de vida o el bienestar de la población o que produzca conocimiento que pueda abrir oportunidades de superación o solución a problemas, aunque no sea en forma inmediata.

El estudio posee cualidades éticas debido a que contiene validez científica. Según Valles (2005) la búsqueda de la validez científica establece plantear varios puntos los cuales se consideraron en la investigación: a) un método de investigación coherente con el problema y la necesidad social, con la selección de los sujetos, los instrumentos y las relaciones que establece el investigador con las personas; b) un marco teórico basado en fuentes documentales y de información; c) un lenguaje cuidadoso capaz de reflejar el proceso de la investigación que cultiva los valores científicos en su estilo y estructura; d) alto grado de correspondencia entre la realidad psicológica, cultural o social de los sujetos investigados con respecto al método empleado y los resultados.

Como parte ética del estudio se aseguró que las participantes del estudio fueran escogidas a razones de las interrogantes científicas, puesto que la investigación con las personas puede implicar considerables riesgos y beneficios. De acuerdo a Salamanca y Martín-Crespo (2007), la investigación sólo puede justificarse cuando: a) los riesgos potenciales a los sujetos individuales se minimizan; b) los beneficios potenciales a los sujetos individuales y a la

sociedad se maximizan; c) los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos.

La manera como se redujo los prejuicios del estudio fue a través de la evaluación independiente, es decir, la revisión de la investigación estará a cargo del comité de tesis, el cuál consta de personas expertas del tema que no están afiliadas al estudio y que tienen autoridad para aprobar, corregir o, dado el caso, suspender la investigación (González, 2002).

Las madres de familia a las que se les realizó entrevistas, así como las que participaron en el grupo focal firmaron un consentimiento informado esto con la finalidad de asegurar que su participación en el estudio es compatible con sus valores, intereses y preferencias; y lo hacen voluntariamente con el conocimiento necesario y suficiente para decidir con responsabilidad sobre sí mismas (Álvarez-Gayou, 2003).

Otra consideración ética que se tuvo presente en el estudio fue mantener el debido respeto hacia las participantes. Tal como lo mencionan Barrio-Cantalejo y Simón-Lorda (2006), el respeto a las participantes de investigaciones implicó varias cosas: a) se permitió que las madres de familia participantes cambiaran de opinión, a decidir si la investigación concordaba con sus intereses o conveniencias, y a retirarse sin sanción de ningún tipo; b) el manejo de la información obtenida fue respetada con reglas explícitas de confidencialidad; c) la información nueva y pertinente producida en el curso de la investigación se les dio a conocer a las participantes; d) en reconocimiento a la contribución de los sujetos se les informó sobre los resultados y lo que se aprendió de la investigación; y e) el bienestar de las informantes se vigiló cuidadosamente a lo largo de su participación.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN DEL ESTUDIO

En este capítulo se abordan los resultados que fueron producto de entrevistas semiestructuradas y de un grupo focal que se realizó con madres de niños que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, con la finalidad de validar los hallazgos encontrados. De los discursos de los participantes del estudio emergieron cinco categorías de análisis, las cuales guardan relación directa con los objetivos de estudio y con el construccionismo social: 1) percepción del peso corporal del hijo, 2) prácticas de alimentación en la familia, 3) similitudes y diferencias entre los grupos, 4) percepciones acerca de la obesidad y 5) propuestas para contrarrestar la obesidad infantil. El propósito principal de esta sección es darles voz a las madres de familia participantes de este estudio. Los relatos que se presentan constituyen transcripciones de audio tal y como fueron expresadas por las entrevistadas. Es importante mencionar que se utilizan seudónimos³ para identificar a las madres de familia con el propósito de cumplir con los estándares éticos de confidencialidad y anonimato de las mismas. Cada una de estas categorías se divide en sub-categorías de análisis más específicas, las cuales se muestran a continuación.

5.1 Percepción materna del peso corporal del hijo

En esta parte de los resultados se exponen las percepciones que las madres tienen del peso corporal de sus hijos (Tabla 1), cuyas edades fluctúan de 7 a los 11 años. Como se entrevistó a las madres de niños que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, en esta

³ Consta del número de entrevista, edad de la participante, Índice de Masa Corporal de la madre, NA si se le tomaron mediadas a una de sus hijas, NO si participó un niño y al final se incluyó el IMC de su hijo, BP si el hijo presenta Bajo Peso, PN si se encuentra en Peso Normal, SB si tiene Sobrepeso y OB si el niño presentaba obesidad.

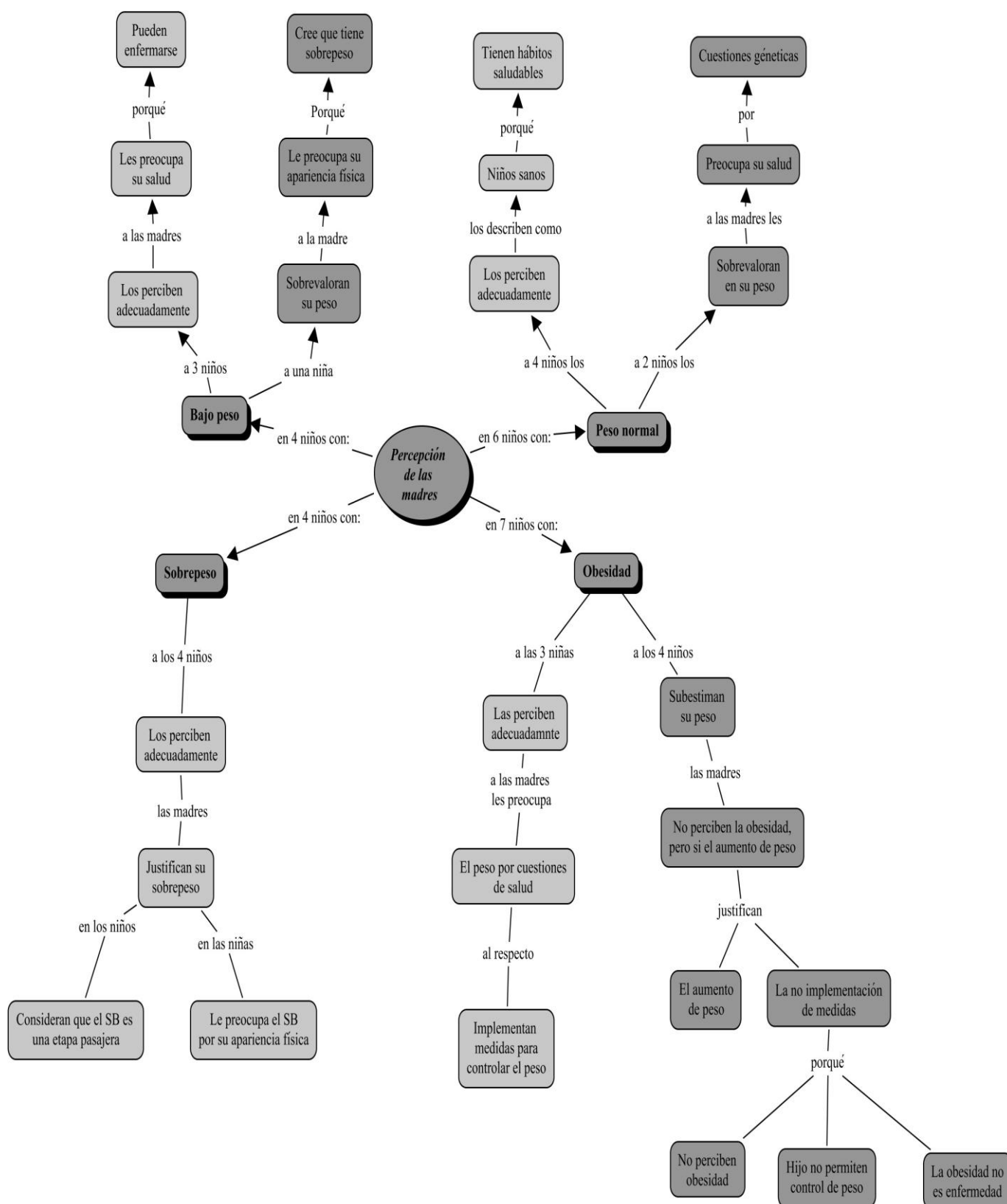
sección se presentan los relatos de las madres de estos grupos de niños, con la idea de encontrar diferencias o similitudes que aporten un conocimiento sistematizado en la generación de prácticas alimenticias que incidan en el sobrepeso u obesidad de su hijo. Para conocer la percepción materna se utilizó un instrumento elaborado por Eckstein et al. (2006) que contiene imágenes de niños y niñas que abarca 3 rangos de edad. Para este estudio se utilizaron los rangos de edad de 6 a 9 años y los de 10 a 13 años. Cada serie de gráficos presenta siete imágenes de forma descendente, de izquierda a derecha, la séptima imagen de la izquierda representa al niño(a) con obesidad, la sexta y quinta el sobrepeso, la cuarta figura muestra peso normal y las tres últimas imágenes de la derecha al niño(a) con bajo peso. A cada una de las participantes se les solicitó que eligieran de acuerdo a su percepción, la imagen que mejor representara el peso actual de su hijo, además se les cuestionaba a cerca de su elección (Anexo 8).

Tabla 5.1 Percepción de las madres en relación al peso corporal de sus hijos

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | | Niños que presentan peso normal (6) | | Niños que presentan sobrepeso (4) | | Niños que presentan Obesidad (7) | | Total |
|---|-----------------------------------|------|-------------------------------------|------|-----------------------------------|----|----------------------------------|-------|------------|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| Madres que perciben correctamente el peso | 3 | 1 | 4 | 2 | 4 | 0 | 3 | 4 | 21 |
| Porcentaje | 14.28 | 4.76 | 19.04 | 9.52 | 19.04 | 0 | 14.28 | 19.04 | 100 |

En la figura 1 se presenta un panorama general sobre los hallazgos encontrados en relación a cómo las madres de familia participantes en el estudio perciben a sus hijos que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Posteriormente se detallan cada uno de los puntos abordados en el mapa conceptual.

Figura 5.1 Hallazgos sobre percepciones



5.1.1 Percepción de las madres con niños que presentan bajo peso

De las cuatro madres de familia entrevistadas, tres perciben de forma adecuada el bajo peso en sus hijos (1 niña y 2 niños) argumentando que físicamente se ven muy delgados, y una de ellas no logra percibirlo correctamente. De acuerdo a Eckstein, et al. (2006) la figura dos indica el bajo peso en los niños. A continuación se muestran unos fragmentos donde las madres de familia indican la figura y el por qué esta representa a su hijo: *“Mi hijo este sería el segundo, porque esta delgado y alto” (E13-39-SB-NO-BP)*. *“La número 2 porque está muy piernudilla, muy zancona, muy flaca y altilla, cabellillo largo” (E8-27-OB-NA-BP)*.

Por otro lado, una de las madres de familia que presenta un IMC con sobrepeso, no perciben el bajo peso en su hija e indica la quinta figura, que de acuerdo al instrumento asemeja a niñas con sobrepeso. Conforme a lo mencionado Jaffe y Worobey (2006) aluden que las madres que presentan sobrepeso manifiestan mayor miedo a que sus hijos presenten sobrepeso y ese miedo o actitud acerca de su peso o aumentarlo se relaciona con lo que sienten y creen acerca del peso de sus hijos. Como es el caso de esta madre que presenta sobrepeso y tiene miedo que su hija también presente problemas con su peso. En la siguiente cita la madre de la niña indica el número de figura que representa a su hija *“La quinta, porque así está más o menos, así está mi hija, ni muy gorda, ni muy flaca, está media” (E15-38-SB-NA-BP)*

En la siguiente tabla se muestra los datos demográficos de madres con niños que presentan bajo peso

| Edad | Estado civil | Escolaridad | Ocupación | Edad de hijo | Género del hijo |
|------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------------|
| 38 | Casada | Secundaria | Cocinera | 7 años | Femenino |
| 27 | Casada | Secundaria | Ama de casa | 7 años | Femenino |
| 28 | Casada | Preparatoria | Ama de casa | 9 años | Masculino |
| 39 | Casada | Secundaria | Ama de casa | 9 años | Masculino |

La edad de estas madres es de entre 27 a 39 años, todas son casadas, la mayoría estudio secundaria y son amas de casas. Tienen hijos de 7 a 9 años.

Percepción distorsionada “Yo cuidó lo que como y mi hija también”

Cabe señalar que la entrevistada que muestra distorsión del peso corporal de su hija presenta preocupación por su sobrepeso e indica que cuando ella aumenta de peso suele utilizar alternativas para bajarlo tales como: realizar dietas alimenticias o toma pastillas para disminuir el peso. Según Mancilla, Franco y Álvarez (2004), la preocupación por el peso en la población con sobrepeso se debe a la creciente presión social y a la discriminación que sufren las personas obesas. *“Si, yo siempre trato de hacer ejercicio, cuando me veo muy gorda me pongo a dieta y tomo pastillas que me ayuden a bajar un poco de peso, no me gusta verme gorda” (E15-38-SB-NA-BP)*.

Tomando en cuenta lo anterior, Nieves (2009) afirma que cuando las madres realizan con frecuencia dietas o se encuentran preocupadas por su peso, las hijas tienen más probabilidades

de tener ideas acerca de la dieta, se preocupan más por su peso y afectan sus hábitos alimenticios. La autora denota que las madres tienen una poderosa influencia sobre sus hijas, que puede ser positiva o a veces negativa, ya que si la madre está alarmada por la dieta y la imagen corporal, puede tener una influencia perjudicial en sus hijas. Lo señalado por la autora se observa altamente reflejado en la entrevistada debido a que ella se preocupa por su peso y estas ideas han influido en su hija para que presente actitudes de miedo al aumento de peso, elija alimentos que no contengan grasas y sobre todo resalta que la preocupación por el peso es por el aspecto físico: “*Mi hija cuida lo que come ¡sí mucho! ella no te come carne, no te come grasa, ella no come nada de eso, porque no se quiere ver ¡gorda!*” (E15-38-SB-NA-BP).

Preocupación del peso centrada en la salud

La preocupación de las madres con respecto al bajo peso de sus hijos se fundamenta en que sus hijos no tendrán las defensas necesarias para combatir una enfermedad y porque en comparación a otros niños de su edad o de sus otros hijos están muy delgados. Como puede observarse la preocupación que sienten las madres por el peso de sus hijos disminuye al asociar el bajo peso con asuntos genéticos, o bien, porque los niños no muestran síntomas físicos de desnutrición, ya que la salud la relacionan con la imagen física de sus hijos. Olaiz, et al. (2007) ratifica que el bajo peso para la edad se debe a varias causas entre ellas puede suceder que los papás sean de baja estatura, que en las familias sean todos de contextura pequeña, que el niño haya nacido con bajo peso, que tenga infecciones como: diarreas, infecciones respiratorias, parasitosis o se lleve un uso inadecuado de los alimentos disponibles. Las entrevistadas hicieron mención a lo siguiente:

Como esta él le puede entrar o estar así como que anémico, pero a como está de flaco, me dice (el doctor): “no está anémico”, o sea sí está bien, pero digo yo, un día una enfermedad que defensas va a tener, digo yo de que le falta peso y él no quiere comer. El papá es muy delgadito... (E18-28-SB-NO-BP).

Mira, simplemente que lo veo muy delgadito, porque de hecho que se me ha enfermado de una gripa o algo y le pregunto yo al doctor y me dice “él está en el límite de su peso,” no me mortifica, pero como veo al grande y lo veo al él sí. Me dice una señora para que lo quieres gordo si nada más con que no lo veas decaído, con que no lo veas que está mal, él está bien, si él anduviera todo decaído, flojoso y con sueño, o tuviera manchas en su cara, entonces anda mal..... (E13-39-SB-NO-BP).

En relación a este punto Martín (2004) señala que para las personas, en especial para las madres la salud es vigor; la enfermedad, debilidad. De tal manera, si se quiere permanecer sano, fuerte, tiene que guardar un primer precepto: comer bien, de forma abundante, incorporar energía. Por ello el niño que come de todo no sólo disfruta comiendo, sino también comiendo en abundancia. Frente a él, está el niño delicado o remilgado que no sólo es el que se aparta del grupo, es también el que puede ser delicado de salud, porque al rechazar alimentos puede privarse de la energía necesaria para mantenerse en buen estado físico.

Percibo el bajo peso de mi hijo, acepto que no presenta riesgo de sobrepeso

En los relatos de las madres de niños con bajo peso que perciben de forma adecuada el peso de sus hijos mencionan que los niños no presentan algún riesgo de presentar sobrepeso, ya que ellas argumentan que estos tienen complexión delgada y no consumen alimentos ricos en

grasas. No obstante, dejan claro que existe la posibilidad de que sus hijos aumenten de peso si ellas no cuidan su alimentación.

No, porque está delgadito, no le gusta la grasa para empezar y hay muchas cositas que no le gustan, por ejemplo, una bolsa de papitas es muy raro que tú lo veas con una bolsa de papitas, los dulces tampoco, la grasa se la quita..... (E13-39-SB-NO-BP).

Mmm..... pues no, a mi se me hace que no, porque ya esta grande para decir que está gordito o al menos que cuando ya este grande diga déjame como todo lo que no me comí (jajá jajá) (E18-28-SB-NO-BP).

Entre los aspectos que vale la pena destacar en las madres de niños con bajo peso es que la mayoría de las participantes percibió adecuadamente el peso de sus hijos, además revelan que la preocupación del peso en su hijo se relaciona con las consecuencias que puede tener en ellos una enfermedad. Por otra parte, las madres de estos niños aseguran que sus hijos no presentan riesgo alguno de presentar sobrepeso, ya que tienen complexión delgada y comen de forma nutritiva, sólo que en menor cantidad.

5.1.2 Percepción de las madres en niños que presentan peso normal

De las 6 madres de niños con peso normal, cuatro de ellas tienen una percepción adecuada del peso de sus hijos, esto es en dos niños y dos niñas. Además, el peso normal en sus hijos lo asocian a un estado de salud idóneo y a la imagen física que observan en sus hijos. Según Akerman, et al. (2007) indica que los padres con hijos con peso normal tienden a estimar cerca de lo normal el peso de sus hijos. En las siguientes citas se observa como aciertan en elegir la figura de peso normal para sus hijos e indican el por qué de su elección. *“Yo creo que la figura cuatro, porque a mi se me hace que él está saludable” (E16-36-PN-NO-PN).*

Pues yo siento que ella esta ahí en el 4, porque yo no la veo que este flaquita, flaquita y tampoco tiene lonjitas no es gorda, a lo mejor es porque ella también hace mucho ejercicio, a lo mejor igual lo que come si lo esta quemando, porque ella si es muy activa se la pasa corriendo, jugando para arriba y abajo, hace muchas actividades en el día (E21-30-SB-NA-PN).

A continuación se muestra una tabla donde se describen los datos demográficos de estas participantes

| Edad | Estado civil | Escolaridad | Ocupación | Edad de hijo | Género del hijo |
|------|--------------|-----------------|----------------------------|--------------|-----------------|
| 28 | Casada | Maestría | Maestra | 8 años | Masculino |
| 30 | Casada | Secundaria | Comerciante | 10 años | Femenino |
| 45 | Casada | Maestría | Maestra | 8 años | Masculino |
| 43 | Casada | Carrera técnica | Secretaria | 7 años | Femenino |
| 36 | Casada | Preparatoria | Ama de casa | 10 años | Masculino |
| 30 | Casada | Maestría | Jefatura de Trabajo Social | 7 años | Femenino |

Las madres de niños con peso normal presentan edades de entre 28 a 45 años, todas son casadas, su nivel de escolaridad es muy variado desde secundaria a maestría. La edad de sus hijos oscila entre 7 y 10 años.

Percepción sobrevalorada en ella y su hija “Yo estoy rellenita y mi hija también”

Por otro lado, dos madres de un niño y una niña respectivamente, no percibieron de forma adecuada el peso de sus hijos, a pesar de que se encuentra en peso normal, ellas eligieron la quinta figura que representa a niños con sobrepeso, por lo tanto ellas perciben de forma distorsionada el peso de sus hijos. La madre de la niña se muestra preocupada por su peso y el de su hija a pesar de que ambas se encuentren en peso normal y esto ha producido en la entrevistada pensamientos equivocados sobre el peso y prácticas de alimentación de su hija, y lo refleja cuando asegura que su hija tiene mayor peso al que realmente posee, come en exceso y que lo hace por nervios. En relación a esto Facchini (2006) señala que las madres que son hipercríticas con respecto a sus propios cuerpos, frecuentemente también lo son con los de sus hijos: y a su vez éstas, suelen presentar una imagen corporal pobre, desvalorizada y un deseo de ser más delgadas. A continuación se muestra la cita donde la madre elige la figura 5 que según el instrumento corresponde a una niña con sobrepeso, a la madre le parece que su hija tiene mayor peso, a pesar de que la niña en realidad presenta peso normal y con sus discursos reafirma que tanto ella como su hija están pasadas de peso:

Pues se me hace que la quinta figura, pues se me hace como tosquita, como mi hija, porque yo digo que ella esta así por lo que come, o sea come a lo mejor por nervios, yo no sé que la hace que coma así y mi esposo me dice “tú estás enferma de la mente porque ella no esta gorda, ¡no!”. Bueno a mi me gustaría verla un poco más delgada.... a mí se me hace un poquito rellenita ella, porque yo digo que a lo mejor, ¡yo estoy traumada con las rellenitas!, porque yo estoy..... (E9-30-PN-NA-PN).

Miedo y preocupación a presentar problemas de salud por cuestiones genéticas

Siguiendo el mismo orden de ideas, estas dos madres muestran preocupación y temor por el peso de sus hijos a pesar de que estos se encuentran en peso normal y señalan que si estos no comen adecuadamente, pueden llegar a presentar obesidad y esto les ocasionaría problemas de salud como: diabetes, colesterol e hipertensión. Además recalcan que tanto en ellas como en sus hijos es más latente la posibilidad de presentar diabetes, debido a la predisposición genética que tienen por parte de sus padres, pues la mamá de una de ellas la presenta y el padre de la otra entrevistada falleció a causa de esta enfermedad. Así pues, en los relatos de estas dos mujeres dejaron entrever que los eventos previos que presenciaron a través de sus familias han influido para que persista la preocupación por su peso y el de sus hijos y está proliferante el temor de padecer alguna enfermedad crónica. Por consiguiente, Campillo (2008) y González y Alcañiz (2007), aseguran que existe una tendencia genética a la obesidad, y la diabetes tipo 2, lo cual casi siempre se asocia a estilos de vida sedentarios y al exceso de peso, pero dejan claro que precisamente por tener esa predisposición se pueden tomar medidas para evitar que esa herencia genética se manifieste. Sobre esto las participantes del estudio afirman:

Sí, ¡yo tengo miedo! y se ponga rellenita porque yo veo va a mi mamá y me veo yo, y le digo ¡a mí no me gustaría que estuviera así! y ¡que le diera diabetes!, porque mi mamá tiene diabetes y quién sabe, bueno a lo mejor fue hereditario porque mi abuelita también tuvo diabetes (E9-30-PN-NA-PN).

Sí, me preocupa por los antecedentes hereditarios que tenemos de diabetes y de colesterol e hipertensión, entonces desde chiquito le explicado un poquito de que se tratan estas enfermedades..... (E7-28-SB-NO-PN).

Al respecto, Gergen (1996) señala que las percepciones, las creencias y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. De acuerdo a esta perspectiva las palabras adquieren significado sólo en el contexto de relaciones socialmente vigentes. Así los conocimientos, las percepciones que se encuentran ligadas a las creencias que son parte de las madres de familia, se dieron a conocer a través del lenguaje. Este enfoque le otorga especial atención al lenguaje en la conformación de la realidad, de las ideas, de las verdades y del propio ser. Por lo tanto, los significados que le atribuyen las entrevistadas a las cosas y a los acontecimientos son el resultado del lenguaje que usan. Sobre esto Arroyo y Cabello (2010) mencionan que a través del lenguaje (digital y analógico/verbal y no verbal) se interpreta, se explica y se sostiene lo que se cree y supone real, aunque el lenguaje no representa la realidad, si construye la realidad.

A continuación, una entrevistada relata como le afectó el presenciar la muerte de su padre a consecuencia de la diabetes y cómo vivó en carne propia el padecer diabetes gestacional. A su vez, afirma que estas situaciones le provocaron cambiar sus hábitos alimenticios con el fin de prevenir esta enfermedad en ella y su familia.

El sufrir diabetes gestacional a mí me cambio mucho la vida pero ¡mucho, mucho la vida!, porque no nada más era mi salud, yo estaba embarazada de mi hijo el menor, era el ver como sufrí mi papa, el como falleció por esa enfermedad, el como ver como se va acabando una persona tan joven, mi papá falleció de 40 años y yo decir a los 40 años y la diabetes se lo acabó en 3 años, entonces yo decía: “yo no quiero que me pase eso”, porque tengo a mi hijo el mayor y estaba embarazada de mi hijo el menor, entonces mi mismo miedo decir no me vale y cambiamos nuestros hábitos, de verdad, cambiamos nuestros hábitos todos. Mi esposo, este, no lo sigue mucho, pero yo sí cambie, mi forma de cocinar, cambie todo mis sartenes, cambie, este aprendí a usar, a guisar otras verduras que en mi casa no guisábamos, me quite de comer muchas cosas, de comprar mucha comida dulce, les deje de dar *el nutela*, *el chocomilk*, este la miel, todo lo compro así que light, bajo en grasas, las tostadas, tostadas deshidratadas, o sea, los empecé a incluir en lo que yo comía (E7-28-SB-NO-PN).

De igual forma, en una de las entrevistadas se hace notorio que la preocupación y temor por el peso y la predisposición de presentar alguna enfermedad crónica, le incitaron educar a su hijo para que se alimente sanamente y tome conciencia de lo que representa el padecer diabetes. Al respecto Jaffe y Worobey (2006) mencionan que las madres son a menudo una de las personas más influyentes en la vida de un niño pequeño. En consecuencia, sus actitudes hacia el alimento, la dieta y su peso pueden servir de modelo para los niños pequeños, a su vez les pueden transmitir el miedo de presentar obesidad a través de la restricción de la comida y mostrando preocupación por su peso y el de sus hijos. También Núñez y Elizondo (2004) indican que los padres de familia no sólo suministran los genes que predisponen la obesidad, sino también como es el caso de esta madre que ha influido, moldeado actitudes y comportamientos relativos a la alimentación. En lo que sigue, se proporciona un breve relato de cómo la entrevistada instruyó a su hijo con respecto a la diabetes:

Desde chiquito le he enseñado a comer balanceadamente, él si se preocupa, él toma coca una vez al día o a veces prefiere tomar té helado o té verde o agua este, no te come papitas, no te come galletas, prefiere barritas nutritivas, si lo he estado cuidando desde chiquito lo tengo medio traumatado (jajá jajá) con lo de la obesidad, yo creo que porque a él le toco la época donde papá falleció por la diabetes, yo estaba súper traumada, además cuando yo tenía diabetes gestacional el niño veía como yo me picaba los dedos con el glucómetro y yo le decía es que mira las personas diabéticas así se tiene que controlar siempre y yo creo que el ver eso y ver como me checaba la

presión, yo creo que el niño empezó a ver y agarrar conciencia que no era un juego, o sea no era porque yo no le quisiera comprar un chocolate o un dulce sino que era esta enfermedad y yo le decía mira tu abuelito falleció de eso le empecé a mostrar fotografías, videos lo metí mucho en Internet para que el viera que no era un choro⁴ mío que realmente es una enfermedad que requiere mucho cuidado.....(E7-28-SB-NO-PN).

Peso normal es sinónimo de hijo saludable

Por el contrario, las otras cuatro madres de familia con hijos de peso normal, de quienes tienen una percepción correcta, no les preocupa el peso de sus hijos, ya que recalcan que sus hijos están saludables. El hecho de que sus hijos se encuentran con el peso y la talla conforme a su edad lo hace estar saludables. Un rasgo que vale la pena destacar es que tres de las madres también se encuentran en peso normal como sus hijos, ya que cuidan tanto lo que comen ellas y sus hijos. En este contexto, Reifsnider, et al. (2006) argumenta que las madres de niños con peso normal los identifican como saludables y el que se encuentren en ese peso lo relacionan con una protección contra la enfermedad: *“Hasta el momento no, yo veo que están bien”* (E16-36-PN-NO-PN).

Pues este, yo creo que no está gordo, ni delgado o sea yo pienso que está bien, nació gordito, pesó casi 4 kilos y todo el primer año estuvo así como gordito, sí se veía gordito y ya después, ya está normal, delgado (E4-45-PN-NO-PN).

Por otra parte, el construccionismo se centra en la relación que existe entre los sujetos que participan de una cultura común y que desde su propia experiencia y subjetividad van construyendo realidades en el lenguaje social. Por ejemplo, lo que las madres de familia consideran como un niño saludable, no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. Asimismo, los términos bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad para un niño, con los cuales comprendemos el mundo que encierra la obesidad infantil son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.

Hábitos saludables para mantenerse en peso normal.

Por consiguiente, estas cuatro madres consideran que sus hijos no se encuentran en riesgo de presentar sobrepeso, puesto que sus niños tienen una alimentación saludable donde incluyen frutas, verduras y regularmente realizan alguna actividad física. En este sentido, las madres de forma acertada están llevando a cabo medidas, que de acuerdo a diversos autores (OMS, 2006; Fricker, 2006; Muñoz, 2010) sirven para prevenir el sobrepeso y la obesidad. No obstante, así como lo señala Gergen (2007) el conocimiento que las madres tienen sobre hábitos alimenticios saludables no lo adquirieron de forma pasiva, sino a través del involucramiento con el mundo. Sobre esto, una entrevistada comenta lo siguiente:

No, porque la veo que hace mucho ejercicio y come muy bien, ella sin que uno le este diciendo a cada rato las cosas, ella cuando vamos al mandado me echa lo que son las zanahorias que son las baby carrots, las echa de botana, me echa brócoli para comérselo crudo, la lechuga le gusta mucho,

⁴ Se utiliza en el lenguaje popular para referirse a un discurso o monólogo

la uva, eso me echa ella en el carrito. Es cosa que aunque no traiga dinero nunca le digo que no, porque es algo que yo veo que es algo saludable; igual ella prefiere tomar el *Nestea* o aguas de sabor a una coca, entonces no siento yo que ella tenga ese riesgo porque no tiene malos hábitos (E21-30-SB-NA-PN).

En particular, en las entrevistas realizadas a madres con niños de peso normal, quedo al descubierto que las madres son parte fundamental para que sus hijos se mantengan en el peso ideal para su edad, ya que son ellas las que motivan a los niños hacer ejercicio y les proporcionan comida saludable. Ante esto, Flores, Trejo, Ortiz, Ávila, Gallegos, Ugarte, et al. (2010) aluden que en la formación de los hábitos la madre juega un papel muy importante, pues es ella quien representa el principal agente de cuidado y crianza de los hijos y por tanto ejerce una fuerte influencia en los hábitos alimenticios y de actividad física. Al respecto, Arroyo y Cabello (2010) mencionan que los padres influyen en la conducta alimentaría mediante actitudes o mensajes respecto a la comida, moldeando así los hábitos alimenticios y el estilo de vida que regirán el desarrollo de los hijos.

Yo creo que por la alimentación, porque yo procuro que hagan ejercicio, yo no dejo que nada más estén sentados, que hagan ejercicio. Ellos comen, hacen la tarea y en la tarde juegan futbol. No acostumbro a que sólo vean la tele, les digo sálganse a ver que hacen, muévanse, no solo pueden estar haciendo eso, tienen aparatitos, pero tienen sus reglas un rato y otro rato (E16-36-PN-NO-PN).

Trabajé con él desde el kinder con eso de la alimentación, si soy medio si lo traume jajá jajá,..... desde chiquito cuando iba al kinder le echaba el yogurt, el botecito de agua o sea yo a veces en mi casa no hay coca y se friegan, toman agua o té helado, té verde que es lo que yo tengo en el refri, sí, a lo mejor con mamá no hay fruta, pero conmigo si hay, así que se frieguen porque no hay galletas, no hay papitas y si traen algo de ganas de musguear comen lo que es la fruta.....(E7-28-SB-NO-PN).

En general, las madres con niños que presentan peso normal, cuatro de las seis madres los perciben de forma adecuada y un rasgo que vale la pena destacar es que de todas las participantes de este estudio, tres de las cuatro madres que tienen mayor nivel educativo (maestría) se ubicaron en este grupo. A su vez cuatro de las madres de familia afirman que no les preocupa el peso de sus hijos, ni los riesgos a que sus hijos padezcan obesidad, puesto que aseguran que sus hijos tienen prácticas y hábitos saludables que les ayudarán a mantenerse con peso normal.

5.1.3 Percepción de las madres en niños que presentan sobrepeso

Se entrevistó a 4 madres de niños con sobrepeso 3 niños y 1 niña. Todas ellas logran percibir adecuadamente el sobrepeso en sus hijos, ya que al momento de seleccionar la silueta que representa el peso corporal de su hijo eligieron correctamente la figura 5 que de acuerdo a Eckstein, et al. (2006), determina que un niño o niña tiene sobrepeso. De igual manera, en la investigación realizada por estos autores coinciden con los hallazgos encontrados en este trabajo ya que el 70 % de 223 padres consiguió clasificar el sobrepeso por imagen, mientras que sólo el 36 % de los padres lo identifica por palabra. En otro estudio realizado por Flores-Peña, Trejo-Ortiz, Gallegos-Cabriales y Cerda-Flores (2009) donde también se utilizó este instrumento de 418 madres participantes el 62.71% logro identificar el sobrepeso en sus niños mediante imágenes. Al respecto las entrevistadas mencionan lo siguiente: “*La quinta porque,*

porque ahorita está gordito, no mucho pero si lo veo llenito” (E11-38-OB-NO-SB), “Pues creo que es este el 5 porque como que yo le veo la pancita que se le esta haciendo” (E3-37-OB-NO-SB).

En otras investigaciones, se muestra como las madres también logran identificar el sobrepeso en sus hijos, por ejemplo en la realizada por Maynard, et al. (2003) de una población representativa a nivel nacional de Estados Unidos, el 66.7 % de las madres percibieron correctamente el sobrepeso en sus hijos, este porcentaje es mayor a lo reportado en un estudio de Hackie y Bowels (2007), donde el 39% de las madres de una muestra de 38 mujeres reconocieron el sobrepeso en sus hijos. En esta investigación, a pesar de que las madres con niños que presentan sobrepeso logran percibir dicha situación en sus hijos a partir de las figuras que eligen como su peso corporal, no consideran que les ocasione algún problema y en sus discursos enfatizan que los niños han aumentado de peso en comparación a épocas pasadas.

“Pues ahorita veo que esta un poco eh... está engordando, ya le veo su cuerpo, verdad, ya su estomago, ¡le digo ya!...” (E3-37-OB-NO-SB).

“Porque un tiempo estaba delgadita, yo pienso que subió de peso porque empezó a comer más y a cada rato y más comida chatarra....” (E1-35-SB-NA-SB).

En la siguiente tabla se muestran los datos demográficos de las madres de niños que presentan sobrepeso.

| Edad | Estado civil | Escolaridad | Ocupación | Edad de hijo | Género del hijo |
|------|--------------|-----------------------------|---------------------------|--------------|-----------------|
| 37 | Unión libre | Secundaria | Comerciante | 11 años | Masculino |
| 40 | Casada | Maestría | Maestra | 8 años | Masculino |
| 38 | Casada | 3er semestre administración | Administra negocio propio | 10 años | Masculino |
| 35 | Casada | Secundaria | Ama de casa | 8 años | Femenino |

Las participantes tienen de 35 a 40 años de edad, tres de ellas con casadas, una de ellas vive en unión libre, dos han estudiado secundaria, una tiene carrera trunca y otra estudió maestría. Sus hijos presentan de 8 a 11 años y la mayoría tienen hijos de sexo masculino.

Justificación del sobrepeso

Las madres de estos niños atribuyen el aumento de peso a la mala alimentación y al sedentarismo. Asimismo, en sus discursos una entrevistada denota permisividad en que su hijo consuma “alimentos no saludables”, puesto que sólo “a veces” se los evita. En relación a esto Hirschler, et al. (2006) refieren que las madres de niños con sobrepeso muestran una falta de capacidad para decir “no” o tienen dificultades para poner límites con la comida cuando el niño dice tener hambre y piensan que al prohibirles la comida estarían hambreado al niño.

A veces le evito que coma tostadas, duritos, así cosas de hecho en la casa a veces tenemos que estar así, no me gusta que haya porque están come y come, come más él porque le gusta mucho, porque

tortillas así comen muy poco, pero lo que es así de frituras y así, ¡sí le gusta!. Será lo que come o que no hace ejercicio, esta jugando viendo televisión (E3-37-OB-NO-SB).

Por su parte, una madre de familia indica que el aumento de peso en su hija se debe a que su suegra permite que la niña se alimente de comida de alto contenido energético. Consecuentemente, Bruss, Morris y Dannison (2003) señalan que entre algunas madres y abuelas existen enfrentamientos intergeneracionales relacionados con la dieta infantil. También, mencionan que los niños consideran que las abuelas y tías de mayor edad suelen complacerlos a pesar de la desaprobación de los padres.

Mi hija se va con mi suegra y mi suegra es muy de comparar muchos fritos y muchos de esos y a veces se queda dos o tres días y ella es la que le da de comer y ella hace una comida muy grasosa, no la hace como yo, ella cocina con ¡mucha grasa! y yo no y por eso ella subió de peso (E1-35-SB-NA-SB).

No me preocupa el peso de mi hijo “el estirón eliminará el sobrepeso”

Las madres de los varones con sobrepeso no manifiestan preocupación por el peso de sus hijos, tampoco consideran que el sobrepeso presente algún riesgo de salud que persistirá o que se transformará en obesidad, ya que aluden que lo “gordito” se eliminará con el “estirón”. Al respecto Ward (2008) y Hirschler, et al. (2006) expresan que muy pocas madres de niños con sobrepeso se muestran preocupadas por el peso corporal de sus hijos y, por lo tanto, son indiferentes a ello y a los riesgos de salud que conlleva el sobrepeso. Por su parte, González y Alcañiz (2007) mencionan que la creencia común entre los padres es que cuando un niño llega a la adolescencia crece algunos centímetros y la grasa y el exceso de peso desaparecen. Estos autores señalan que esta creencia se fundamenta de historias familiares que los padres han escuchado, ya sea de un hermano, tía o prima que eran gorditos de pequeños, hasta que dieron el “estirón” y cambiaron. Al respecto una madre de familia menciona lo siguiente:

Pues ahorita yo lo veo como “gordito” pero pienso que va a empezar su desarrollo, entonces ya por experiencia que me ha tocado con mis otros hijos que los veo que están engordando y luego ya dan la estirada, crecen. La verdad no creo que esto sea un problema, no porque así estuvo mi otro hijo “gordito” y de repente creció y se hizo delgado, si pienso que mi hijo esta “gordito”, pero pienso que se va estirar (E11-38-OB-NO-SB).

La idea de que el sobrepeso se eliminará cuando el hijo crezca, de acuerdo a Gergen (1996) se origina a partir del modo en que las madres de familia aplican sus experiencias al presente, las vivencias personales de su historia de vida, en este caso particular las vivencias que la participante tuvo con sus hijos mayores, la influencia del contexto, la sociedad y el conocimiento teórico que tienen del tema, en este caso la obesidad, juegan un papel importante para que ella construya esta realidad.

Me preocupa el peso de mi hija por su apariencia física

En cambio la madre que tiene una niña que presenta sobrepeso, sí expresa preocupación por el peso de su hija, ya que argumenta que la niña ha subido unos kilos de más y esto le crea predisposición a la obesidad. Sin embargo, queda al descubierto que la preocupación de la madre ante el peso de su hija reside en la apariencia física, ya que para ella es importante que

su hija tenga un peso adecuado para que no se “vea mal”. Ante esto, Núñez (2007) menciona que las madres aseguran que especialmente en las niñas la obesidad se vuelve un problema de índole estético y de socialización que de salud física. La madre de la niña expresa:

Sí, me preocupa, porque mi hija ha subido unos kilillos, si subió unos kilillos, pero no tantos, de un tiempo para acá subió, pero como quiera mi niña si está tendiendo a la obesidad, y yo sé lo digo a mi esposo !mira la niña ya está engordando! y me dice sí está “gordita”, no como otros, pero sí, porque el físico es importante, sí estás muy gordo ¡te vas a ver mal! y si estás muy delgado también ¡te ves mal! (E1-35-SB-NA-SB).

En relación a este punto, López-Alvarenga, et. al. (2010) indican que el rechazo del sobrepeso u obesidad por parte de las persona viene a consecuencia del actual anhelo por la delgadez, el hecho de estar gordo o muy delgado representa molestia y se asocia a debilidad, fragilidad y al sentimentalismo, mientras que el cuerpo delgado es más estético. A su vez, la gordura se describe como algo no deseable, que causa problemas psicológicos y de salud.

A manera de síntesis, en estas madres de familias se observó que todas ellas lograron percibir el sobrepeso en sus hijos en base al instrumento, no obstante no les preocupa esa condición o bien no consideran que represente un problema para lo que tengan que tomar medidas, ya que para ellas la situación de sobrepeso en sus hijos es una etapa pasajera. Estos resultados son similares a estudios realizados previamente en los cuales la mayoría de los padres no aceptan el sobrepeso en sus hijos (Zonana-Nacach y Conde-Gaxiola, 2010; Flores-Peña, et al., 2009; Ward, 2008; Núñez, 2007; Eckestein, et al., 2006; Hirschler, et al. 2006).

5.1.4 Percepción de las madres en niños que presentan obesidad

En este grupo se entrevistaron a 7 madres de familia con hijos que presentan obesidad (tres niñas y cuatro niños). Las madres de las 3 niñas percibieron correctamente la obesidad en sus hijas, pues en el instrumento eran congruentes en elegir la figura 7 que representa a las niñas con obesidad. Cabe señalar, que tanto las madres como las niñas de este grupo presentan obesidad. De acuerdo Grimmatt (2008) y Cudós y Diángelo (2007) las madres suelen percibir con mayor precisión el peso en las niñas que en los niños. Por otra parte, Flores, et al. (2009) menciona que el índice de masa corporal de la madre es un factor relacionado con la percepción materna del peso del hijo.

“Me imagino que el más gordito, la siete, porque se ve gordita ella se ve de hecho el abdomen abultado se ve y así se ve mi hija (E19-38-OB-NA-OB. La siete porque así está gordita hija” (E12-38-OB-NA-OB).

Para mí la 7, por el estado que se encuentra ella en el vientre, yo lo veo por ejemplo aquí en el vientre abultado y yo la veo a ella y es lo que a mí me preocupa, porque si no logramos ahorita detener eso al rato le va a seguir en todo su cuerpo, se va multiplicando y se va extendiendo hacia lo demás (E20-39-SB-NA-OB).

Enseguida se exponen los datos demográficos de las mujeres con niños que presentan obesidad.

| Edad | Estado civil | Escolaridad | Ocupación | Edad de hijo | Género del hijo |
|------|---------------|-------------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------|
| 34 | Casada | Secretaria | Secretaria | 9 años | Masculino |
| 37 | Casada | Secundaria | Ama de casa | 10 años | Masculino |
| 43 | Madre soltera | 4to semestre enfermería | Ventas | 10 años | Masculino |
| 44 | Separada | Lic. En enfermería | Voluntaria en un centro DIF | 9 años | Masculino |
| 38 | Casada | secundaria | Ama de casa | 9 años | Femenino |
| 38 | Casada | Preparatoria | Ama de casa | 9 años | Femenino |
| 39 | Divorciada | Licenciada en educación media | Maestra de secundaria | 10 años | Femenino |

Las edades de las madres con niños que presentan obesidad es de 34 a 44 años de edad, 4 de ellas son casadas, 1 es madre soltera, 1 separada y 1 divorciada. La mayoría de ellas trabajan y 3 se dedican al hogar. La edad de sus hijos es de 9 y 10 años.

Percepción correcta en las niñas con obesidad

Las madres de familia recalcan que desde hace tiempo perciben la obesidad en sus hijas, a través de la forma de su cuerpo y en que utilizan tallas de ropa que corresponden a niñas de mayor edad. Al respecto, Guevara (2008) explica que las niñas con obesidad tienen casi tres veces más probabilidades que sus homólogos masculinos, de ser clasificadas con obesidad por sus madres. También, Flores, et al. (2010) señalan que las madres no definen el sobrepeso y la obesidad en base a mediciones de peso y estatura o a estándares de crecimiento y desarrollo, más bien las madres señalan las limitaciones en la actividad física como un indicador de que el sobrepeso está iniciando en su hijo y no consideran que su hijo tiene sobrepeso mientras sea activo y tenga buen apetito.

Ya está muy pasadita ahora sí.....con la falda del uniforme escolar estoy batallando porque ella ya utiliza talla 18, los pantalones ya los utiliza de señorita son talla cinco, si ya ahora sí me preocupa. Con lo que batallo mucho con ella es que de la “pancita”, los pantalones le quedan bien pero de largo no, con los pans como ahora que viene el frío, le compro ya de señorita y le tengo que recoger, lo bueno que está alta (E12-38-OB-NA-OB).

Preocupación de las madres en niñas que presentan obesidad

Las madres de las niñas mencionan que les preocupa el aumento de peso en sus hijas, ya que aseguran que la obesidad es algo severo que puede traer consigo problemas de salud. En relación a este punto, es necesario señalar que las madres han acudido con nutriólogas, y realizan o realizaban dietas y ejercicio para bajar el peso debido a que no se encuentran satisfechas con su propio cuerpo. Por lo cual, queda al descubierto que debido a que las participantes han adquirido conocimientos relacionados con temas de alimentación y obesidad lograron percibir con mayor precisión la imagen que representa el peso corporal de sus hijas y se encuentran más sensibilizadas con los problemas y las consecuencias médicas que

desencadena esta enfermedad. Al respecto, Grimmett, et al. (2008) en un estudio que llevaron a cabo encontró algo relacionado a los hallazgos de este estudio, ya que después de que los padres recibieron retroalimentación sobre lo que es y conlleva la obesidad, lograron percibir con mayor precisión la situación de peso de sus hijos. Ante la percepción que las madres tienen en relación al peso corporal de sus hijas, Gergen (2007) indica que las percepciones son una construcción donde se entrelazan conocimientos, informaciones, experiencias vividas, creencias, estereotipos, etcétera, que han creado en la interacción con otras personas.

No me preocupa tanto la forma de su cuerpo a mi lo que me preocupa es su salud, me preocupa ver su vientre de repente muy grande de su cuerpo, no, porque es hermosa, ella es alta, nada más con que cuide su comida, yo nunca la ando criticando en eso ni le ando diciendo “¡estás bien gorda!, ¡estás bien fea!” nosotros tenemos en la familia una hija de una prima, tiene 13 años y pesa como 90 y tantos kilos, si está bastante kilos arriba, pero es porque la familia de su esposo y de mi prima así son todos obesos, todos ¡todos! Y le digo mira mamacita ella está batallando ahorita por salud, ten cuidado y mi prima así se la ha pasado al rato crece, al rato crece y al rato y ya creció, y no mamacita no te esperes a crecer ni a enfermarte es lo que yo quiero prevenir (E20-39-SB-NA-OB).

Percibo la obesidad en mi hija e implemento medidas para controlar el peso

Es importante señalar, que debido a que las madres perciben y se preocupan por el peso de sus hijas han puesto en marcha cambios en los hábitos de alimentación e implementaron el ejercicio en sus actividades diarias, esto con el propósito de prevenir la obesidad. Según Guevara (2008) cuando la madre reconoce la obesidad en sus hijos, esto crea un impacto positivo, debido a que tendrá mayores probabilidades de tomar decisiones de estilo de vida para influir positivamente en el peso de su hijo, entre ellos, cambiando el entorno de alimentos del hogar, fomentando una mejor educación dietética, y estimulando la realización de ejercicio con regularidad.

A veces la pongo a que nada más 3 tortillas y me dice ahí mamá o otro pedacito y otro pedacito y le digo no hija es que ahí te vas de pedacito en pedacito, con el baile le está dando más hambre, porque en la noche nosotros no cenábamos, ella y yo nada más cereal, a mi esposo y a la otra niña si les hago, me dice “un taquito mamá”, como anoche, se comió su cereal, querían huevos estrellados mi esposo y la otra niña y me decía nada más uno mamá y le digo mi hijita es que así empiezas (E12-38-OB-NA-OB).

Yo siento que estoy haciendo algo, le prohíbo la comida, la mando hacer ejercicio, la llevo porque yo no puedo estoy operada de las rodillas y no puedo, pero si la llevo y la motivo le digo me encanta verte hacer ejercicio es por tu bien, pero pues igual a lo mejor, este, no disminuyo mucho en la comida (E19-38-OB-NA-OB).

Cuando se trata de prevenir la obesidad, tal como lo marca Sarría y Moreno (2010); González y Alcañiz (2007) y Bautista-Castaño, et al. (2004) es necesario disminuir las cantidades de grasa y el incremento del aporte de hidrato de carbono en la dieta, además se requiere incluir una actividad física regular durante el tiempo libre como pasear o jugar a la pelota, para establecer las bases del gusto por el ejercicio en el futuro.

Además, las entrevistadas mencionan que la obesidad en sus hijas solamente se podrá disminuir si ellas también se involucran en el proceso de bajar de peso. Sin duda, Flores, et al., 2010 y Guevara (2008) mencionan que para tratar el sobrepeso u obesidad infantil requiere que los padres se involucren, particularmente la madre, quien es considerada el proveedor

principal de cuidados, además si ella percibe de forma adecuada el peso de sus hijos tiene mayor probabilidad de recibir conserjería y llevar a cabo medidas para controlar el peso de su hijo. A continuación se comenta parte de lo que se encontró:

Yo la vez pasada pesaba 93 kilos, llevo 14 kilos abajo, si ya ahorita en la mañana solo como cereal, fruta o me llevan a veces un platito de comida, así de guiso, pero sin grasa, que nopalitos, que verduras y este y a ella procuro casi lo mismo, cocino con el aceite de soya o con el de oliva, si es carne de res nada más que se cueza con pura agua (E20-39-SB-NA-OB).

Mi esposo ya subió bastante de peso y le digo yo, debemos de ponernos nosotros con ella, porque a veces yo la regaño y le digo y me dice “que tu no te vez a ma”, le digo sí, pero ya me preocupo, yo ya trato de racionar lo alimentos y tú no y ahora sí ya le empieza a dar penilla y dice a ma´ mira la blusa como se me ve, el pantalón, y le digo al rato te va dar más pena porque vas a querer andar a la moda, ahorita te vistes de niña todavía, al rato que veas a las niñas con sus blusitas entalladas sus pantaloncitos, también te va a dar vergüenza, porque no hay de tu talla, y si te las vas a poner te vas a ver mal (E12-38-OB-NA-OB).

Percepción distorsionada en varones con obesidad “Está llenito, pero no gordo”

En los cuatro varones que presentan obesidad sus madres los perciben con sobrepeso, sin embargo cabe resaltar que ellos no tienen sobrepeso sino obesidad. Asimismo las madres indicaron la figura seis, la cual representa a niños con sobrepeso. En investigaciones realizadas por Etelson, Brad, Patrick y Shirali (2003); Carnell, Edwards, Croker, Boniface y Wardle (2005); Manios, Kondaki, Kourlaba, Vasilopoulou y Grammatikaki (2008) concordaron con los hallazgos encontrados en este estudio, revelando que los padres de niños con obesidad subestiman el peso de sus hijos y ninguno de los padres se refirió a su hijo con mucho sobrepeso. Las entrevistadas comentan: “*Miijo es este el sexto, por la pancita, las piernitas, y todo llenito (risas)*” (E10-43-SB-NO-OB), “*La figura 6 representa a mi hijo, porque está llenito pero no está tan gordo, todavía se mueve mucho y le gusta andar, todavía es activo*” (E2-34-SB-NO-OB).

A su vez, se entrevistó al padre de uno de estos niños que presenta obesidad y él afirma que su hijo no presenta esta condición y lo percibe aún más delgado que su esposa, al respecto mencionaron lo siguiente: “*Mi hijo es como la figura seis, algo gordito (el esposo comenta) no, es el quinto, porque el seis ya tiene demasiado estómago y mi hijo no tiene mucho estómago, está parejo se puede decir que su complexión es más pareja*” (E14-37-OB-NO-OB).

Estas fallas de los padres en percibir adecuadamente el peso de sus hijos, según Zonana-Nacach y Conde-Gaxiola (2010) puede deberse al rechazo de admitir que el niño es obeso o al desconocimiento de qué es la obesidad y porque refieren poco conocimiento de la obesidad como un problema de salud ya que ellas ven a sus niños felices, juguetones y con un gran apetito.

Mi hijo no presenta obesidad, pero sí aumento de peso

En todas las entrevistadas con hijos varones y el esposo de una de ellas a pesar de que a sus hijos no los perciben con obesidad, en sus discursos dejan entrever que los niños han “*incrementado su peso*”, “*ya no les queda la ropa*” y que cuando corren o juegan los notan

lentos y cansados, esto en comparación con años anteriores y por la vida sedentaria que mantienen. Los siguientes párrafos muestran lo comentado:

“Sí, lo veo un poquito robusto, para su edad, de hecho no está muy delgado, ni muy gordo, pero yo si lo veo un poquito pesado cuando anda corriendo o anda jugando, si lo veo pesado” (E14-37-OB-NO-OB).

Pues que está llenito, o sea, si está sobrepasado, esté porque ya no le queda la ropa, le estoy comprando ropa más grande, le digo hijo es que caso tiene que te compre tallas más grande, que te pongas la que ya tienes, de hecho tiene un año que engordó, porque él era delgadito, estábamos precisamente anoche viendo unas fotos, estaba delgadito, empezó en tercero, a mitad de tercero empezó a engordar (E10-43-SB-NO-OB).

Justificación del aumento de peso en hijos

Dos de las entrevistadas que coinciden en tener estudios de enfermería, aseguran que sus hijos han aumentado de peso debido a las actitudes sedentarias que mantienen, asimismo, indican que si no les cuidan su alimentación están en riesgo de presentar obesidad, siendo que ya la presentan. Por otro lado, pareciera que las madres de cierta manera responsabilizan a los niños de su aumento de peso, esto debido a que tienen “una vida muy sedentaria” o “es muy flojo”, asimismo revelan que ellas no tienen ningún tipo de control sobre las actividades físicas que su hijos lleven a cabo, ya que el hecho de que los niños realicen algún tipo de ejercicio o no, lo dejan a su consideración. Lo cierto es que la actividad física a esta edad es un asunto de familia, sobre esto González y Alcañiz (2007) indican que como en muchas otras áreas, su hijo tenderá a repetir los comportamientos que ve en casa, y si la mayor parte los padres prefieren ver televisión o realizar alguna actividad física, es probable que su hijo lo prefiera también.

Sí, yo tenía miedo por la salud de mi hijo y aparte porque tenía una vida muy sedentaria, entonces yo tenía que buscar algo en que a él tampoco le causara estragos de que mi mamá me va a quitar lo que yo quiero comer, este entonces ¿qué fue lo que hicimos? implementamos que tuviera clases de deporte y él se hace responsable, él sabe que tiene que ir tres veces por semana, me parece bien porque si le ha ayudado, si ha bajado de peso, llega y no es un niño que llegue a comer en exageración, bueno a lo mucho es un sándwich completo o la mitad de él para cenar (E17-44-OB-NO-OB).

Sí, desde que mi hijo empezó aumentar de peso, ahorita nada más le he bajado la comida, no lo he llevado con el nutriólogo, yo batallo mucho porque él come acostado, o sea, es el problema que yo tengo ahorita con él, que no se quiere parar de la cama, ahí le tengo que llevar todo a la cama, ahí con la mesa, porque no se quiere parar, entonces es lo que yo le digo “es problema tuyo, es que tú estás así engordando porque eres bien flojo”, porque todo quiere que le lleve ahí, no le gusta jugar, no sale a correr, sólo tiene juegos de video, el mundo de él es la tele y el video juego (E10-43-SB-NO-OB).

No percibo la obesidad en mi hijo, no realizo cambio de hábitos

Como se mencionaba anteriormente, tanto las madres como el padre de los varones no perciben la obesidad en sus hijos y para referirse a la obesidad de sus hijos utilizan sinónimos de connotaciones positivas en lugar de obeso o gordo, sobre esto Aboitiz (2008) menciona que esto puede deberse a que los padres por cariño y aprecio a sus hijos suelen no verlos como obesos y frecuentemente los describen como “fuertes”, “saludables”, “grandotes”, etc. Además

porque para muchos padres la obesidad en el niño no es vista como enfermedad, incluso algunos perciben como "saludable" al niño obeso. En relación a esto, las madres de los varones cuando describen a sus hijos suelen utilizar términos como: *"está pasadito de peso"*, *"está robusto"*, *"algo gordito"*, *"está sobrepasado"*, *"está llenito, pero no gordo"*. De igual manera, Núñez y Elizondo (2004) encontraron que los padres para referirse a la obesidad en sus hijos utilizaron expresiones como "el peso", "gordito(a)", "pasadito(a)", "gordura".

Al respecto, Ortiz y Posa (2007) y Guevara (2008) señalan que es difícil trabajar con una madre de familia en la prevención de la obesidad si ellas no perciben el problema del sobrepeso u obesidad en sus hijos. De igual manera cuando una madre no reconoce el problema que supone la obesidad y no conoce las consecuencias que pueda tener para la salud de su hijo no implementaran cambios en los hábitos y conductas de los hijos, tal como se muestra en estos entrevistados.

No realizo cambios porque mi hijo no los permite

Por otro lado dos madres de familia manifestaron no tomar acciones con relación al peso de sus hijos ya que cuando deciden tomar medidas los hijos no quieren llevarlas a cabo y lloran, entonces su autoridad como padres se anula y al final el niño hace lo que quiere. Ante esto, Zonana-Nacach y Conde-Gaxiola (2010) destacan que pocos padres se preocupan por el sobrepeso y obesidad de sus niños, ya que no los consideran un problema de salud o refieren que el médico no les ha formulado señalamientos al respecto y hace notar que los progenitores que no reconocen que sus hijos tienen un problema de salud por sobrepeso-obesidad podrían no estar dispuestos a recibir ayuda profesional.

"Pues, si debería de cuidarle un poco más su alimentación porque está medio gordito, pero cuando le digo que si lo llevo hacer ejercicio, no quiere o lo llevo algunas veces, pero luego llora y ya lo dejo" (E2-34-SB-NO-OB).

La obesidad no es problema, la diabetes sí

Las entrevistadas con hijos varones aseveran que si ellas se cercioraran que sus hijos presenta obesidad, les preocuparía debido a que esta situación les puede provocar con el tiempo otro tipo de enfermedades crónicas tales como la diabetes. Por consiguiente, las participantes dejan entrever que el riesgo que entraña la obesidad lo subestiman, ya que no catalogan la obesidad como una enfermedad por sí misma, solo la reconocen como un factor de riesgo para la aparición de enfermedades como diabetes la cual sí consideran un problema. En estas citas las entrevistadas confirman lo anterior:

"Si mi hijo tuviera obesidad me preocuparía, porque puede tener consecuencias porque le puede dar diabetes a temprana edad por el mismo tipo de alimentación que él pueda llevar" (E14-37-OB-NO-OB).

Mi hijo está en riesgo de obesidad, si yo no estoy pendiente y no le ayudo para que evite eso y estamos en el riesgo porque tenemos tendencia a no precisamente a engordar, a un tipo de enfermedad que es la diabetes y la diabetes al principio engordamos y luego cuando ya se manifiesta la enfermedad en el organismo es cuando empezamos a adelgazar (E17-44-OB-NO-OB).

Por lo tanto, se observa que estas madres no tienen un elevado nivel de conciencia en cuanto a que la obesidad infantil desde un inicio es una condición que trae consigo problemas de salud. Al respecto Díaz (2002) y González y Alcañiz (2007) mencionan que la obesidad infantil es una patología que genera consecuencias negativas para la salud, tales como: problemas ortopédicos, psicológicos, cardiopatía, torpeza, lentitud al moverse, problemas respiratorios, aumento de colesterol, diabetes tipo II, hipertensión arterial y síndrome metabólico. Además el ser un niño obeso representa entre el 70% u 80% de probabilidad de ser un adulto obeso y padecer problemas como colesterol alto, diabetes, riesgo de ataques del corazón, arteriosclerosis y problemas de las articulaciones, entre otros.

Como puede observarse las madres de niñas que presentan obesidad, perciben y se encuentran preocupadas por dicha situación en ellas y sus hijas, ya que mencionan que la obesidad trae consigo graves problemas de salud y sobre todo en lo relacionado con lo estético, por está razón están llevando a cabo acciones para disminuir el peso en sus hijas, tales como: disminuir las cantidades de comida e implementando ejercicio. En cambio, las madres de los varones no perciben la obesidad en sus hijos, además señalan que el peso de sus hijos no representa un problema de salud, por lo tanto no están implementando estrategias para prevenir y tratar la obesidad en sus hijos.

5.2 Tipología de las madres en relación a la percepción que tienen del peso corporal de su hijo

A partir de los resultados relacionados con la percepción se desprende que la percepción de las madres se divide en tres tipos: sobrevalorada, subestimada y adecuada, por lo que en la siguiente tabla se describen las características y los datos demográficos de las madres, según el tipo de percepción que tienen de sus hijos.

| Madres que sobrevaloran el peso (3) | Madres que subestiman el peso (4) | Madres que perciben adecuadamente el peso (14) |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Son mujeres de entre 28 a 38 años. • Las tres son casadas. • Su escolaridad es muy variada secundaria, preparatoria o maestría. • Todas son madres que trabajan. • Les preocupa su propio cuerpo y el de sus hijos. • Les preocupa más su apariencia física que su salud. • Les preocupa la predisposición genética que tienen ante algunas enfermedades. • Las madres sobrevaloran el peso de los niños con bajo peso | <ul style="list-style-type: none"> • Son mujeres de entre 34 a 44 años. • 2 son mujeres casadas, una es madre soltera y otra está separada. • En relación a la escolaridad 1 secundaria, 1 carrera técnica, 1 carrera trunca, 1 es licenciada • 3 de ellas tienen un trabajo remunerado, 1 es ama de casa. • No perciben la obesidad en sus hijos varones. • Los comparan con otros niños de su edad. • Justifican el aumento de peso en sus hijos. • Responsabilizan a los | <ul style="list-style-type: none"> • Son mujeres de entre 27 a 45 años. • 10 son casadas y 1 divorciada. • 6 estudiaron secundaria, 4 preparatoria, 1 licenciatura y 3 maestría. • La mayoría de las mamás son amas de casa (7), de las que trabajan 1 es secretaria, 2 son maestras y una es jefa de un departamento de Trabajo Social. • Los describen de acuerdo a su condición de peso. • Conscientes de los problemas que conlleva la situación de peso de los niños. |

| | | |
|---|---|--|
| <p>y peso normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estas madres vinculan su percepción con experiencias vividas entorno a padecimientos. • Todas estereotipan el físico de los hombres y las mujeres. • Consideran que la obesidad se vuelve un problema para las niñas. | <p>niños sobre su condición.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No implementan medidas para contrarrestar la situación de peso de sus hijos. • Las madres de niños con sobrepeso y obesidad subestiman la condición del peso de sus hijos. • La obesidad no la ven como un problema, la diabetes sí. • A ninguna la preocupa el peso de su hijo. • 3 de ellas estereotipan el físico de los hombres y las mujeres. • 3 consideran que la obesidad se vuelve un problema para las niñas. | <ul style="list-style-type: none"> • La adecuada percepción la atribuyen a los conocimientos que tienen sobre obesidad. • Lograron percibir en su mayoría a las niñas. • De las cuatro mamás con el mayor nivel educativo (maestría) tres de ella se encuentran ubicadas en este grupo. • Les preocupa el peso de sus hijos por los problemas de salud y el aspecto físico. • En los varones con sobrepeso se ve como una etapa pasajera. • A los varones con sobrepeso los comparan con sus otros hijos u otros niños. • 8 de ellas estereotipan el físico de los hombres y las mujeres. • 8 consideran que la obesidad se vuelve un problema para las niñas. • 7 consideran que la obesidad genera los mismos problemas en las niñas y niños. |
|---|---|--|

5.3 La percepción del peso corporal, su vínculo con el género y etapa de desarrollo

En un primer acercamiento se explora si la percepción correcta acerca del peso corporal del niño se vincula al género, de esta manera los hallazgos demuestran en quién se percibe con mayor exactitud el peso, si en los niños o niñas y a quién le provoca más problemas a una mujer o a un varón. Enseguida, las madres comentaron en que etapa de la vida consideran que la obesidad genere mayores dificultades, si en la niñez o en la adolescencia. También, se discute en cuál de los grupos crea mayor preocupación el peso, cómo perciben las madres los problemas de peso y cómo definen a una buena madre.

A través de los discursos de las madres y haciendo un análisis cualitativo de comparación constante entre los casos estudiados se encontraron algunos hallazgos interesantes respecto al tema de las percepciones de las madres de los diferentes grupos de IMC estudiados y su vínculo con el género del hijo, lo cual reveló información muy útil para generar conocimiento a cerca de este tema. En la tabla 2, se presentan los grupos de IMC estudiados y se detalla a quién perciben con mayor precisión las madres, si a un niño o una niña con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

Tabla 5.2 Percepciones de las madres acerca del peso de sus hijos

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | | Niños que presentan peso normal (6) | | Niños que presentan sobrepeso (4) | | Niños que presentan Obesidad (7) | | Total de percepción correcta |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------|-------------------------------------|----------|-----------------------------------|----|----------------------------------|----------|------------------------------|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |
| Perciben correctamente | | | | | | | | | |
| Madres con hijas (9) | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | | 3 | | 7 |
| Madres con hijos (12) | 2 | | 2 | 1 | 3 | | | 4 | 7 |
| Total (21) | 3 | 1 | 4 | 2 | 4 | | 3 | 4 | 14 |

En general, las madres perciben con mayor precisión el peso corporal en el género femenino. Mientras que las madres con hijos de género masculino suelen tener una percepción subestimada del peso de sus hijos. En este sentido, de las 9 niñas que participaron en el estudio, independientemente del grupo en el que se les clasificó, a 7 de ellas sus madres las percibieron correctamente de acuerdo a su IMC, mientras que dos niñas fueron sobrevaloradas en su peso, sus madres no perciben correctamente su peso y argumentan que tienen más peso al que realmente poseen. En cambio de los 12 niños que participaron solo 7 madres los percibieron adecuadamente en relación a su IMC, mientras que 4 madres de familia subestimaron el peso de sus hijos, pues afirmaban que sus hijos poseían menos peso al que realmente tienen y sólo a 1 de ellos se le sobre estimó.

La obesidad en las niñas es criticada y señalada

En este estudio a las niñas con sobrepeso y obesidad, sus madres lograron percibir con mayor precisión sus situación de peso, además las madres argumentan que el sobrepeso y obesidad representa más problemas para el género femenino. Al cuestionar a las 21 entrevistadas sobre la obesidad en niños y niñas, se encontró que 13 madres de familia mencionan que la obesidad genera mayores problemas en las niñas que en los niños, sobre todo en cuestiones relacionadas con el aspecto físico, ya que las participantes aluden que cuando una niña se vuelve adulta es importante que sea delgada, para que de esta manera pueda interesarle al sexo opuesto, puesto que el estereotipo de belleza que marca la sociedad es que una mujer de cuerpo esbelto es sinónimo de belleza, mientras que la obesidad es señalada y criticada por gran parte de la sociedad. Sobre esto, Núñez (2007) en un estudio que realizó encontró que las madres suelen aconsejar a sus hijos, a no comer en exceso y a realizar ejercicios, con el objetivo de que puedan sentirse bien con su figura corporal y logren socializar con sus pares. Incluso, creen que la obesidad es una barrera importante para que sus hijos e hijas inicien un noviazgo. Por consiguiente las entrevistadas dijeron:

A una niña, porque tiene que estar delgadita de grande para que le hagan caso (E14-37-OB-NO-OB), a una niña le va a repercutir más emocionalmente cuando este adolescente porque casi siempre los hombres estereotipan mucho que la mujer debe ser delgada..... (E21-30-SB-NA-PN).

A una niña, pues porque las niñas son más conscientes de su forma física, de su cuerpo, porque también tienen cambios y, o sea muy drásticos en su cuerpo, entonces ella siempre están chequeándose el cuerpo, como se ven y los niños son más desparpajo o más bien no les importa mucho como se ven y las niñas sí, las niñas se cuida más, se miran más en el espejo los niños no y además la gente dice: “si no está bonita y delgadita ¡ay que fea!” (E11-38-OB-NO-SB).

En relación a este punto, Arroyo y Cabello (2010) explican que en la actualidad el ideal del cuerpo femenino es un cuerpo esbelto y estéticamente bien formado, para dicha concepción han contribuido de manera importante los distintos medios de comunicación y la presión social, estos influyen para que las personas sigan esa imagen ideal que en muchas ocasiones es difícil de alcanzar, mientras que en la sociedad pareciera que los cuerpos han llegado a ser más importantes que los sujetos pues es más frecuente escuchar describir a una persona por sus características físicas, que por su ser en sí mismo. Es decir, la imagen corporal es la primera descripción de los sujetos, antes de cualquier otro atributo. Igualmente, Gómez-Peresmitré, León y Acevedo (2011) señalan que la interiorización del ideal delgado, que refleja el impacto de la cultura de la delgadez se presenta desde etapas tempranas de la vida.

De las 13 mamás que contestaron que la obesidad genera mayores problemas en las niñas, son mujeres de 28 a 43 años, 9 son casadas, 5 estudiaron secundaria, dos tienen carrera técnica, 1 preparatoria, 2 licenciatura trunca, 1 licenciatura terminada y 2 maestría. 10 de ellas tienen un trabajo remunerado y 3 son amas de casa.

De igual forma, las madres que participaron en el grupo focal aseguran que la obesidad le afecta más a las niñas sobre todo físicamente. A continuación se muestra algunos argumentos que las madres proporcionaron en el grupo focal:

“Aunque yo digo que más a las niñas por sus problemas menstruales”, “luego cuando quieren ser mamás y todo las presiones”, “uno de mujer siempre es más delicada que el hombre, el hombre es más débil, pero la mujer más delicada”, “sobre todo por estética la mujer tiene que cuidarse”.

Por otro lado, el resto (8) de las madres a las que se les realizó entrevistas semiestructuradas, mencionan que la obesidad infantil genera problemas de salud como de índole estético tanto en niños como en niñas:

“Pues, se me hace que a los dos de igual manera, a los niños y a las niñas les trae problemas” (E9-30-PN-NA-PN), “Yo digo que a los dos por igual tienen problemas de salud y físicos” (E17-44-OB-NO-OB).

De las 8 mamás que consideran que la obesidad genera problema independientemente del género de los niños, su rango de edad es de 27 a 44 años de edad, 3 de ellas estudiaron secundaria, 2 preparatoria, 1 es licenciada y 2 tienen maestría, 6 de ellas son amas de casa y dos tienen un trabajo remunerado.

Al respecto Berger y Luckman (2003), indican que cuando el individuo aprende o interpreta los acontecimientos de su realidad objetiva a partir de una socialización primaria, en la cual el individuo se apropia de un lenguaje, el cual le sirve para estructurar su experiencia alrededor

de la identidad de género que le ha sido asignada. Es así que la identidad de género se construye en relación al sexo, pues al nacer las niñas y niños son tratados según su especificidad anatómica, y el lenguaje servirá como conducto para asumir dicha pertenencia al grupo de varones o mujeres. No nace mujer, sino que se hace mujer a través de la introyección de ideas, preconcepciones, pautas emocionales y expectativas de vida que la sociedad, a través de la familia, de la educación escolar y sobre todo, de la cultura en sus múltiples manifestaciones, se le imponen a la mujer a lo largo de toda su trayectoria vital.

La socialización primaria, se legitima en el tiempo con la socialización secundaria, es decir con la educación formal e ideologías religiosas, las cuales a partir de valores sociales y culturales determinan el comportamiento de lo que debe ser lo femenino o masculino, aunque estos roles varían a partir de la clase social, la cultura, el grupo étnico o la edad, se puede hablar de un común denominador, en el que se establecen una serie de expectativas, actividades, roles y comportamientos para hombres y mujeres, al igual que las prácticas en cuanto a las relaciones entre ambos. De allí que el papel dulce, tierno, reproductivo y doméstico sea asunto de las mujeres; y que por lo contrario, el papel de fuerte, sin sentimientos, de macho y productivo, sea masculino. Es en este sentido que las mujeres han sido y son, las personas responsables de la alimentación cotidiana.

Me preocupa el sobrepeso y obesidad en mi hija

Cuando se les cuestionó a las madres de familia sobre la preocupación del peso de sus hijos en las entrevistas individuales, se encontró que a las madres de las niñas con sobrepeso y obesidad son a las que les inquieta esta situación por cuestiones de estética y por los problemas de salud que pueda traer consigo esta condición (tabla 3). Sobre esto, Nieves (2009) señala que en una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. El culto que rinde al cuerpo la sociedad es cada vez más importante; actualmente, hay toda una industria basada en la sobrevaloración de la delgadez. Alrededor de ésta, una gran publicidad presenta como ideal el ser delgado, asociando con “estar en forma” o “con mantenerse joven”. Más aún, demuestra que la norma es que las niñas pierdan el mayor peso posible para lograr un cuerpo y una imagen ideal, mientras que para los varones es aumentar su masa muscular para lograr el cuerpo ideal. Por el contrario, las madres de niños y niñas con bajo peso también se preocupan por el peso de sus hijos y aseguran que en el momento que sus hijos presenten una enfermedad, está puede traer consecuencias graves en su salud.

Por lo tanto, a 10 de las entrevistadas les preocupa el peso de sus hijos y son mujeres que presentan sobrepeso (6) y obesidad (4) en alguna ocasión han cuidado su alimentación para no aumentar su peso. Su edad oscila entre 27 a 39 años de edad, 7 de ellas tienen un hijo del género femenino. 9 son casadas, 6 sólo han cursado la secundaria, 2 preparatoria, 1 licenciatura, 1 maestría, 6 de ellas se dedican al hogar y una de ellas hace comidas para vender en su casa, dos son maestras y otra es comerciante.

A las madres de niños con peso normal no les preocupan el peso de sus hijos ya que afirman que éstos están sanos y se encuentran en el peso indicado para su edad. Igualmente, las madres con niños que presentan sobrepeso y obesidad no muestran preocupación por el peso de sus hijos ya que piensan que éstas condiciones no les generan problemas a los niños, al contrario

únicamente la consideran una etapa pasajera (Tabla 3). Al respecto Del Valle (2010) asegura que la obesidad infantil no es considerada un problema de salud, como tal, sino que suele ser minimizada como una característica pasajera del niño que no tiene aún consecuencias importantes y que se resolverá espontáneamente con el tiempo. Esto da cuenta de una representación implícita de la niñez como lo que todavía no es suficientemente: no es suficientemente urgente, no es suficientemente grave, no es suficientemente importante.

Así pues, son 11 las madres de familia que no les preocupa el peso de su hijos y coincidió en que la mayoría tiene hijos varones (9), a las mamás con hijos de género femenino que no les preocupa el peso de sus hijas es porque éstas se encuentran en peso normal. La mayoría (9) tiene un trabajo remunerado, su edad es de 30 a 45 años. 8 son casadas, dos estudiaron la secundaria, 1 la preparatoria, 2 carrera técnica, 2 licenciatura trunca, 1 licenciatura completa y 3 maestría.

Tabla 5.3 El peso corporal causa preocupación

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | Niños que presentan peso normal (6) | Niños que presentan sobrepeso (4) | Niños que presentan Obesidad (7) |
|--|--|---|--|---|
| Preocupación de las madres por el peso de sus hijos | Si se preocupan por el bajo peso debido a una enfermedad | No les preocupa porque los niños tienen peso y talla conforme a su edad | En los varones no les preocupa en la niña si existe preocupación | En las 3 de las niñas existe preocupación y en los 4 niños no existe preocupación |

La obesidad en la niñez es una etapa pasajera

Al cuestionar la percepción que las madres tienen sobre en que etapa de la vida ocasiona más problemas la obesidad, si en la niñez o la adolescencia, las respuestas se dividieron en tres tipos: el primer grupo de madres en donde se encuentra la mayoría de las entrevistadas (12) mencionaron que en la niñez la obesidad no es un problema de salud sino una etapa pasajera, ya que cuando crezcan o se estiren la obesidad desaparecerá. De igual forma, en un estudio que realizó Núñez (2007) coinciden con los hallazgos de este estudio, ya que la autora encontró que las creencias de las madres ante la obesidad es que durante la infancia, en la niñez (pre-escolar y escolar): creen que la obesidad no es un problema de salud, sino una característica física “temporal”, que limita las habilidades físicas de movilidad y desplazamiento. A continuación las citas de las entrevistadas reflejan lo expuesto:

Yo trato de ser muy positiva con mis hijos, y yo siempre les digo cuando vemos un niño gordito le digo mira a lo mejor come mucho, pero al rato va a crecer y se puede acomodar, a lo mejor está gordito por su papá o así es su mamá, pero al rato crece y se va estirar (E11-38-OB-NO-SB).

Yo pienso que los niños crecen y se les quita lo gordito, yo he visto vecinitos y a otros niños que estaban gorditos y ahora que son adolescentes ya no están así, ya no son gorditos (E2-34-SB-NO-OB).

Las 12 mamás que piensas que la obesidad causa mayores problemas en la adolescencia y que en los niños es una etapa pasajera, son mujeres de entre 28 y 43 años, la mayoría están casadas una es madre soltera y otra vive en unión libre, su escolaridad es secundaria, preparatoria o tienen carrera trunca.

Adolescentes con obesidad sufren discriminación y estigmatización

Por consiguiente, estas mismas madres aluden que si un adolescente presenta obesidad, a parte de los cambios físicos que experimenta en esta etapa, se le pueden sumar problemas tales como: las burlas, el rechazo, la estigmatización y la discriminación por parte de sus compañeros lo cual repercute en su autoestima. Al respecto, Núñez (2007) indica que las madres, creen que en la adolescencia la obesidad es un problema estético y social para las personas obesas. Asimismo, López, Unikel y Torres (2010) en un estudio que llevaron a cabo encontraron que las burlas y la descalificación verbal hacia la apariencia física fomentan el desprecio hacia el sobrepeso y describen una imagen de gordura de forma despectiva y sucia.

A un niño de secundaria, se me hace, porque ya están en una etapa donde es más difícil, porque ya el metabolismo empieza a cambiar, se hace más lento, ya lo acostubraste comer así y así se va quedar! (E10-43-SB-NO-OB).

A un niño de secundaria, porque empieza, cuando son niños más chiquitos son más inocentes y no se fijan mucho, ellos dan su amistad más sinceramente y ya cuando están más grandecitos son más conscientes de las cosas y más burlones, y más que empiezan a atacar o pelear con otros niños y dicen “hay mira el gordo” y a veces se les queda para toda la vida el apodo o la forma de decirles a los otros niños, ¡es el momento más difícil!, porque están en la en la adolescencia, porque están teniendo muchos cambios (E11-38-OB-NO-SB).

Pues a lo mejor a los niños más grandes, bueno yo digo que por la discriminación que les hacen porque ya están más grandes porque a lo mejor de niños les vale pero a lo mejor psicológicamente que los discriminen o no o se verdad por todas las burlas que les puedan hacer (E9-30-PN-NA-PN).

En el grupo focal se validó lo expuesto por la mayoría de las entrevistadas, ya que para ellas los problemas la obesidad también genera más problemas en la adolescencia.

“A los niños mayores”, “a uno de secundaria, porque después ya es más difícil que bajen de peso”, “los insultos son más fuertes”, “yo creo que afecta más a los más grandes”

Por otro lado, cinco madres de familia que participaron en entrevistas individuales, indicaron que los problemas afectan mayoritariamente en la niñez, debido a que se encuentra menos consciente de su situación y si presenta obesidad en etapas tempranas lo más probable es que siga con esa tendencia en la adolescencia.

A un niño de primaria, porque todavía no entra en el desarrollo y ya un niño grande a lo mejor ya está más consciente y pues un niño chiquito ¡pues no! (E8-27-OB-NA-BP).

Yo creo que al niño de primaria, porque si tiene obesidad en la primaria en la secundaria va tener una obesidad mayor y a lo mejor ya después va tener obesidad mórbida..... (E21-30-SB-NA-PN).

Las 5 mamás que piensan que la obesidad genera mayores problemas en la niñez, sus edades están entre los 27 y 38 años de edad, tres de ellas son amas de casa y una trabaja como jefa de trabajo social y otra es maestra, coincidieron en que todas tienen una hija de 7 ó 9 años. Su escolaridad es de secundaria, preparatoria y 2 maestría.

En cambio, otras entrevistadas (4) mencionan que los problemas relacionados con la obesidad se dan con igual intensidad en ambas edades. La edad de estas mujeres es de 39 a 45 años, su escolaridad es de licenciatura ó maestría, todas trabajan, sus hijos están entre los 8 y 10 años de edad. Sobre esto una entrevistada menciona lo siguiente:

Yo digo que es por igual, yo digo que es igual tanto afecta unos como a otros, porque los problemas de salud, digo esos a todos los seres humanos a los grandes y los chiquitos y la obesidad ahorita está creciendo más en la infancia, en la infancia y en la adolescencia. Es lo preocupante llegar a los 60 años y enfermo y aparte ¿llegaremos? Eso es lo preocupante con esto (E20-39-SB-NA-OB).

Sobre este objetivo a manera de conclusión se puede afirmar que la percepción varía de acuerdo al género del hijo, ya que de acuerdo a los hallazgos encontrados las madres suelen percibir con mayor precisión el peso de sus hijos de género femenino, a su vez indican que la condición de obesidad en una niña les preocupa más que en un niño, ya que según sus discursos si una niña presenta obesidad le causa mayores problemas sobre todo en lo referente al aspecto físico, ya que la sociedad marca como ideal que una mujer sea delgada y así le interesará al sexo opuesto. Por el contrario, a las madres de los niños que en estos momentos presentan sobrepeso u obesidad no les preocupa su situación ya que piensan que es una condición pasajera que con el tiempo se eliminará.

5.4 Las emociones ante los problemas de peso en los hijos

Al analizar los discursos de las participantes sobre el tener un niño que presenta problemas de peso simboliza un fracaso para todas las madres entrevistadas, puesto que al abordar este punto con ellas confirmaron que sí sus hijos presentan o presentarán obesidad se considerarían “culpables” de la situación y que están “fallando” como madres y esto les provoca sentirse mal consigo mismas y a la vez preocupación por la salud de sus hijos. Sin embargo, dejan claro que si sus hijos se les confirmarán esta situación, implementaría medidas para que bajen y se mantengan en un peso normal. Al respecto, Baughcum, et al. (2000) menciona que para las mujeres tener un hijo sano representa un indicador de éxito como madre. Sobre esto, las madres comentan lo siguiente:

Pues mal, o sea, tratar de ponerme las pilas, porque digo yo si el niño está obeso es porque uno también está haciendo algo mal, ponernos, cuidarnos algo (E18-28-SB-NO-BP).

Pues culpable, primeramente lo que haría es seguir la indicaciones del doctor y poner todo de mi parte para que mi niño llegara a tener un peso adecuado según a su proporción, este sin olvidar que tendría que ser lento esto, porque podemos causar un daño metabólico (E17-44-OB-NO-OB).

Pues mal, porque también, porque más que nada depende de mi por la alimentación que yo le doy. Y yo me informaría y que me dieran una dieta y yo seguirla al pie de la letra (E6-40-SB-NO-SB).

Como mamá yo me sentiría mal, porque los niños a esta edad están a la educación que les da el padre, entonces el decir que una niña tiene obesidad, yo como mamá fallé en algo, en su alimentación, en sus hábitos alimenticios. Yo lo que haría a lo mejor es meterla a unas clases de ejercicio y también empezarle a cambiarle su comida, empezar a bajarle a las grasas, lo que ya sabemos todo mundo que nos engorda, las grasas, las harinas, la tortilla (E21-30-SB-NA-PN).

Sobre este punto, las madres del grupo focal también mencionaron los sentimientos que les produciría el saber que sus hijos presentasen obesidad y que medidas adoptarían:

“Mal, muy mal”, “culpable”, “trataría de buscar solución”, “tratar que uno como madre meterse al hábito, porque ellos comen lo que uno come, si uno no come verduras, ¡ellos no van a comer!”.

Por consiguiente, las entrevistadas en sus relatos argumentaron que los sentimientos de culpa al hecho de que sus hijos presenten obesidad, se deben a que esta enfermedad se relaciona con una deficiente nutrición y ellas se consideran las responsables de brindarles los alimentos a los niños, entonces si se presentan problemas en el peso de sus hijos, lo traducen a que han otorgado una mala alimentación y por lo tanto sienten que no están cumpliendo con su rol de mamá, o bien, no están siendo “buenas madres”. Estas ideas surgen a raíz de que en la actualidad tal como lo señalan Torres y Salas (2006) existe un discurso que afirma que una buena madre es quien alimenta y nutre de buena manera a sus hijos para que se mantengan en un estado de salud y peso óptimo, quien desea y pone en práctica lo mejor para ellos, cuyo accionar moral estaría motivado por el afecto, la cercanía y la responsabilidad que conforma una ética del cuidado o pensamiento maternalista.

5.5 Definición de buena madre

Los relatos que otorgan las participantes para describir una buena madre, en todas ellas, precisamente se encuentra presente lo relacionado con la alimentación, entre otras cosas. Al crear un significado global de lo que para las participantes significa una buena madre, la definición resultó de esta forma: es la que su prioridad son los hijos en todos los sentidos, la que se preocupa por: darles una buena alimentación, la comida a sus horas, por su educación, por enseñarles buenos hábitos, buenas costumbres, valores, la que está pendiente de ellos, la que es consciente y regaña con justificación. También no nada más ser mamá, ser una amiga en la que tengan confianza, que les explique las cosas, la que platique con ellos sobre todo si los notan decaídos o tristes, se podría decir, es el ejemplo a seguir. En los siguientes discursos las entrevistadas constatan lo anterior:

Pues la que les da una buena alimentación, deberá estar pendiente de ellos, la que le ayuda hacer las tareas, este, evitarles todo lo malo que los niños te dicen que eres mala porque les evita todo lo malo, entonces también reprimirlos, porque la buena mamá no siempre es la que es consciente, hay que reprimir de vez en cuando (E10-43-SB-NO-OB).

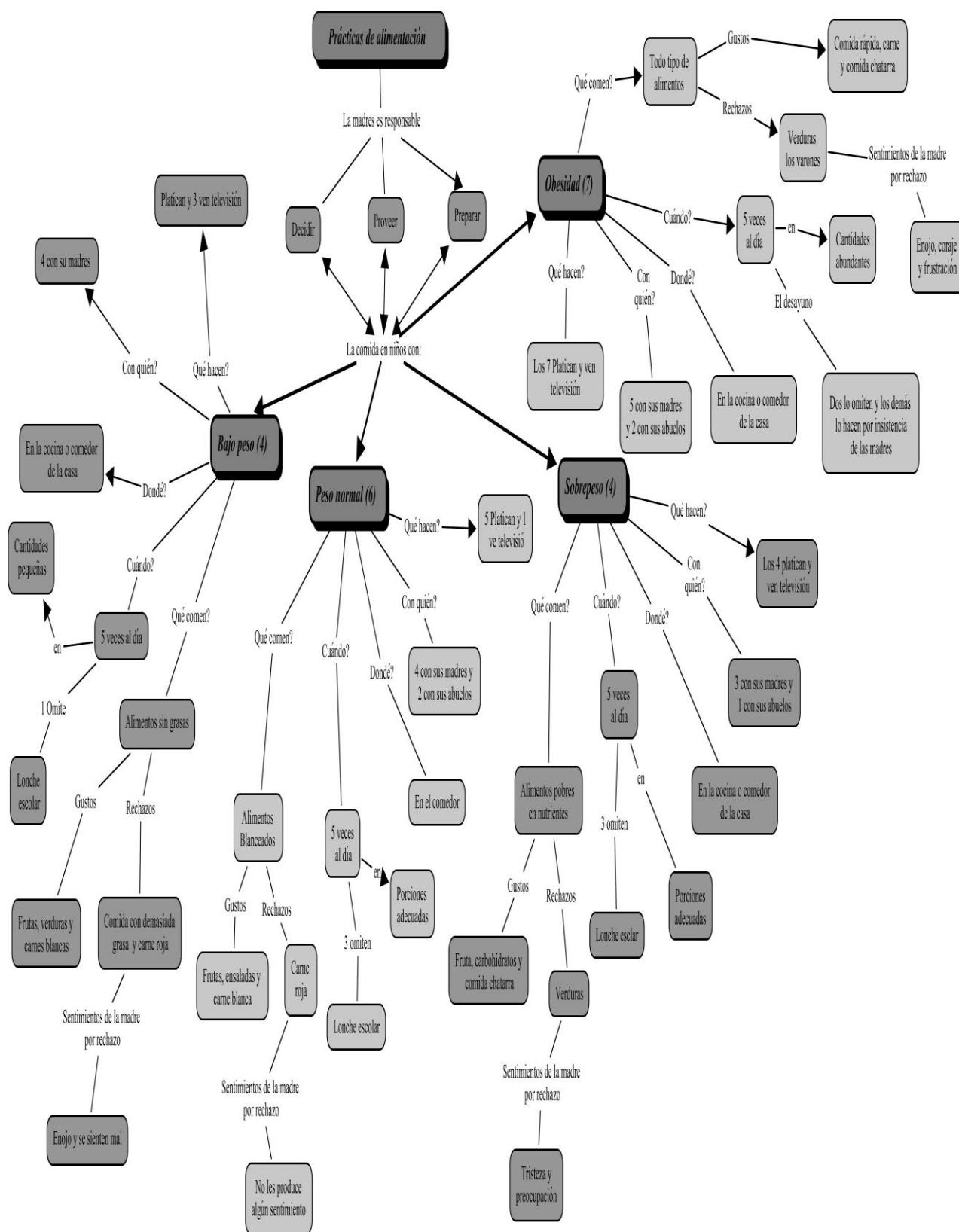
Pues mira, no nada ser mamá ser una amiga que ella tengan confianza en mí, explicarles las cosas, más porque son niñas, darles una buena alimentación, darles lo que ellas necesiten, más que nada en la alimentación....(E8-27-OB-NA-BP).

5.6 Prácticas de alimentación

Los resultados que se presentan a continuación emergen de indagar en las madres las prácticas de alimentación de la familia. En un primer momento se describe quién prepara, decide y provee la comida, enseguida se relata cómo se prepara y cuáles alimentos están disponibles en casa, para posteriormente conocer, qué y cuándo come la familia en especial los niños, cómo se distribuye la comida, dónde, con quién y cómo se desarrolla el acto de comer, además se cuestionó sobre los gustos y rechazos de los niños, al preguntar sobre estos temas quedaron al descubierto los sentimientos que las madres experimentan ante las situaciones de rechazo y también dieron a conocer los alimentos que les prohíben a sus hijos y cual es la reacción de éstos ante dicha prohibición. Aquí cabe señalar que las prácticas de alimentación se definieron de acuerdo a lo que plantea Contreras y Gracia (2005) los cuales menciona que las prácticas alimentarias son una parte integrada de la totalidad cultural, además cuando se conoce el quién y cómo se preparan los alimentos aporta un conocimiento extraordinario sobre el funcionamiento de una familia. Asimismo, cuando se descubre dónde, cuándo y con quién se consume se está en condiciones de deducir el conjunto de las relaciones sociales que prevalecen dentro de esa familia. De igual forma, se cuestionó sobre los gustos, preferencias y rechazo de alimentos, puesto que para Pérez (2006) estos puntos también forman parte de las prácticas de alimentación. A continuación se muestra la figura 2 que incluye los hallazgos encontrados sobre las prácticas de alimentación de los cuatro grupos estudiados. Posteriormente, se describe detalladamente la información recabada sobre las prácticas de alimentación, esta se relató por grupos de madres con niños de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Para apoyar la investigación se utilizan extractos de las entrevistas y citas de diversos autores que validan los puntos que se van abordando a lo largo del documento.

Al abordar la investigación bajo la perspectiva del construccionismo social permitió que la investigadora se situará desde una posición de no conocimiento frente al tema estudiado, para así enfocarse en los significados y descripciones que cada persona realiza desde su experiencia individual sobre la percepción del peso corporal de su hijo y las prácticas de alimentación de la familia. La espontaneidad de los relatos develados por las participantes mostró aspectos significativos y esenciales que construyen su experiencia. Se obtuvo un retrato más fiel del conocimientos de la realidad, aquel que los individuos van construyendo a lo largo de su vida, porque quién más, sino ellas mismas para evidenciar cuáles es su realidad. Como lo señala Gergen (2006), son los sujetos, no el observador, quienes generan las distinciones que definen como realidad a partir de su propia realidad, aquellas distinciones que surgen en el espacio subjetivo conversacional y que opera a través del lenguaje.

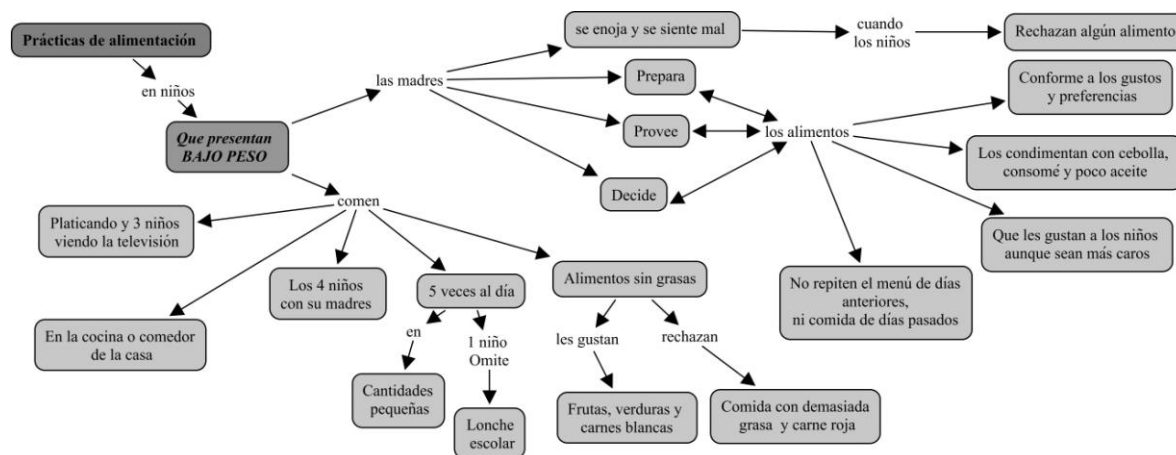
Figura 5.2 Hallazgos sobre prácticas de alimentación



5.6.1 Prácticas de alimentación de niños que presentan bajo peso

Las prácticas de alimentación de niños que presentan bajo peso involucra conocer a través de la madre de familia qué come la familia, con quién lo hace, cómo, cuándo, dónde, gustos y preferencias. En la Figura 3 se muestra de forma general los hallazgos encontrados sobre las prácticas de alimentación en los niños que presentan bajo peso. Posteriormente se describe cada uno de los puntos que aborda la definición de prácticas de alimentación.

Figura 5.3 Prácticas de alimentación de niños que presentan bajo peso



¿Quién prepara la comida?

En relación a los discursos presentados por las entrevistadas, la preparación de la comida para los integrantes de la familia, está a cargo de la madre de familia tenga un trabajo remunerado o no, de acuerdo a Guzmán, Gómez, García y Martínez (2008) desde épocas anteriores a las madres de familia se les atribuye el papel de “cuidadoras”, responsables de la salud y las principales encargadas de las decisiones sobre la preparación de los alimentos de los integrantes del hogar, entre los cuales están los niños. Al respecto las madres mencionan los momentos cuando realizan la comida:

En la mañana el primero que se levanta es mi esposo para irse a trabajar y mientras él se arregla yo hago su lonche..... y como a las 3 hago la comida y comemos mi hija menor y yo.... (E15-38-SB-NA-BP).

Les hago que, nada más lo que se pueden tomar es un vaso de chocomilk en la mañana o un cereal o veces así, es muy raro que me pidan hot cakes, se los hago, se comen un hot cake y un vaso de leche..... me comen para las 3 de la tarde, de hecho a veces hago la comida para cuando llegan, tengo la comida.... (E13-39-SB-NO-BP).

Pues me levanto yo primero, hago el lonche de mi esposo, empiezo a planchar los uniformes y ya las levanto a bañar y el desayuno de las niñas..... Mientras voy y las dejo, me doy prisa a recoger llegan, tengo la comida, comen, casi por lo regular a la 1 les tengo que dar de comer y ya en la tarde meriendan..... (E8-27-OB-NA-BP).

En relación a este punto, es necesario destacar que de las cuatro madres que pertenecen a este grupo tres de ellas son amas de casa y una de ellas trabaja, pero sólo medio tiempo, por lo cual

les permite preparar por ellas mismas los alimentos que consumirá la familia.

¿Quién decide lo que comerá la familia?

De igual manera, la persona que decide qué comerá la familia es la madre, a su vez ellas comentan que para elaborar los menús de la familia, buscan que el desayuno, comida y cena, contengan platillos que sean del agrado de toda la familia e intentan no repetir el menú de días anteriores y tampoco les proporcionan comida de días pasados. En relación a lo anterior una entrevistada comenta:

No me gusta repetirles la comida, casi por lo regular me organizo y digo este día ya les di esto, otro día ya les hago otra cosa, porque no me gusta repetirles la comida y tampoco me gusta dárselas cuando un día antes la metí al refri, calentárselas y dárselas, ¡no me gusta!, casi siempre trato de hacerles diferente comida y dárselas en ese rato, no me gusta dárselas de un día antes o así. Las madres de familia comentan “yo casi siempre anoto lo que les voy a dar de comer para no repetir en la semana” “trato de hacer lo que más o menos les gusta o que se que les gusta más a mi hijo, porque sino, no come, este si, a veces de que le doy lo que se le antoja para que se lo coma mejor verdad y así (E8-27-OB-NA-BP).

Por otro lado, Contreras y Gracia (2006) indican que la tarea de planificar los alimentos es una tarea mental, que llega a ser una preocupación importante para las madres de familia donde tienen conciencia de la necesidad de la variación, por una parte, y de la compatibilización con otras tareas y además, con los gustos y necesidades particulares de cada miembro. Lo mencionado por estos autores se corrobora con lo mencionado por una entrevistada:

Hoy desde la mañana le estoy dando vuelta a la cabeza y digo que voy hacer si ayer hice picadillo con arroz, bueno, este hoy voy hacer pollo, pero te digo, el grande come de lo que nosotros comemos y el menor no, a él no le gusta el mole, si yo hago mole, no se lo come, entonces yo le dejo a él dos piececitas de pollo con arroz, el pollo que no tenga mole, nada de chile te come (E13-39-SB-NO-BP).

¿Quién provee los alimentos?

La decisión y la elección sobre los alimentos que se proveerán para el consumo de la familia, es de las madres de familia, aunque en ocasiones sean acompañadas por sus esposos para realizar las compras. No obstante, existe en todas ellas un consenso generalizado en la decisión de adquirir alimentos que saben que los niños consumen, aunque sean más costosos, ya que aseguran que “lo barato sale caro” puesto que en los discursos mencionan que si compran alimentos baratos o de alguna marca que los niños no conozcan, ellos no los consumen aseverando que no les gustan y al final las madres los tienen que desechar porque nadie los consumió, o bien, ellas piensan que los alimentos baratos no son de buena calidad y pueden provocar alguna enfermedad en sus hijos y eso tendría repercusiones graves en la salud. En la siguiente cita una participante señala:

Compro lo que yo veo que se van a comer, aunque cueste caro, si aunque cueste.....yo se que la situación está muy difícil, pero pues igual tienes que sacrificarte para darles algo de lo mejorcito, no le vas a dar de lo más barato porque de repente sale caro o porque está en oferta llévatelo, pero si no les va a gustar, para que me va a servir, se me queda y el asunto sale peor (E8-27-OB-NA-BP).

Solo una madre de familia mencionó que la compra de los alimentos la realiza diariamente y en menor cantidad

Casi no acostumbro así a comprar, acostumbro a comprar lo del día, a veces si les pregunto que quieren comer o almorzar, pero eso si sábados son hot cakes y el domingo barbacoa, pero eso es de todos los sábados y domingos haz de cuenta, los fines de semana en la noche a veces compramos hamburguesas o taquitos pero, por ejemplo, en la mañana o en la noche es así, ponle huevo, papas, frijoles y ya en la tarde son que arroz, sopa, su pedacito de carne (E18-28-SB-NO-BP).

¿Cómo se preparan los alimentos?

En este sentido, la preparación de los alimentos de las madres con niños de bajo peso la realizan conforme a los gustos y preferencias de la familia y comúnmente condimentan la comida con cebolla, consomé y poco aceite. Además, una de las entrevistadas mencionaba que busca que estos tengan una buena presentación para que así se les antoje a sus hijos. La preferencia a ciertos productos se entiende en relación a lo planteado por Pérez-Gil, Romero y Ortega (2009), de lo cual señalan que es una situación de elección y se refiere a qué alimento se escoge entre dos o más. Veamos lo que comentaron tres de las entrevistadas:

“Pues en cuestión de aceite casi no, pero en condimentos sí, no a toda, pero si y cebolla a toda la comida le pongo (jajá jajá) porque a mi me gusta y a mi hijo le hice que le gustara de tanto que se la doy pero sí (jajaja)” (E18-28-SB-NO-BP).

“Lo que a ellos les gusta, que estén las cosas partidas pequeñas, para que les pueda llamar la atención este que no tenga mucho condimentos porque tampoco les gusta mucho el condimento” (E15-38-SB-NA-BP).

Ahora bien, para la preparación de la comida, las madres de familia tienen disponibles alimentos tales como: leche, huevo, pescado, avena, frijoles, papas, sopas, pollo, verduras, fruta, cereales, jamón de pavo, queso panela, pan integral, gelatina, yogurt y carne. Para algunos autores como Ramos, Salazar, Berrún y Zambrano (2007) la disponibilidad de alimentos está relacionada con la cantidad y variedad de alimentos con los que cuenta un hogar y estos serán dependientes del ingreso familiar con el que se cuente. A continuación las entrevistadas narran los alimentos que tienen disponibles en casa:

“La leche, el huevo, el pan, pescado y avena eso si le gusta mucho a mi hija” (E15-38-SB-NA-BP), “Lo que es la leche, el huevo, el pescado, el pollo, las verduras, la fruta” (E8-27-OB-NA-BP).

¿Qué y cuándo comen?

En la siguiente tabla 4 se describirán los tiempos de comida que tiene la familia y los platillos que de acuerdo con las entrevistadas, consumen con más frecuencia sus hijos.

Tabla 5.4 Alimentación habitual de niños que presentan bajo peso

| Participantes | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
|---------------|----------|----------------|--------|----------|------|
|---------------|----------|----------------|--------|----------|------|

| | | | | | |
|-----------------|---|--|--|--|--|
| E18-28-SB-NO-BP | Vaso de leche, fines de semana barbacoa | Tacos de frijoles con huevo, frijoles con chorizo, papas, nuggets, salchicha | Arroz, sopa, su pedacito de carne. | Papitas o unas galletas | Corn flakes |
| E15-38-SB-NA-BP | Cereal o un vaso de choco milk. Domingo barbacoa o taquitos a vapor | Lonche con huevo y frijoles, papitas con catsup | Sándwich o un yuki, taquitos de frijoles con tortilla de maíz o harina | Sopa aguada con pollo, carne, arroz o papas fritas, atún | Choco milk, con dos tacos de frijoles, quesadillas o un pan |
| E13-39-SB-NO-BP | Vaso de choco milk o leche, cereal y a veces hot cakes, barbacoa los domingos | Taquitos o un sándwich | Mole, taquitos de pollo, sopas frijoles, carne molida, papas | Fruta | Miguitas con huevo, papitas con huevo |
| E8-27-OB-NA-BP | Vaso de choco milk o licuado, un hot cakes, no siempre. Domingo barbacoa | Un sándwich, una manzana o un plátano | Pollo, pescado, sopita aguda con frijoles de la olla casi, poca carne | Danonino Crunch, cereal con leche | Un huevito en torta con frijolitos, tortillas o salchichas doradas, papas doradas con catsup |

Las combinaciones de alimentos más habituales en cada una de las comidas se describen a continuación

Desayuno

El desayuno suele ser una comida ligera y dulce acompañada de leche sola o con chocolate. Se compone básicamente de cereales, frutas, hot cakes y los fines de semana varia la forma de alimentación, en especial los domingos, ya que todas las madres afirman que ese día suelen consumir por la mañana barbacoa.

Lonche escolar

Se encontró que de los 4 niños: una de las niñas almuerza en su casa en compañía de su mamá, debido a que ella acude a la primaria en horario vespertino y de los 3 niños que van a la primaria en turno matutino los 3 reciben almuerzo a media mañana ya que sus madres se los llevan hasta el plantel educativo y su “lonche” consiste en taquitos con frijoles con huevo o con chorizo, papas o salchichas fritas, sándwich o fruta.

Comida

La comida es la toma de alimentos en la que la carne, el pollo y el pescado tienen un mayor protagonismo. Después de éstos, que son los alimentos más habituales, están las pastas, el arroz, los frijoles y verduras.

Merienda

Son alimentos que los niños consumen como complemento de la comida, ya que suelen ser “antojos” que tienen cuando ven la televisión, entre los más característicos están: papitas, galletas, yogurt, gelatinas y fruta de su preferencia.

Cena

La cena es el tiempo de comida que ocupa el segundo lugar en importancia, con una composición parecida a la de la comida o el almuerzo, ya que las entrevistadas mencionan que la forma en que se integre esta comida dependerá de que tantos alimentos se hayan ingerido a lo largo del día, ya que si en el día se tuvieron comidas completas la cena se realiza con alimentos ligeros o viceversa. Por lo regular los alimentos que la componen son: carne, huevo, papas, frijoles, pan, cereales, leche y yogurt.

¿Cómo se distribuyen los alimentos?

Es importante señalar, que si bien los niños con bajo peso realizan hasta 5 comidas al día, para sus madres “comen poco”, en comparación a las porciones de otros niños, por lo cual ellas creen que los niños deben de comer más de lo que comen ahora, porque al momento de ofrecerles comida, siempre dejan algo de alimento en el plato. Del mismo modo, enfatizan que conforme sus hijos vayan aumentando su edad y tamaño acrecentarán su forma de comer debido a que el cuerpo les exigirá mayor alimento.

“Yo, o sea, pienso y veo que vengo al lonche y vienen le traen a los niños su lonche y tres cuatro tacos y él dos, porque te digo siempre me tiene que dejar y yo no pues si necesita comer un poco más” (E18-28-SB-NO-BP).

“Pues yo siento que come poco, pero su cuerpecito le va ir pidiendo conforme vaya creciendo, porque lógico si come mucho va empezar que le duele la pancita” (E8-27-OB-NA-BP).

¿Dónde, con quién y cómo se desarrolla el acto de comer?

Cada una de las familias tiene un lugar específico para comer ya sea la cocina o el comedor. En el desayuno todos los integrantes comen lo más rápido posible para acudir a sus destinos, los niños a la escuela y los padres al trabajo, en la comida las madres que se dedican al hogar acompañan a sus hijos a comer ya que el padre está ausente debido a que se encuentra trabajando, en la cena es cuando la mayoría de las familias tienen la oportunidad de reunirse y platicar los anécdotas del día. Para Restrepo y Maya (2005) el momento de comer debe convertirse en un punto de encuentro, esparcimiento y diálogo, además de ser un espacio de aprendizaje y socialización de normas y hábitos alimentarios. En seguida una madre de familia comenta cómo se desarrolla el acto de comer:

A la hora de la comida, como yo con mis dos niños, y mi esposo llega hasta en la tarde, cuando comemos como que se presta para estar platicando, a veces sí, mi hijo me cuenta como le fue en el día y estamos platicando, pero a veces de que ya está un programa que le gusta y me ignora (E18-28-SB-NO-BP).

Una costumbre que se repitió en tres de las cuatro familias fue que durante la hora de los alimentos los integrantes de la familia, en especial los niños acostumbra a consumir sus alimentos viendo la televisión, mientras que sólo una de las madres les prohíben esa conducta. Ante esto Niven (2004) menciona que cuando la televisión y la comida van unidas, incitan el consumo excesivo de ambas, ya que cuando los comensales están pendientes de la televisión no le prestan atención a lo que comen. No aprecian el sabor de los alimentos ni sus cualidades y además pierden el control sobre la cantidad que están comiendo. Ante esto, algunas entrevistadas comentaron lo siguiente:

“Antes veíamos la tele mientras comíamos, ahora ya la quite porque no comía y también la ponía hacer la tarea y por estar viendo la tele no hacía la tarea, por eso la quite, ya la puse en el cuarto” (E15-38-SB-NA-BP).

“Cuando estamos comiendo tenemos la tele ahí en la sala. La estamos viendo mientras comemos (ajajá)” (E13-39-SB-NO-BP).

Gustos y rechazos alimentarios

En general, al preguntarles a las madres de familia con niños de bajo peso cuáles eran los alimentos que preferían comer sus hijos, ellas hicieron referencia a alimentos como las verduras, frijoles, pollo, pescado, jamón y queso. De acuerdo a Pérez-Gil, Romero y Ortega (2009), el gusto normalmente se mide mediante escalas verbales, se refiere a una respuesta afectiva a los alimentos y constituye uno de los determinantes de la preferencia. *“El pollo, a ellas les gusta todo, a mi hija le gustan hasta las verduras, por ejemplo, a mi hija le gusta mucho la lechuga con zanahoria rallada y limón, le gusta mucho y le encantan las papitas con catsup” (E15-38-SB-NA-BP).*

Por consiguiente, a partir de la narración de una de las entrevistadas se demuestra que las preferencias por algún alimento por parte de su hijo se ha visto influida por sus gustos, por ejemplo: la cebolla y los frijoles. Ante esto, Restrepo y Maya (2005) indican que es muy importante el rol materno en la forma como el niño empieza a generar la aceptación a un alimento, porque si bien es cierto que en la elección alimentaría intervienen determinantes biológicos y genéticos, la gran mayoría de las preferencias son aprendidas en el proceso de crianza. Ante esto una entrevistada comenta:

“Pues será que no pueden faltar lo frijoles, a mi hijo no le gustaban pero ya le están gustando, también a toda la comida le pongo cebolla jajá jajá porque a mí me gusta y a mi hijo le hice que le gustara de tanto que se la doy pero sí, jajá jajá” (E18-28-SB-NO-BP).

Los alimentos más notoriamente rechazados por los niños son: sopas, los alimentos con demasiada grasa, carne de puerco, consumen poca carne de res, picante y de las leguminosas no les agradan los chícharos. Por su parte una entrevistada dijo:

Lo que no les gusta comer son las sopas, sopas aguaditas, a ellos dales sopa de arroz y spaghetti ellos son felices, a mi hijo no le gusta la grasa...., por ejemplo los domingos en la barbacoa, no me quiere barbacoa que tenga una grasita una bolita, le da mucho asco, haz de cuenta que la ve “yo no quiero eso porque tiene grasa” la grasa no te la tolera para nada..... le digo a mi esposo que a lo mejor algún día le toco y la mastico y sintió raro y ya de ahíde hecho el pollo le quita la grasita, lo durito ya vez que el nervio, el cree que es grasa y se lo hace a un lado no se lo come (E13-39-SB-NO-BP).

En el momento que las madres de familia relataban los alimentos que rechazan los niños, surgió un hallazgo interesante ya que en ese momento expresaron que cuando sus hijos no quieren comer en ellas surgen diversos sentimientos que a continuación se describen.

Sentimientos ante el rechazo de alimentos

Las madres mencionan que en ocasiones cuando preparan alimentos para sus hijos, ellos se rehúsan a comer, por dicha razón ellas se enojan o se sienten mal, no obstante no les insisten para que coman, sino dejan que los niños se retiren de la mesa y vuelvan hasta el momento que sientan la necesidad de comer o tratan de convencerlos de que lo prueben y así se decidan a comer. Dos madres de familia mencionan los sentimientos que les ocasionan estas situaciones:

Me siento bien mal, porque le digo a mi hijo, lo primero que le saco les digo mira ahorita ya vez que llovió y mucha gente se quedo sin casa, le digo “mira mijo hay niños que quisieran de perdido hasta tortillas duras”, le digo “porque no tienen nada que comer”, y le digo “ya si tu tienes, por ejemplo, las sopa, el pedazo de carne, tienes los frijoles hay niños que para ni sopa tienen”, y ya los empiezo hacer que vean cosa, o sea, que ahí si me siento mal y a veces si me da coraje “yo no quiero eso, para que estás haciendo eso” y haz de cuenta, me imagino que todas tenemos lo mismo y empiezan y luego, estás guisando y van y checan “a ma’ es que hubieras hecho esto, para que haces esto”, y a veces me da coraje porque empiezan “ hay a ma’ te quedo bien rico, ¡sabe bien rica!” y yo ¡oh Dios Mio! quien los entiende (E13-39-SB-NO-BP).

Pues como mamá me siento mal, si me da tristeza, porque con tanto esmero que se los hago y luego para que no quieran comer y que haces si no quieren esas cosas, tampoco me gusta dárselos a fuerzas, porque son muy asquerosas y de repente les provoca asco y andan nada más que me va a doler la panza y no las forzó a que se los coman, se los doy para más tarde, no les hago otra cosa, con tal de que coman (E8-27-OB-NA-BP).

Alimentos prohibidos y reacción ante prohibición

Las madres de familia aluden que les prohíben algunos alimentos a sus hijos, tales como: las sopas instantáneas, el refresco, papitas, frituras y las galletas muy dulces, ya que consideran que son alimentos “no saludables” para los niños, aunque las madres aseguran que sus hijos demandan poco este tipo de alimentos, pero cuando los llegan a solicitar y se los prohíben los niños se enojan y lloran con la finalidad de que se los compren, sin embargo las madres de familia afirman que ellas les ofrecen una justificación a los niños del por qué no es recomendable que coman estos alimentos y así los niños desistan de consumirlos. Al respecto una madre de familia menciona los alimentos que les prohíbe a sus hijos:

Las cocas y las papitas, porque yo al niño grande le digo que “le van a empezar a salir muchos granos en la cara”, y yo le digo que “es por la grasa de los fritos” y le digo “más tú porque ahorita hay muchas muchachitas que te ven y dicen mira ese muchacho que grandote pero ¡ay mira como

está de la cara!” de hecho se me estuvo manchando un poco, porque había agarrado que me comía una bolsa cada tercer día, que su papá le daba y se iba y trae su coca y su bolsa de papitas. Entonces ahorita también él está agarrando la onda que todo eso le está haciendo daño. Quiere andar bien limpio y yo le digo tú sabes sino te cuidas, tú sabes muy bien que a mi no me gusta que compres eso, que me pide para unas papitas, vete y comparte un yogurt, cómprate cosas que te nutren (E13-39-SB-NO-BP).

En general, las prácticas de alimentación en el grupo de madres con niños de bajo peso, las madres son las personas que preparan, deciden y proveen los alimentos a la familia y estos se elaboran con poco aceite y poco condimento. Además se observó que los niños comen hasta cinco veces al día, aunque para sus mamás ellos comen poco, ya que no se terminan la comida que les sirven. Todas las familias coincidieron en indicar que la comida se lleva a cabo en el comedor o cocina de la casa y la cena es el momento donde todos los miembros de la familia comen juntos y en el transcurso platican o ven la televisión.

La comida que más les gusta a los niños es el pollo, las verduras y los alimentos que rechazan son los que contienen demasiada grasa y carne. Ante esto, las madres mencionaron que cuando sus hijos rechazan algún alimento ellas se sienten mal y se enojan, no obstante no obligan a sus hijos a comer el alimento. Por último, las madres comentaron que ellas les prohíben a sus hijos alimentos “no saludables” como las frituras, refresco, galletas y a dicha prohibición sus hijos reaccionan con enojos o lloran, para lo que las madres les explican el por qué no es aconsejable el comer ese tipo de alimentos.

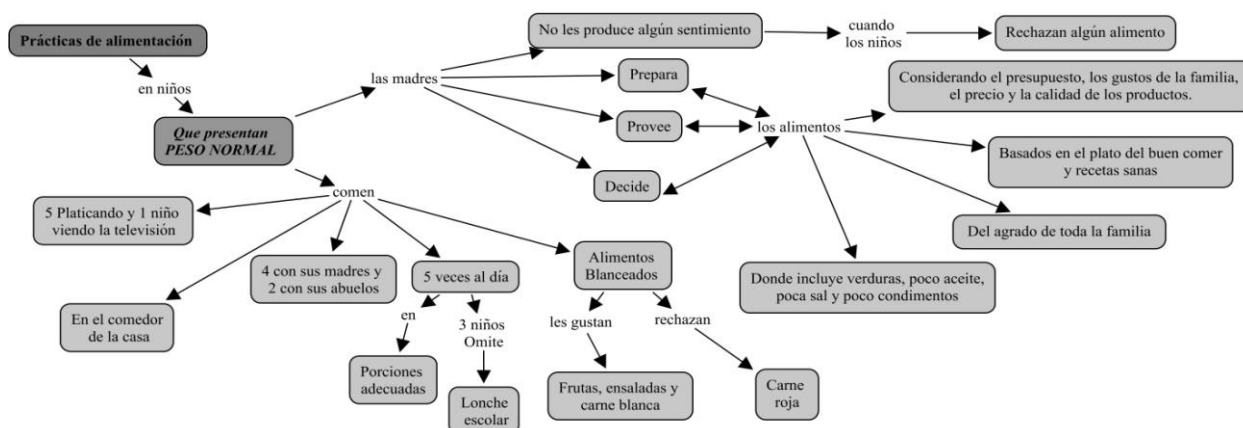
En este sentido, la posición que asume la madre de familia frente a las prácticas de alimentación, la forma en que las vive y cómo las experimenta, son parte de acontecimientos y significados sociales aprendidos. Además las madres de familia actúan respecto de las cosas e incluso respecto de las personas, sobre la base de los significados que estas cosas tienen para ellas. Por lo tanto, las madres construyen las prácticas de alimentación mediante una serie de significaciones y de sentidos culturales.

No obstante la concepción varía de manera notoria según las culturas y las épocas históricas y son sus interpretaciones, conocimiento y definiciones de las situaciones lo que determina la acción. Por lo tanto, la manera en que una persona interprete algo dependerá de los significados que disponga y de cómo aprecie una situación. Al respecto Gergen (1996) señala que esta perspectiva de conocimiento de realidad permite reflexiones que indican que lo que las madres de familia toman por explicaciones correctas y objetivas de la naturaleza y del yo, es solo un subproducto de los procesos sociales.

5.6.2 Prácticas de alimentación de niños que presentan peso normal

Las prácticas de alimentación requieren este compuesta por una alimentación variada y equilibrada en cantidad y calidad. El describir las prácticas de alimentación de niños que presentan peso normal (Figura 4) permite identificar cómo se constituye la dieta de estos niños. Diversos hallazgos se obtuvieron en relación a este punto y a continuación se describen.

Figura 5.4 Prácticas de alimentación de niños que presentan peso normal



¿Quién prepara la comida?

De acuerdo a lo mencionado por las madres de familia las responsables de la preparación de los alimentos de la familia son ellas, a pesar de que cinco de las madres de familia trabajan fuera de casa, ya sea antes de irse a su trabajo o al regreso de él preparan la comida. De acuerdo a Cudós, y Diángelo (2007), la alimentación es una responsabilidad del rol de los padres, no obstante, recae primordialmente en las madres, por esto es imprescindible aconsejar a los padres sobre la necesidad de poner límites, promover la actividad física, estimular pautas y conductas adecuadas para que los niños se mantengan en su peso normal. Al respecto las entrevistadas mencionan:

“A mediodía yo preparo, ya dejo la comida desde la mañana para en la mediodía llegar y calentar” (E4-45-PN-NO-PN), “O sea él me ayuda también en los quehaceres, la comida yo” (E9-30-PN-NA-PN), “Mientras ellos se están arreglando yo hago el lonche.... Después hago la comida para poder ir por ellos, ya cuando ellos regresan ya este hecha la comida” (E16-36-PN-NO-PN).

Por otro lado, solo dos de las mujeres mencionaron que en ocasiones sus esposos le ayuda hacer la cena y que cuando la realizan suele preparar algo “ligero“ y con la ayuda de sus hijos. *Yo preparo el desayuno y es que también ahí le toca a mi esposo, nos turnamos a ver quien hace el desayuno comemos yogurt, fruta, cereal (E7-28-SB-NO-BP).*

De la comida casi yo y la cena a veces mi esposo, y a veces yo, pero más yo. Mi esposo cuando le tocaba cocinar, varias veces era atún con mayonesa, entonces el día que le tocaba quien va hacer la cena y los niños “ay atún, va hacer atún” Cuando le toca hacer cosas fáciles y los pone a ellos (a sus hijos), que hija “ven échale la mayonesa”, a parte ellos son los que la hacen él nada más dirige jajá jajá (E4-45-PN-NO-PN).

Es importante señalar que estas dos madres de familia poseen un trabajo remunerado, tienen un grado de escolaridad de maestría y su nivel educativo es mayor que el de sus esposos. Por lo tanto, en estos casos se ve reflejado lo que señala Villanueva (2009) cuando el nivel educativo de la madre es mayor que el padre y cuando padre y madre trabajan fuera del hogar,

tienden a aumentar el grado de participación y las horas semanales que dedican los padres al trabajo del hogar y a disminuir los de las madres, además comparten la idea de que es impensable el futuro de la familia sin colaboración.

¿Quién decide lo que comerá la familia?

La persona que decide que alimentos comerá la familia es la madre de familia, en las comidas incluyen alimentos que sean del agrado de toda la familia o les preguntan a los miembros de la familia que se les antoja comer para el siguiente día y eso es lo que preparan, pero siempre considerando variar los alimentos que se consumirán durante la semana.

Mmm....., pues casi siempre les gusta el pollo, trato de hacérselos un día si y otro no, u otra cosa trato de variarles la comidas. Les pregunto en la mañana, que quieren que les haga de comer, no pues tal, como a veces uno dice “yo no quiero eso”, y dos si quieren, y les digo pues voy a hacer esto y te lo vas a comer y dice “pues si” mayoría de votos, jajá jajá (E16-36-PN-NO-PN).

Bueno por lo general los sábados yo elijo la comida y la elijo por lo que tengo en el refri o por lo que yo se que les gusta a los dos y hay veces que hago comida para mi y para mi esposo y a la niña le hago algo diferente, pero casi siempre trato de acoplar algo que nos guste a los tres ya sean pollo con verduras o un pollito con arroz..... (E21-30-SB-NA-PN).

Con relación a lo antes mencionado, Contreras y Gracia (2006) señalan que en la actualidad existe una mayor tolerancia con los gustos y aversiones de los demás, la alimentación no se concibe como imposición sino como un tipo de consumo en el que son posibles diferentes tipos de elecciones y de satisfacciones. Pero, a su vez, el hecho de que las comidas o los menús más importantes sean de carácter familiar provoca que deban conciliarse, en la medida de lo posible, los gustos y objetivos de las diferentes personas que conviven en un hogar, como es el caso de estas familias.

¿Quién provee los alimentos?

La toma de decisión sobre los alimentos que se proveerán para la familia está a cargo de la madre de familia, ya que son ellas las que acuden al supermercado y deciden que alimentos llevarán a casa. Para lo cual, consideran el presupuesto con el que cuentan, los gustos de la familia, el precio y la calidad de los productos. Además aluden que actualmente en el mercado existen diversas marcas de productos que no son tan costosas y son de buena calidad y esas son las que eligen para llevar al hogar. En las siguientes citas dos madres de familia comentan:

Trato de comprar de todo, a veces donde le pienso es en las carnes y a veces como mi niño no come mucha carne roja trato de comprar mucho pollo, casi tres veces a la semana de diferentes maneras, pescado una vez a la semana y carne molida o de la otra, las carnes si equilibrarlas que sean más carnes blancas que rojas y lo demás si compro como tengo niños a veces, compro nieve, galletas. Tomo en cuenta lo que cuesta, lo bueno que ahora hay muchas marcas y lo mismo te cuesta a veces más barato, las marcas de las mismas tienda que tienen productos de la tienda, son productos de buena calidad y salen más baratas..... (E4-45-PN-NO-PN).

Bueno ahí por lo general depende si no traigo mucho dinero, ahí por lo general tratamos de ver lo que son los precios y cuando traigo dinero yo aún así no compro carne, casi por lo general tengo lleno el refri de carnes frías y de otro tipo de verduras..... carne casi no compro es bien raro únicamente cuando estoy de vacaciones o cuando vienen fin de semana si compro 3 o 4 paquetitos

de carne que por lo general es la carne roja que compro es picadillo o milanesa y de carne blanca trato de comprar lo que es la pechuga de pollo que es la que me gusta a mi (E21-30-SB-NA-PN).

En la siguiente cita sólo una madre de familia menciona que cuando adquiere los alimentos no toma en cuenta el precio del producto, sino más bien que sea del agrado de los niños, puesto que si decide llevar alguna marca de productos que los niños no les gusta estos no los consumen. Además, a partir de su narración la entrevistada deja entre ver que para ella es más conveniente invertir en la alimentación de sus hijos para que en un futuro estos se mantengan saludables.

El durazno a veces está carísimo en 48 pesos el kilo, pero digo no importa, porque eso me va ahorrar de que esté se me enferme, porque come mal, mi otro hijo come de todo pero las salchicha tiene que ser san Rafael, el jamón san Rafael de pierna, por eso cuando voy al súper me fijo en lo que les gusta a los niños, no en el costo, ¡no! porque les puedo comprar el jamón más barato y no se lo van a comer y lo tiro, ya lo hecho, les compro del de pavo o de otra marca que no es esa ¡y lo vivo tirando!, te digo las zanahorias baby, dice mi esposo es que sabe igual que las grandotas y le digo sí, a lo mejor sí, pero si el niño se come esas porque viene en bolsitas cómpraselas ya sabes que va a comer eso.....(E7-28-SB-NO-BP)

Por otro lado, una madre de familia que tiene un negocio propio en conjunto con su esposo al cual le dedican todo el día, mencionó que ella compra los alimentos diariamente, considerando únicamente lo que se le apetezca comer a los integrantes de la familia.

Fíjate que nosotros compramos al día, no compramos así despensa, siento que se nos hecha a perder y haz de cuenta que como a la vuelta de la casa está el súper, lo de al diario, vamos al diario a comprar lo de la comida, lo que se nos antoje, no importa cuánto cueste nosotros lo compramos. Para la comida tomamos en cuenta lo que se nos antoja a todos (E9-30-PN-NA-PN).

¿Cómo se preparan los alimentos?

Cabe resaltar que las madres de niños con peso normal brindan especial atención en la alimentación de sus hijos, buscando siempre presentarles una alimentación equilibrada, basada en el plato del buen comer y recetas sanas, incluyen sobre todo verduras, poco aceite, poca sal y pocos condimentos “*Con poco aceite, casi no acostumbro a ponerle sal a la comida, ni casi condimento, tampoco, a veces las verduras las hago a vapor*” (E16-36-PN-NO-PN). “*Eeeeh un poquito de todo entre poquito condimento este lo más normal chile, cebolla, ajo, aceite de oliva, cosas así*” (E5-43-SB-NA-BP).

Cuanto a la alimentación pues te digo yo he estado en muchas dietas, ya me se de memoria que es lo que debo de hacer, que no lo hagas es otra cosa, pero trato de repetir esas cosas que me ponen a mi en las dietas..... manejo el plato del buen comer, de que debes de comer más frutas, más verduras, de que el agua natural es mejor y sana que las cosas no estén muy azucaradas ese tipo de tips lo uso para la niña. Si uso el aceite, pero poco por lo general es solo para dorar alguna carne o algún pescado..... (E21-30-SB-NA-PN).

Al respecto una entrevistada menciona que a ella le da gusto que su hijo se alimente sanamente y además señala que aunque su hijo se encuentre en otro lugar sigue con su mismo hábito alimenticio.

Cuando mi esposo los lleva a comer con mi suegra y mi hijo no come y si es caldo, a veces le pone

la servilleta, pone la servilleta en el caldo para quitarle la grasa que está arriba, la carne no se la come, solo se come la verdura y el puro caldo, sopa de arroz no pide, entonces mi suegra se trauma porque dice “¡ese niño no come!”, no come barbacoa y mi suegra el día que van almorzar con ella este mi suegra dice “que va a comer el niño” y él trae su Corn flakes chiquito y ahí tiene leche mi suegra y él come eso y los demás están comiendo barbacoa porque dice mi hijo “es que es pura grasa, mira todo eso blanco ¡es grasa!”, si es medio “sangrón”, pero no hay que ser ni tan, tan ni muy, muy, pero me da gusto que se que el solo se está cuidando y que siga con esos hábitos (E7-28-SB-NO-BP).

Como ya se indicó, las madres de familia son las encargadas de la preparación de la comida, del mismo modo se preocupan por tener disponibles los alimentos que necesitarán para realizar las comidas y alimentar a la familia. En general, los alimentos disponibles en estas familias son verduras, carne, pollo, jamón, salchicha, fruta, frijoles, tortilla, leche, arroz. Es importante señalar que en estas familias siempre están presentes una gran variedad de frutas y verduras *“Tengo de todo y la verdad sólo a mitad de quincena faltan, pero siempre hay de todo, cereales, queso, jamón de pavo, queso panela, pan integral, fruta, gelatina, yogurt, tengo frijol, huevo, carne, sopa, pollo, de todo un poco”* (E5-43-SB-NA-BP).

Nunca faltan las verduras, casi siempre hago una vez a la semana caldo de res, que los niños no se comen la carne pura verdura a ellos casi no les gusta la carne roja, entonces digo como quiera el caldito trae a lo mejor los nutrientes de la carne, le pongo papas, chayotes, zanahoria, repollo cuando hago caldo y fruta siempre mi hijo come mucha fruta, sandía, todas le gustan hay una fruta que se llama parsimonia y mi hijo saben más como se llaman la frutas dice “yo quiero una fruta que se llama parsimonia” no se como se llama yo digo cual será, mi esposo va y compra pero yo no se, kiwi le gusta, las que no son muy comunes, todas les gustan kiwi todo, todo quieren comer, entonces si tratamos de comprar de todas las frutas aunque no sean muy comunes para que sepan comer de todo, para que no salgan después de que no les gustan de que sabe feo o raro (E4-45-PN-NO-PN).

¿Qué y cuándo comen?

En la tabla 5 se detallan los platillos que de acuerdo con las entrevistadas consumen con más frecuencia sus hijos.

Tabla 5.5 Alimentación habitual de niños que presentan peso normal

| Participantes | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
|----------------|--|------------------|--|-------------------------|--|
| E4-45-PN-NO-PN | Chocolate o cereal o pan con mantequilla pan tostado, | Tacos o sándwich | Pescado empanizado con arroz, cortadillo, ensalada de verduras, agua de limón o de fruta | Fruta, galletas, yogurt | Atún con mayonesa o papas con huevo o tomate |
| E5-43-SB-NA-BP | Vaso de leche o chocomilk, fruta, cereal, fines de semana barbacoa | | Pescado sopa de arroz, verduras, consomés | Fruta galletas medidas | Cereal, taquitos, huevo |

| | | | | | |
|-----------------|--|--|--|---|---|
| E7-28-SB-NO-BP | Cereal o yogurt y una manzana o tantita fruta picada. Domingo barbacoa | | Fajitas de pollo, sopa de arroz, frijoles, verduras | Zanahorias baby, gelatinas, yopli, cereal o fruta picada o uvas | Un huevito o papas con tomate, entomatadas, carne, pan tostado o un waffle con el yogurt o licuado |
| E21-30-SB-NA-PN | Dos o tres galletas de avena con un vaso de leche y en ocasiones la leche es con chocolate o fresa | Un lonche de jamón o tacos de harina, manzana con yogurt natural o una fruta nomás | Sopa de pasta con papa o con picadillo | Zanahorias baby, fruta | Rollitos de jamón y verdura a lado o alguna ensaladita con queso panela y zanahoria rallada, en ocasiones yogurt natural, salchicha con tomate nada más guisado |
| E16-36-PN-NO-PN | Un vaso con chocolate | Fruta o un sándwich con pan integral otro día taquitos | Les mido las comidas, sopa de arroz con verduras y pollo empanizado | Fruta con chilito | Cereal |
| E9-30-PN-NA-PN | Un vaso de chocolate | | Caldo de verduras con sopa o pollo, seguido compro comida china porque les gusta mucho | | Queso con salsa y tortilla de harina. |

Las combinaciones de alimentos más habituales en cada una de las comidas se describen a continuación:

Desayuno

El desayuno diariamente esta presente en los seis niños y se compone de algo líquido como lo es un vaso de leche ya sea sola, con chocolate o fresa. Cuatro niños lo acompañan ya sea con galletas, pan tostado, cereal y fruta.

Lonche escolar

De los seis niños, a tres de ellos sus madres les proporcionan “lonche escolar” el cual se constituye de fruta sola o con yogurt natural, sándwich de jamón con pan integral, tacos de maíz o harina. A uno de los niños su madre se lo lleva hasta el plantel educativo, mientras que

una niña algunas veces su madre la cual trabaja le coloca el “lonche” en un recipiente para que se lo lleven a la escuela. Por otro lado, las cuatro madres que no les proporcionan almuerzo a sus hijos coinciden en ser madres trabajadoras.

Comida

La comida es el alimento de mayor importancia para estas familias y es el que contiene más cantidad y variedad de elementos como lo son: el pescado, el pollo, carne, seguido de pastas, arroz y verduras acompañados con aguas de fruta.

Merienda

Los niños la realizan a la hora de ver la televisión y los alimentos que consumen en este tiempo constan de galletas, yogurt, frutas y verduras como la zanahoria.

Cena

Para las madres de familia la cena se prepara en base a los alimentos que se hayan consumido durante el día, esto con la finalidad de balancear los alimentos, asimismo buscan que está se realice con alimentos ligeros tales como: atún, papas, embutidos, queso, vegetales o solamente un cereal.

¿Cómo se distribuyen los alimentos?

Las madres de niños con peso normal argumentan que sus hijos comen las porciones adecuadas de comida, porque únicamente se comen lo que les sirven de comida o en ocasiones dejan alimento en plato, sin embargo ellas no les obligan a que se lo terminen, ya que consideran que sí se les obliga a comer todo el alimento esto puede ser una causa de obesidad. En relación a esto, González y Alcañiz (2007) destacan que el insistir que los niños coman cuando éstos no quiere comer puede crearle muchos más problemas que beneficios al futuro.

He escuchado que a los niños les decimos acábate todo del plato y creo que esa es una de las causas por la que los niños tienen obesidad, porque ya no tiene hambre y se tienen que acabar todo, porque así les decía su mamá, entonces yo a los míos lo que comen, si yo veo que comieron más de la mitad y veo que ya no quieren les digo bueno ya no, no los obligo a que coman más si no tienen hambre. Si ya comieron más de la mitad y dejan algo no se lo tienen que comer hasta que se lo terminen (E4-45-PN-NO-PN).

Yo siento que ella come bien, de hecho, come muy constantemente está comiendo, si ella come una comida a las dos horas ya está con un jugo que por lo general los jugos que ella toma son los de Ades que siento yo que no están tan azucarados, se está tomando un jugo a la media hora una manzana, a la media hora una mandarina y ya sigue la comida, entonces yo creo que ella come constantemente, como para querer darle más cantidad de comida, entonces yo creo que ella come lo suficiente (E21-30-SB-NA-PN).

¿Dónde, con quién y cómo se desarrolla el acto de comer?

Las familias tienen designado horarios para desayunar, comer y cenar llevándolos a cabo en el comedor de la casa y se vuelven los momentos para platicar sobre lo ocurrido durante el día en

sus actividades laborales y escolares. A la hora del desayuno, los integrantes de la familia comen juntos, algo ligero para dirigirse los niños a la escuela y la mamá y el papá a su trabajo, en la comida una de las niñas y un niño comen en casa de sus abuelos, ya que sus padres trabajan, el niño come en casa de su abuela los alimentos que su madre le deja preparados, tres de las madres que trabajan regresan a preparar los alimentos para comer junto con los niños y una de las mamá que es ama de casa ya les tiene lista la comida a la hora que sus hijos regresan de la escuela, en la cena todas las familia se reúnen para comer y conversar sobre los momentos más relevantes del día. Las participantes hacen mención a lo siguiente: *“A la hora de comer comemos los cuatro juntos y platicamos de cómo les fue en la escuela, todos comemos en el comedor”* (E16-36-PN-NO-PN).

Cuando estamos todos juntos los fines de semana comemos todos juntos, entre semana ellos comen con mamá, porque mamá los tiene, es el horario de ellos todos los días, ellos comen entre 12:30 y 1 de la tarde porque mi hijo el mayor sale de la escuela a las 12:20 porque entra a las 7 entonces la hora de comida como te digo, la comida antes de las 12 ya comimos todos, la cena es antes de la 6, después de las 6 ya no les hago de comer algo pesado aunque traigamos hambre intento que no, porque me decía la doctora que es donde más engorda uno, después de las 6 tarde porque ya no quemamos nada (E7-28-SB-NO-BP).

En relación a lo anterior, Restrepo (2007) menciona que los niños que comen con sus padres adquieren hábitos alimentarios más saludables que los que no practican esta costumbre; las familias con mejores hábitos alimentarios no son las de los padres controladores, sino aquellas en la que estos padres comparten la comida en la mesa. Esto da a los hijos la idea de que en ese espacio tienen cosas más saludables para elegir y comer.

En cinco de las familias se encontró que al momento de la comida, las madres de familia no tienen televisión cerca del comedor de la casa, ya que ellas mencionan que es importante que cuando están comiendo platicar acerca de los acontecimientos del día y planear las actividades que se realizarán al siguiente día. Para Restrepo y Maya (2005) las comidas familiares son un momento adecuado para conversar. Algunos estudios han demostrado que las familias que comen juntas tienden a comer alimentos más nutritivos que aquellas que comen separadamente. Por tal motivo, es necesario que la hora de comer juntos en familia sea una prioridad y se planeen comidas familiares por lo menos dos a tres veces a la semana y sobre todo que no se tenga el televisor cerca o bien se apague durante la hora de la comida. Sobre esto dos entrevistadas dicen lo siguiente:

Por lo general platicamos, porque yo en mi casa ahorita no tengo tele, pero ya le dije a mi esposo, porque él si tenía planes de comprar una tele para la sala o la cocina y yo le dije que en mi casa va a estar prohibido eso porque a mi no me gusta, porque yo siento que lo he vivido con mi mamá o con mi suegra que tienen la tele en el comedor y quiero platicar algo y yo se que están metidas en la novela y no me están haciendo caso, entonces yo le dije a mi esposo que no que en mi casa no quiero ni en la sala, ni en el comedor tele (E21-30-SB-NA-PN).

Platicamos, quite la tele de la sala del comedor, porque sino no comen, entonces si somos muy estrictos en cuanto a las platicas que tenemos, él no me platica las broncas de su trabajo y yo no le platico las broncas de mi trabajo en la comida, en otro momento yo y él, entonces nada más como te fue que hiciste, los niños en todo están y no puedes jajaja (E7-28-SB-NO-BP).

Por otro lado, solo una madre de familia menciona que mientras ellos están comiendo ven la televisión.

Yo siempre preparo la comida, comemos todos en el comedor, vemos la tele mientras estamos comiendo, tenemos ese, ese defecto de comer con la televisión, comemos los cuatro juntos, el niño es muy hiperactivo, haz de cuenta que tiene servido su plato y está parado y anda para arriba y para abajo y vuelve a comer, no come sentado (E9-30-PN-NA-PN).

Gustos y rechazos alimentarios

De acuerdo a los discursos expresados por las madres con niños de peso normal señalan que los alimentos preferidos por sus hijos son el pescado, pollo, las frutas y las ensaladas. *“Un fin de semana que estamos todos juntos les hago milanesa, eso le gusta mucho a mi hija, pero sin empanizar nada más a la plancha, en pedacito y yo y mi esposo la acompañamos con aguacate como con una ensalada de aguacate con tomate y cebolla....”* (E21-30-SB-NA-PN).

Las fajitas de pollo les gusta mucho, el pescado, este, te digo de los lácteos pues todos los yogurt, eso si mi hijo el mayor es de jamón de pierna san Rafael no le des de otro porque te lo avienta jajá jajá, ya no le puedes picar lo ojos porque ya sabe que no es de ese, entonces le digo a mi esposo es más caro ese jamón pero sabes que se lo va a comer y el a veces se cena dos taquitos con tantito panela, como si fueran taquitos, dos taquitos de panela con jamón y prefiero darle eso que guisarle un huevo, entonces si te vuelves un poco más, yo le digo a mi esposo yo no soy coda en la comida..... (E7-28-SB-NO-BP)

El alimentos que rechazan los niños con peso normal, es la carne roja ya que sus madres mencionan que la consumen poco o nada, por ejemplo, cuando comen un platillo llamado “cortadillo” el cual se prepara en base a carne y verduras, sólo consumen las verduras que contiene.

Lo que no les gusta a mi hijo, no le gusta casi la carne roja, cuando hago picadillo o cortadillo nada más le doy papas y la zanahoria y la carne no, no le gusta la carne roja casi, la carne asada si se la come poquita, pero casi no come carne roja..... (E4-45-PN-NO-PN).

Tampoco les gusta mucho el condimento eh! que no tenga mucha carne los guisados porque a los niños y a los jóvenes no les gusta mucho masticar la carne y aparte que no es muy buena y yo creo que eso (E5-43-SB-NA-BP).

A mi hija no le gusta comer cortadillo, por ejemplo, no se porque, la carne está muy gruesa, entonces yo trato de hacerle los pedazos muy chiquitos de carne para que se los comas, porque ella ve un guiso así y no le llama la atención, pero yo creo que eso más que nada el cortadillo que no le gusta..... (E21-30-SB-NA-PN).

Sentimientos de las madres ante el rechazo de alimentos

Las madres de familia mencionan que cuando sus hijos no quieren comer algunos alimentos en ellas no surge algún sentimiento de molestia por esta situación, por el contrario ellas emplean algunas alternativas para lograr que sus hijos los consuman, como por ejemplo les mencionan lo nutritivo de los alimentos, los preparan de forma atractiva para que ellos deseen consumirlos, les dicen que coman sólo lo que les guste o bien les preparan un platillo que en verdad sea de su agrado. En el siguiente párrafo se ilustra lo anterior:

Bueno pues como dicen por ahí de la vista nace el amor y a lo mejor lo ve raro y no lo consume y lo que hago como mamá para sobornar, le digo ¡entonces voy a llorar porque lo hice con mucho amor! Entonces dice “bueno, entonces sí” pero de plano uno se da cuenta cuando se lo come y hace gestos y no muy bien quiere, le digo bueno ahí déjalo y le digo que otra cosa te hago hay

quesadillas, hay esto y aquellos. Le gustan mucho las quesadillas de queso panela y pues igual le doy una segunda opción, pero cuando veo que el plato realmente no le agrado y ahí veces que me dice “bueno si voy a comer” y veo que empieza a comer y que en realidad era pura chiflazon que nada más por como lo vio no le gusta y a la hora de comerlo si le gusto y se lo acaba ya no le ofrezco nada más, cuando veo que le da asco o no le gusto ahí le ofrezco una segunda opción (E21-30-SB-NA-PN).

Alimentos prohibidos y reacción ante la prohibición

Las madres de familia con niños que presentan peso normal mencionan que ellas no necesitan prohibirles la comida chatarra y el refresco a sus hijos, debido a que ellos casi no ingieren este tipo de alimentos y cuando desean comerlo se los permiten, puesto que son pocas las veces que los consumen.

De vez en cuando les dejo comer comida chatarra, les digo “esta bien come te uno”, pero lo que son papas, pero casi otra cosa no. Cuando no los dejo comprar no se enojan, porque saben que van a comer, yo siempre les digo hasta que comas, en la tarde, así me los llevo y no les compro nada (E16-36-PN-NO-PN).

No, no les prohíbo la comida chatarra, pero ellos casi no están acostumbrados a comer o a tomar coca, así refresco gaseoso no. Cuando no se los compro no son muy berrinchudos, no son así (E9-30-PN-NA-PN).

En las prácticas de alimentación en niños con peso normal se observó que las madres son las que se encargan de preparar sus alimentos, así como también son las que deciden los platillos que comerá la familia y las que acuden a los supermercados para surtir los alimentos sobre todo frutas y verduras, que son los que mayormente consumen los niños. Los alimentos que les ofrecen a la familia, las mamás los preparan basándose en el plato del buen comer o bien buscan que sean alimentos equilibrados en cada comida, con poco aceite, poco condimento, con verduras y poca carne ya que es lo que menos les gusta a los niños. Para las madres de familia la cantidad de alimentos que comen sus hijos es la adecuada y cuando éstos ya no quieren comer ellas no les insisten, mucho menos les obligan a terminarse lo que les sirvieron, ya que como menciona una de las entrevistadas el forzarlos a comer puede ser causa de obesidad.

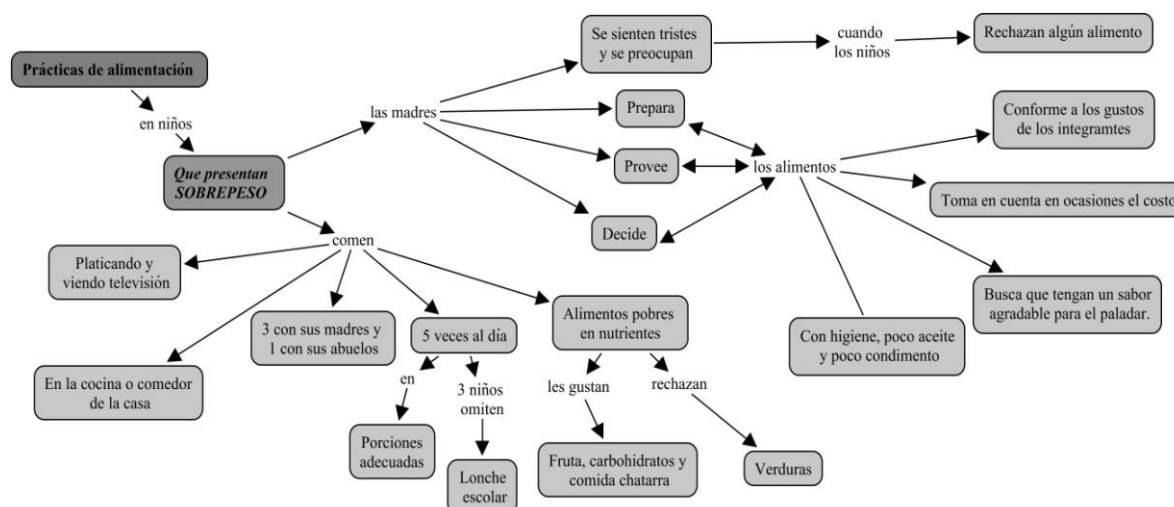
Todas las familias concordaron en que los alimentos los consumen en el comedor de la casa y en cinco de las 6 familias se observó que al momento de comer acostumbran platicar sobre los acontecimientos del día o de los planes para el siguiente día y en ellas no esta presente el televisor ya que lo consideran un distractor para los adultos y los niños. Las madres de estos niños mencionan que cuando sus hijos no quieren comer, utilizan diversas estrategias para convencerlos como comentarles lo nutritivo de los alimentos, se los presentan de forma atractiva para que los consuman o bien les preparan el platillo que ellos deseen. En relación a la comida chatarra, las entrevistadas indicaron que ellas no les prohíben este tipo de alimentos a sus hijos ya que son pocas las veces que ellos deseen consumirla.

5.6.3 Prácticas de alimentación de niños que presentan sobrepeso

Para conocer las prácticas de alimentación de niños que presentan sobrepeso (Figura 5) únicamente se consideraron los discursos de sus madres. En seguida se desglosa cada punto

que abarcan Contreras y Gracia (2005) sobre su definición referente a prácticas de alimentación.

Figura 5.5 Prácticas de alimentación de niños que presentan sobrepeso



¿Quién prepara la comida?

Las madres de estas familias son las personas que se les atribuye la responsabilidad de preparar el desayuno, comida y cena para la familia, a pesar de que dos de ellas tienen un trabajo remunerado fuera de casa y dos se dedican a el hogar. Según Castro y Ramos (2009) las actividades relacionadas con la preparación de la comida, la responsabilidad de alimentar y mantener saludable a la familia se atribuye en prácticamente en todas las sociedades a las mujeres, mientras que proveer los recursos para adquirir los alimentos se considera una actividad masculina que fortalece la identidad de los hombres. Al respecto las entrevistadas comentaron: “Yo soy la que me encargo de la comida” (E11-38-OB-NO-SB).

No pues yo me levanto, y como a veces ellos están dormidos verdad, ando haciendo el que hacer y ya se levantan y si su desayuno verdad luego, luego piden su leche, galletas, cereal lo que quieran y si tienen hambre mientras hago la comida pues como la comida que es más con más tiempo les hago algo como decir, almuerzo mmm..... que es así como huevo, frijoles y luego (E3-37-OB-NO-SB).

Yo soy la que hago todas las comidas, me levanto a las 9, les preparo el desayuno, comen las niñas porque mi otro hijo se va a la secundaria y mi esposo se va a trabajar, yo no como, porque yo solo como fruta o leche o yogurt, pero las niñas si almuerzan un huevo, frijolitos o cosas de esas. A la 1:30 o 2 les hago sopa, caldos, sopa con verduras, carne con sopa, picadillo a esa hora ya comemos todos come mi esposo, mi hijo y nosotras (E1-35-SB-NA-SB).

En el caso de las participantes que trabajan fuera del hogar, una de ella comentó que regresa a la hora de la comida para prepararla, mientras que la otra madre de familia menciono que ella sólo se encarga de preparar el desayuno, cena entre semana y los fines de semana es cuando realiza comida para la familia, ya que entre semana los niños comen con sus papás o suegros, pues estos son los que cuidan a sus hijos mientras su esposo y ella trabajan:

De la alimentación se están haciendo a cargo las personas que cuidan a nuestros hijos, en este caso mis suegro o mis papás y yo no me doy cuenta de lo que ellos comen, yo llevo ellos ya comieron, yo ya nada más les doy el desayuno y cena este y yo creo que en esta situación han de estar muchas mamás. Por ejemplo, un domingo a la hora del desayuno ellos quieren pura salchicha y la comida yo procuro los días que yo estoy con ellos les hago calditos a ellos les encanta mucho el caldo de res, entonces les compro toda la verdura, el elote, etcétera y les hago su caldo de res..... (E6-40-SB-NO-SB).

¿Quién decide lo que comerá la familia?

Las madres de familia seleccionan diariamente que tipo de alimentos consumirá la familia, estas decisiones parte primeramente del gusto de los integrantes, así como también buscan variar los platillos con la finalidad de no crear monotonía en la comida. Sobre esto las entrevistadas indican como deciden lo que preparan de comer:

“Pues en base a lo que yo veo que ellos les gusta, en base a los gustos es lo que yo digo “voy a ser esto porque si les gusta” y es lo que cocino” (E6-40-SB-NO-SB).

Surto mi despensa por semana o por quincena, entonces las mañanas casi siempre saco del congelador lo que les voy a dar de comer y este en base a eso lo que tenga, lo que saque, lo que haya planeado entre la despensa, por decir un día les hago sopita con picadillo, otro día pescado, otro día pollito, trato de variarles, para que no se aburran y para que no digan ¡otra vez! (E11-38-OB-NO-SB).

¿Quién provee los alimentos?

Las madres de familia son las encargadas de proveer los alimentos para la familia y al momento de surtirlos influyen ciertos factores, principalmente se toma en cuenta los gustos y preferencias de los miembros de la familia y en ocasiones el costo. *“Por lo que a ellos les gusta y a veces por lo que está más barato” (E11-38-OB-NO-SB), “Pues a veces si por lo barato o porque les gusta más que nada, trata uno de traer lo que a ellos les gusta” (E3-37-OB-NO-SB).*

Es lo básico que tengo en el refrigerador y luego ya voy viendo que me hace falta queso, que me falta verduras y yo a veces no tomo en cuenta los precios de los alimentos porque como te digo a los niños les gusta por ejemplo la pechuga de pavo, no les gusta el jamón de otro tipo y la pechuga siempre el kilo está carísimo, por eso te digo no tomo el precio sino lo que les gusta ellos, el precio no (E6-40-SB-NO-SB).

¿Cómo se preparan los alimentos?

Para la preparación de la comida las madres de familia revelan que los alimentos los preparan con higiene, poco aceite y poco condimento, pero siempre buscando que la comida tengan un sabor agradable para el paladar. *“Que estén limpios, con higiene y que vayan bien preparados y sobre todo bien cocidos” (E1-35-SB-NA-SB), “Que tomo en cuenta pues que los prepara con la mayor limpieza, como te digo no utilizar tanto aceite, yo no cocino con especias, echarles sal para que ellos sientan la comida agradable, no sin sabor” (E6-40-SB-NO-SB).*

Si usó condimento pero trato que sea moderado, casi nunca uso mucho aceite, como uso sartenes de teflón casi no ocupan, procuro que si voy hacer carne o algo, procura darle un hervidita antes para

que este suave y no tenga que dorarlo con mucho aceite, este el arroz y eso casi todo lo hago sin aceite.. (E11-38-OB-NO-SB).

Los alimentos que siempre se encuentran disponibles en casas de estas familias, de acuerdo a las madres son: leche, pan embutidos, galletas, cereales, verduras, huevo, queso, frijol, tortillas, carne, pollo, pescado, fruta. Los párrafos siguientes ilustran lo comentado:

Bueno nunca falta la leche, no faltan este, para hacerse sus sándwich con carnes frías, mientras que está la comida hay veces que están con mucha hambre, y bueno un vasito de leche con una galleta o cosas así cereales, para la meriendan a veces galletas, pan, pero no mucho (E11-38-OB-NO-SB).

Como te digo las bolsas de verduras siempre están en el congelador para cualquier cosas ahí las tengo yo disponibles, también lo que es la papa, el huevo, el tomate, el chile para hacerles una salsita, el queso, el jamón, salchicha, los frijoles también nunca faltan, las tortillas la leche y ya diferentes tipos de carnes, picadillo, el pollo, el pescado el cual procuro darles aunque sea una vez a la semana y eso es lo que no, es lo que constantemente estoy surtiendo y que me falta esto y voy y lo compro (E6-40-SB-NO-SB).

Dos de las madres de familia enfatizan que la leche es indispensable en la alimentación de los niños pues contiene nutrientes necesarios para su edad. Según González-Castell, González-Cossío, Barquera y Rivera (2007), la leche es un alimento básico durante los primeros años de vida. Los lácteos aportan proteínas de buena calidad, que intervienen en la construcción de músculos, huesos y tejidos del cuerpo, esto debido a que el calcio es un mineral imprescindible para desarrollar unos huesos fuertes para toda la vida. Aún así, los autores advierten que hay que tomarlos en su justa cantidad. En los siguientes renglones una entrevistada menciona: *Leche, no debe de faltar porque es la que a los niños les hace bien, si se toman un vaso de leche les va hacer bien (E1-35-SB-NA-SB).*

¿Qué y cuándo come la familia?

En la tabla 6 se presentan los platillos que de acuerdo con las entrevistadas, consumen con más frecuencia sus hijos.

Tabla 5.6 Alimentación habitual de niños que presentan sobrepeso

| Participante | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
|-----------------|---|------------------------|--|------------------------------------|--|
| E11-38-OB-NO-SB | Yogurt bebible | Sándwich, fruta, jugos | Sopita con picadillo, pescado, pollito. | Comida chatarra Galletas con leche | Huevito, quesadillas, tacos comparados. |
| E6-40-SB-NO-SB | Leche sola o con chocolate, pan, cereal y fruta | | Caldo de res con sus verduras, el elote, carnes, picadillo, el pollo y sopas | Comida chatarra, papitas, fruta | Salchicha con huevo, sándwich con aguacate, jamón, tostadas con frijoles |
| E3-37-OB-NO-SB | Leche, galletas, cereal | | Sopa de arroz, milanesa de pollo, lechuga | Tostadas, fritos, duritos | Les hago algo como almuerzo huevo, frijoles |
| E1-35-SB-NA-SB | Fruta, leche, cereal o | | Caldos, sopa con verduras, carne | Fritos, pan, galletas | Cereal, pan con leche |

| | | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------|-------|--|--|
| | almuerzan un huevo, frijolitos | | con picadillo | sopa, | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------|-------|--|--|

Las combinaciones de alimentos más habituales en cada una de las comidas se describen a continuación:

Desayuno

Es el alimento principal que reciben estos cuatro niños y se compone de yogurt, leche sola o con chocolate, pan, cereal, fruta, galletas o huevo con frijoles. Dos de las madres indicaron que el desayuno se realizan en el automóvil, en el trayecto a la escuela por lo mismo suelen consumir yogurt bebibles o chocolate en polvo portadle.

Lonche escolar

Tres de las madres de familia indican que ellas no preparan ningún tipo de alimentos para que sus hijos se los lleven a la escuela. Solo una de las madres menciona que en ocasiones a sus hijos les proporciona “lonche” para el descanso de la escuela y este consta de fruta, sándwich y jugo.

Comida

En las cuatro familias, la comida, la mayoría de las veces ya se encuentra preparada para cuando los niños regresan del plantel educativo y es el que contiene más ingredientes, donde predominan alimentos como la carne, pollo, pescado, seguidos por sopa y verduras.

Merienda

En los cuatro niños consta principalmente de comida chatarra como son: los fritos, papitas, tostadas, duritos, galletas y esporádicamente de fruta.

Cena

La cena en estas familias tal como lo menciona una entrevistada suele parecerse a lo que habitualmente es un almuerzo puesto que se constituye principalmente de huevo, frijoles, embutidos, quesadillas, cereal, pan y leche.

¿Cómo se distribuyen los alimentos?

En relación a la cantidad de comida, las madres de familia son las que deciden las porciones adecuadas de alimento para cada integrante. En los niños, las participantes señalan que sus hijos les sirven la suficiente cantidad de alimentos, argumentando que la porción de comida que les proporcionan es sólo la que los niños ingieren, no repiten plato, ni tampoco exigen más comida. Al respecto, Hirschler, et al. (2006) señala que las madres con niños con sobrepeso, quienes, cuando se les interrogaba específicamente sobre los hábitos alimentarios de los niños, creían que los niños comían porciones normales o incluso más pequeñas de las que deberían

comer y no les preocupaba el peso de sus hijos. Los siguientes párrafos confirman lo anterior:

Las porciones que le doy se las terminas y pues si de repente come así entre comidas, que leche o galletas o algo pero yo se que ya se comió la comida, pienso que si está comiendo bien (E11-38-OB-NO-SB).

Yo creo que lo que comen es lo justo, o sea, eh a lo mejor yo les sirvo las porciones de comida y mi mamá siempre dice eso que les acaba de servir es muy poquito y ellos con eso llena y yo a mi esposo le sirvo lo que yo me como y mi mamá siempre dice sírvele más pero él se acaba su alimentos o mis hijos y ya están satisfechos (E6-40-SB-NO-SB).

¿Dónde, con quién y como se desarrolla el acto de comer?

Las familias llevan a cabo el desayuno, comida y cena en la cocina de la casa. El desayuno los niños que tienen madres que son amas de casa lo realizan en casa antes de partir a sus actividades, en cambio los niños donde sus madres trabajan lo consumen en el auto, camino a la escuela. La comida dos de los niños la comparten con sus hermanos y padres, otro solo con su madre y hermanos, mientras que uno de los niños la efectúa en compañía de sus abuelos y su hermana. La cena es donde los integrantes de la familia están juntos y platicando los anécdotas del día. En las siguientes citas las entrevistadas comentan los momentos de la comida:

“A las 1:30 o 2 les hago sopa, caldos, sopa con verduras, carne con sopa, picadillo a esa hora ya comemos todos, come mi esposo, mi hijo y nosotras, todos juntos en la cocina y platicamos un poquito de todo (E1-35-SB-NA-SB).

Comemos todos en la cocina y platicamos, mientras comemos procuramos ahí si nada más hablar de lo que vamos hacer o que planes tenemos para la tarde (E6-40-SB-NO-SB).

En todas las familias coincidió que en la cocina siempre está presente la televisión, aunque para las madres no sea de su total agrado, ya que la consideran una distracción para que los niños coman. Además, las participantes aluden que la hora en que se reúnen a comer es para platicar de cómo les va en su escuela o en el trabajo. En relación a este punto, Reyes, et al. (2006), indican que los niños que ven mucha TV tienen más probabilidades de volverse obesos que los que son físicamente más activos, una de las razones es que los anuncios fomentan el hábito de picar entre comidas y de seleccionar alimentos que engordan. Otra razón es que gran parte del tiempo que pasan sentados delante del televisor lo podrían dedicar a jugar activamente y a quemar calorías. Sobre esto las entrevistadas dicen lo siguiente:

Comemos en el comedor, pero ellos siempre se la pasan viendo la tele como ahí tengo televisión en la cocina haz de cuenta tan comiendo y viendo tele y ya cuando no comen por estar viendo la televisión la apago y órale comen y luego los niños se encelan y ahí están, tengo uno que hasta va y se pone enfrente de la tele, pero ya veo que no está comiendo y la apago (E3-37-OB-NO-SB).

La comida la tengo casi siempre preparada para cuando ellos llegan, comemos todos juntos también mi esposo, comemos todos juntos en la cocina, mientras comemos platicamos, platicamos hay veces que prenden la tele, pero a mí casi no me gusta que prenda la tele, porque en ese momento estamos en reunión y que estamos juntos, platicamos cosas de cómo van con la escuela o como es tan o anécdotas que tengan o a veces mi esposo les cuentan cosas del trabajo o así o yo y ahí no la pasamos juntos (E11-38-OB-NO-SB).

Gustos y rechazos alimentarios

Las madres de familia con niños que presentan sobrepeso mencionan que entre los platillos que más les gustan a sus hijos se encuentra: el caldo de res, el macarrón, spaghetti, carne, pollo, la sopa y la pizza. Las madres de estos niños en distintos discursos coincidieron en que sus hijos les gustan comer comida chatarra sobre todo en las tardes. *El caldo de res y que otra cosa les gusta el macarrón.... (E6-40-SB-NO-SB).*

A los niños les gusta comer sopa con verduras y pizza y pollo, a mi hija le compro más fruta, se la parto y se la come, le compro cereal para que ya dejen de comer comida chatarra como los fritos y todo eso que siempre quieren estar comiendo (E1-35-SB-NA-SB).

Es que todos tienen diferentes gustos al niño grande, a él le gusta mucho la carne, a él le da le espagueti, carne molida, que albóndigas o sea todo tipo de carne a él le gusta y al otro niño o sea casi no, él siempre anda que a mí me hace huevo, “como te voy a dar huevo si te di en la mañana” y en la tarde “es que yo no quiero pollo y es que yo no quiero esto”, o sea, son muy diferentes y el otro va más o menos igual que el grande verdad así. Lo que les gusta son las tostadas, duritos no me gusta que haya porque están comiendo y come, más mi hijo el mayor, porque le gusta mucho, porque tortillas así comen muy poco, pero lo que es así de frituras y así sí le gusta (E3-37-OB-NO-SB).

Cuando se les cuestionó sobre que comida no le gusta a los niños las madres mencionaron que la carne de puerco y que las verduras las comen sólo si ellas les insisten y les mencionan los beneficios que les pueden traer a su cuerpo. En las siguientes citas las entrevistadas mencionan lo que hacen para que sus hijos cambien de opinión y coman verduras:

“La carne de puerco, también las verduras de repente son renuentes pero casi, casi yo les digo que son buenas que las prueben” (E11-38-OB-NO-SB).

Yo los obligo a que coman, sí yo les hago un caldo de pollo con verduras ahí están duran mucho para comer y yo así de que órale cómansela y así “es que no quiero” y te digo tengo un niño el de en medio que es muy así, que es muy remilgoso, o sea, no come, o sea, como te digo, o sea, les insisto que coman verdad que es por su bien, por ejemplo, las verduras, “mira si comes esto vas a estar bien fuerte” verdad, por ejemplo, para tus huesitos, tus ojos así verdad les empiezo a decir para que les ayude, ya ellos “a bueno si me lo como” luego ya me dicen “me como poquito”, sí esta bien aunque sea poquito come..... (E3-37-OB-NO-SB).

Sentimientos de las madres ante el rechazo de alimentos

Las entrevistadas mencionan que cuando sus hijos no quieren comer algún alimento, ellas sienten tristeza y preocupación y ante esto ellas les insisten a que prueben los alimentos mencionándoles que les darán un “premio” a cambio de que coman, o bien les explican la importancia del comer algunos alimentos, como las lentejas que les ayudaran a crecer, ha estar sanos, ya que ellas piensan que si no comen es porque no se dan a la tarea de probar los alimentos y si después de probar no quieren ya no les insisten.

Según González y Alcañiz (2007) declaran que cuando se obliga a un niño a comer aunque no tenga hambre, o cuando se utiliza la comida como premio o como calmante, el niño no aprende a distinguir entre cuando tiene hambre y cuando ya comió suficiente. También tiene dificultades para saber cuándo está hambriento o simplemente inquieto o aburrido. Al respecto, Cudós y Diángelo (2007) señalan que para la correcta formación de hábitos

alimentarios, se debería tener en cuenta que premiando o castigando a los niños con determinados grupos de alimentos estaríamos alentando a patrones alimentarios incorrectos. En las siguientes narraciones las participantes comentan los sentimientos que les causa el que sus hijos no quieran comer:

Les digo coman, prueben y ya decidan si quieren, pero a veces si me da tristeza que no quieran comer lo que yo les doy, mira a veces no han probado las cosas y dicen que no les gustan y les digo pruébenlas traten, lo mismo las lentejas procuro hacerlo y ellos no quieren y es como a veces le van agarrando gusto a las cosas y les digo “pruébalas mijito, es bueno para ti, ¡te va ayudar a crecer!” y ellos mismos la prueban y me dicen “sí me gusto mami, a ver cuando haces otra vez”, pero obligados no, y ahorita a los niños ya no se les puede obligar ¡la verdad que no! (E11-38-OB-NO-SB).

Pues, sí me preocupa, pero yo lo que hago, o sea, eso se va y eso se van a comer, porque de repente que hago así que lentejas, más que nada lentejas, tampoco no muy bien, o sea, son como comidas que casi no les gustan, no las quieren, pero yo hago eso y eso es lo que se van a comer, ya cuando de plano veo que no quieren o sea no les gusta pues ya les hago otra cosa, lo que quieran..... pero les insisto trato de que coman lo que hice, que si les compro el caldo, el caldo de pescado se lo coman, o sea, carne, picadillo, sopa sí, o sea, sí, siempre trato de que se lo coman aunque después les diga ira te lo vas a comer te voy a dar tantito, te voy a dar una soda, tantito o un dulce verdad, un premio pa’ que comas, y “bueno y si me lo acabo me vas a dar una coca o sea la que yo quiera”, sí, o sea, te voy a dar y ya come verdad, haz de cuenta que tengo que darles algo, porque si, no, no comen (E3-37-OB-NO-SB).

Alimentos prohibidos y reacción ante la prohibición

Al momento de cuestionar a las entrevistadas si ellas les prohíben algún tipo de alimentos a los niños ellas mencionaron que no les gusta que coman “comida chatarra” por los problemas de salud que les pueden ocasionar, no obstante ellas aseguran que los niños los siguen consumiendo a pesar de la prohibición. De acuerdo a esto las madres de familia aluden lo siguiente:

Les prohíbo, por ejemplo, la comida chatarra, no me gusta que coman mucho de eso, que las coman, procuro no darles dinero para que no las compren, en mi casa no se compran, regularmente no se compran, refrescos sí, pero digamos papitas y eso no. Yo les digo no es bueno, tú sabes, yo siempre les digo, tú sabes si lo quieres consumir, pero no es bueno para ti, entonces siempre les digo acarrea problemas, acarrea obesidad, que por lo mismo que yo estoy en ese plan me están enseñando muchas cosas que no son buenas, yo estoy yendo a “yozon” y me dicen ahí las papas son veneno, son cosas bien fuertes y me dicen que tantos carbohidratos tiene (E11-38-OB-NO-SB).

Pues las papitas, pero no me hacen caso se las siguen comiendo jajá jajá, a mi no me gustan que lo coman por lo mismo que dicen que la comida chatarra no es saludable y si tú te fijas, este, en muchas papitas la cantidad de grasa si es grande y luego a parte las papitas le echan el chile y todo eso les puede traer problemas en el estomago, los niños no me dicen nada cuando les digo esto, pero van y compran (E6-40-SB-NO-SB).

Resumiendo, las madres de niños con sobrepeso son las encargadas de preparar la mayoría de los alimentos para la familia, la decisión y los alimentos que proveerán para la familia parte del gusto y preferencias de los integrantes. Además las entrevistadas señalan que ellas preparan la comida con poco aceite, poco condimento, pero buscando siempre que los alimentos se agradables al paladar. En los niños se observó que tienen cuatro tiempos de comida, todos desayunan leche, yogurt, pan o galletas solo uno lleva “lonche escolar”, al

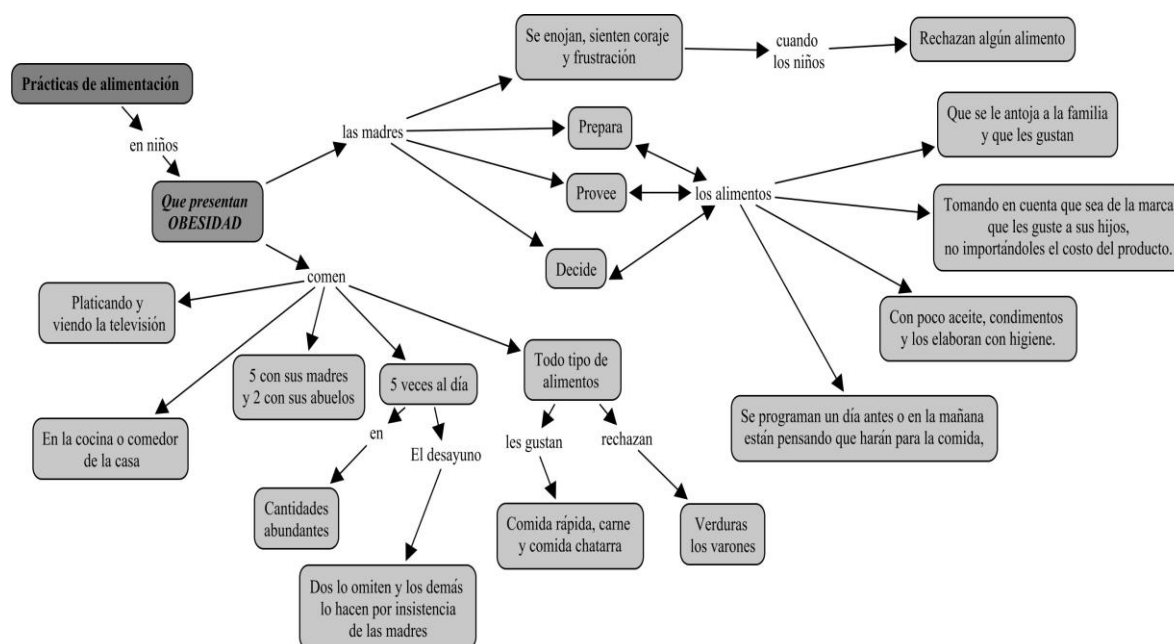
regreso de su escuela comen y la merienda consta en su mayoría de comida chatarra y después consumen la cena.

Sobre la comida que consumen los niños, las madres de familias mencionan que es la adecuada. Los niños desayunan en compañía de sus padres, la comida solo un niño la comparte con sus abuelos y la cena es donde generalmente está toda la familia reunida. Una de las costumbres que se repitió en las cuatro familias fue que todas ven la televisión mientras comen. Las madres mencionaron que los niños prefieren comida que aportan más carbohidratos y grasas tales como: pizzas, spaghetti, macarrón y comida chatarra, aunque está última las madres se las prohíben, ya que la consideran perjudicial para su salud, sin embargo los niños la siguen consumiendo.

5.6.4 Prácticas de alimentación de niños que presentan obesidad

Las prácticas de alimentación están determinadas por hábitos adquiridos desde etapas tempranas de la vida. A su vez, las prácticas de alimentación de niños que presentan obesidad (Figura 6) se construyen y moldean dentro del contexto social, familiar en el cual se desenvuelve el niño, tal como se describe a continuación.

Figura 5.6 Prácticas de alimentación de niños que presentan obesidad



¿Quién prepara la comida?

Las mujeres en estas familias, es decir, las entrevistadas son las principalmente encargadas de preparar los alimentos para las familia. De acuerdo a Pérez-Gil, et al. (2009) las hembras dentro de las familias son gran parte del proceso alimentario, esto es de la decisión, provisión,

preparación y distribución de los alimentos. En las siguientes citas las participantes comentan algunas de las actividades que realizan:

“Me gusta que anden limpios, estoy al pendiente de cuando están enfermos, les doy y hago de comer y de traerlos a la escuela” (E14-37-OB-NO-OB), “Yo soy la que me encargo de todas las tareas de la casa, de la comida hasta lo de la casa” (E17-44-OB-NO-OB), “O sea para empezar te levantas las niñas, llegas y este empezar recoger las camas, barrer trapear, este, en la tarde llegan igual y ya hiciste la comida y les diste de comer, ahora recoge otra vez la cocina, ponlas hacer tarea” (E19-38-OB-NA-OB).

Es necesario señalar, que tres de las siete entrevistadas tienen un trabajo remunerado y dos de ellas mencionan que en ocasiones la comida de los niños las realizan las abuelas de estos, ya que las participantes aluden que por falta de tiempo no preparan la comida.

“Entre semana voy a casa de mamá y ella es la que prepara los alimentos entre semana mi mamá se encarga de darles de comer a mis hijos, yo como en el trabajo y mis hijos con mi mamá” (E2-34-SB-NO-OB).

La otra entrevistada que trabaja menciona que ella antes de irse a su trabajo prepara la comida y regresa para comer en compañía de sus hijos.

“Voy por él a la escuela, me lo llevo a la casa, ya tengo la comida, ya le doy de comer y ya me voy a trabajar y ahí lo dejo con la tarea con lo que va hacer porque llego y le checo todo, toda la libretas, todos los libros, a ver que hizo” (E10-43-SB-NO-OB).

¿Quién decide lo que comerá la familia?

Las madres de familia indican que para decidir los menús para la familia se programan un día antes o en la mañana están pensando que harán para la comida, para ello toman en cuenta los antojos de los integrantes, lo que les gusta, los alimentos que tienen disponibles en casa y sobre todo tratan de proveerles platillos diferentes todos los días. En relación al tema las entrevistadas mencionaron:

Yo por ejemplo, fui al mandado traje por ejemplo, hoy traje unas charolas de picadillo y dije voy hacer albóndigas y para mañana estaba la calabacita muy bonita y en oferta y traje un kilo de calabacita con carne de puerco, por ejemplo, yo mañana pensaba hacer calabacita con carne de puerco y sopa de arroz, yo la decido, así como me voy programando (E19-38-OB-NA-OB).

Por los antojos, si por ejemplo les pregunto que quisieran comer hoy, pero lo que los dos quisieran comer lo mismo, ya se que yo tendría que comer eso, así es como nos manejamos o hay ocasiones que digo a pues si les gusta esto lo voy a preparar ya se que les gusta (E17-44-OB-NO-OB).

Pues ya por decir se vienen a la escuela y yo estoy en la casa ¿y que les voy hacer de comer? Ajajá, pero por decir si ayer les hice carne, hoy procuro hacerles pollo o ayer si les hice pescado o más que nada utilizo más el pollo que las carnes rojas (E14-37-OB-NO-OB).

¿Quién provee los alimentos?

Las mujeres coincidieron en señalar que por lo general los alimentos los surten cada semana o

quince días y para saber que productos llevarán a casa revisan las alacenas y el refrigerador y anotan en una libreta la lista de los productos que hacen falta o necesitan en casa. Las madres de familia mencionan que para comprar un producto toman en cuenta que sea de la marca que les guste a sus hijos, no importándoles el costo del producto. Al respecto señalan:

Yo anoto, tengo una libreta, traigo una libreta, por decir anoto se acabo el yogurt, ok, me falta yogurt, me falta jabón de baño, hoy traje picadillo la próxima semana, picadillo no, a lo mejor traigo filete y a lo mejor hago tantito ceviche y filete empanizado te digo, este, hoy le hice mole, y pollo ya no llevo mejor llevo bistec y les hago unos taquitos de bistec o sea así me voy cambiando semana por semana la comida, la carne (E19-38-OB-NA-OB).

Al súper llevo una lista de lo que necesito de lo que me hace falta, reviso las alacenas, el refri y hago la lista, si tomo en cuenta el precio, pero también tomamos en cuenta la calidad porque si voy a traer algo que no, por decir un yogurt me cuesta 5 pesos y es el que siempre les ha gustado a los niños y voy a traer un de 3.50 y es de un sabor diferente o la consistencia o hasta lo mismo ingredientes son diferentes, no tiene caso privarme de uno cincuenta, por más bien economizar siendo que después ni se lo van a comer voy a gastar y a desperdiciar más. Yo ya se lo que tengo que comprar para que se lo puedan comer (E17-44-OB-NO-OB).

Pues lo que vamos a consumir aunque esté más caro a veces, mi hijo tiene una marca en especial que le gusta la salchicha fud y esas que vienen en dos, hay no ahorita, ya se le quitó la costumbre, pero era de echar tres bolsitas y le dije no, es mucha salchicha también (E10-43-SB-NO-OB).

¿Cómo se preparan los alimentos?

En cuanto a la forma de preparación de los alimentos, las madres de familia revelaron que utilizan poco aceite, condimentos y los elaboran con higiene. También, indicaron que la mayoría de las veces tratan de preparar alimentos que saben que le gustan a la familia. A continuación las madres relatan como preparan los alimentos para la familia:

Una sopa la doro primero con poquito aceite y ya le muelo lo que es el tomate la cebolla y el ajo y ya se lo pongo y poquita sal. Pues me pongo a pensar que es lo que más les gusta ya si lo tengo a la mano trato de hacérselos (E14-37-OB-NO-OB).

Casi no uso condimentos más que el ajo, pero si yo se que si estoy mal porque les cocino mucho con mantequilla, a veces el spaghetti, los coditos que les hago se los cocino con mantequilla en lugar de aceite. Tomo en cuenta el gusto casi siempre, lo que les gusta (E12-38-OB-NA-OB).

Le pongo poquito aceite, de sal ya le estoy bajando poco, más a la sal porque yo soy hipertensa, ya le estoy bajando, y a este niño casi no le gusta la sal, por eso yo le digo que él está gordito, por falta de ejercicio, no porque coma mucho, porque él de hecho come lo que debe de comer y ya (E10-43-SB-NO-OB).

De acuerdo a las narraciones de las entrevistas los alimentos que no pueden faltar en casa o procuran que siempre estén disponibles en ella son: para la comida la carne, pescado, pollo, tortillas, verduras, sopa de pasta y arroz y para el desayuno o la cena son los frijoles, huevo, carnes frías, pan, cereal, yogurt y fruta. *“Queso, carne yogurt, frijoles, sopa, no comen sopa de pasta comen sopa de arroz, no les gusta la sopa de pasta, pan Bimbo, carnes frías, pollo, una vez a la semana pescado, huevo” (E17-44-OB-NO-OB).* *“Nunca falta la leche, este, que otro lo que son las frutas, buscan mucho lo que es la fruta y trato de tener siempre verduras” (E14-37-OB-NO-OB).* *“En la casa lo que no falta es el arroz, los frijoles, la carne, verduras y*

nada más” (E10-43-SB-NO-OB). “En la casa hay pastas, arroz, pollo, carne, verduras, frutas y comida chatarra también tengo” (E2-34-SB-NO-OB).

¿Qué y cuándo comen?

En tabla 7 se describen los platillos que de acuerdo con las entrevistadas, consumen con más frecuencia sus hijos.

Tabla 5.7 Alimentación habitual de niños que presentan obesidad

| Participantes | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
|-----------------|---|---|--|--|--|
| E20-39-SB-NA-OB | Corn flakes con leche y plátano o un vaso de leche con chocolate. | 3 taquitos de maíz o de harina con frijolitos o con huevo o con huevito con chorizo, papitas. | Caldo de pollo, arroz cocido, verduras y una pieza de pollo. | Comida chatarra | Frijolitos o miguitas con huevo, o un hot dog, los fines de semanas hamburguesas. |
| E19-38-OB-NA-OB | Nada | Lonche un pan integral, con mayonesa y un jamón y dos rebanadas de aguacate. | Spaghetti, dos milanesas, 4 o 5 tortillas, carne, sopas. | Jamón, salchicha, yogurt, galletas, fruta, bolsita de papas. | Quesito en salsa con frijoles refritos puede ser huevo con jamón, con chorizo, o tocino. |
| E17-44-OB-NO-OB | Yogurt o un vaso de leche. | Taquitos, huevo frijoles, chorizo o quesadillas | Carne empanizada con puré y sopa de arroz y caldo, verduras a vapor con mantequilla. | Fruta con chile o tamarindo, comida chatarra. | Dos taquitos de algo o un sándwich o un cereal, fines de semana hamburguesas o pizzas. |
| E14-37-OB-NO-OB | Licudo de mango o de plátano, fines de semana barbacoa. | Taquitos de huevo con jamón, sándwich. | Camarones empanizados con sopa de arroz y este así aguacate partidito. | Comida chatarra | Huevito, quesadillas. |
| E12-38-OB-NA-OB | Nada | Taquitos o sándwich o nuggets de pollo o papitas fritas, sándwich o taquitos con salchicha tomate, cebolla y chile. | Filete de pescado, pechuga rellena o empanizada, milanesa empanizada, sopa de arroz o spaghetti. | Manzana, fruta comida chatarra, sino papitas, galletas de chocolate. | Huevo, frijoles a veces que tienen ganas de carne o a veces comen cereal o avena. |
| E10-43-SB-NO-OB | Cereal, yogurt | Cuatro tacos, de harina o | Carne, caldo de res, garbanzo, | Comida chatarra | Cereal, hot dog y avena. |

| | | | | | |
|----------------|--------------------------------|--|---|--|---|
| | | de maíz, con jamón con huevo, salchicha frijoles. | quesadillas, arroz. | | |
| E2-34-SB-NO-OB | Leche y galletas de chocolate. | Pizza, tacos a vapor, frijoles con tortilla de maíz o harina, huevo con chorizo. | Hamburguesa, sandwich, hot dog y carne. | Carne, sopa, papitas fritas, atún, comida chatarra | Quesadillas cereal, choco milk con galletas o pan o tacos de carne, “piratas” |

Las combinaciones de alimentos más habituales en cada una de las comidas se describen a continuación:

Desayuno

Cabe resaltar que la mayoría de los niños comen hasta 5 veces al día. En el desayuno dos de las niñas no comen nada, ya que según las madre a esa hora no les apetece comer nada y los demás niños sólo comen algo “ligero” como un vaso de leche, licuados, yogurt o cereal y esto por insistencias de sus madres, ya que los niños prefieren irse a la escuela sin comer nada y en ocasiones se van si probar alimento. En el caso de la niña que desayuna esta costumbre dio inicio hace 15 días por sugerencia de la nutrióloga.

Lonche escolar

El lonche escolar o el almuerzo se encuentra presente en todos los niños donde los platillos que predominan son: los taquitos de maíz o harina con frijoles, huevo con jamón, chorizo y los sándwich con jamón, aguacate y mayonesa.

Comida

La comida se vuelve el alimento más importante del día donde siempre esta presente la carne, el pollo, pescado empanizados, para complementar la ración de carne le agregan sopa de pasta, arroz o spaghetti y en ocasiones puré o verduras a vapor con mantequilla

Merienda

La merienda consta de jamón, salchichas, queso, fruta y sobretodo de “comida chatarra” que consta de fritos, duritos, papas fritas, tostadas y galletas de chocolate.

Cena

La cena es alimento de segundo lugar de importancia para estas familias, es donde comen alimentos como el queso en salsa, frijoles, huevo, quesadillas, en ocasiones cereal y también si se les antoja un trozo de carne, tacos de carne “piratas” o hamburguesas.

¿Cómo se distribuyen los alimentos?

Se encontró que la distribución de la comida la realiza las madres de familia, de acuerdo a Pérez-Gil, Romero y Ortega (2009) la distribución de la comida continua siendo una tarea femenina sobre todo cuando los hijos o hijas están pequeños. Ante este tema las participantes afirman que sus hijos comen más que ellas y agregan que comen abundantemente, porque cuando se acaban la ración de alimento que se le sirvió siempre piden más. Enseguida se muestran las citas que reflejan lo anterior:

“Creo que debe ser menos o más medido, creo que solo sea lo necesario porque a veces híjole a veces como hasta más que yo la verdad” (E20-39-SB-NA-OB).

“En ese sentido esta comiendo de más, porque mmm... llega y le sirvo su plato como sirvo para todos se lo termina, y de hecho es la primera que acaba y dame más, sírveme más, ¡está comiendo de más!” (E19-38-OB-NA-OB).

“No, ¡No!, ya come suficiente y yo le digo mira hijo tu debe de comer, lo que es el puño de tu mano y tú le pones dos puños, le dije te va ir creciendo el estomago no me quieres creer, te vas a poner como el señor de la tele, ¡sino te mueres!, "ahí tu con lo mismo" (E10-43-SB-NO-OB).

Ahora bien, cuando a las madres de familia se les cuestionó sobre si los niños deben de comer más de lo que comen ahora, ante esto ellas reconocieron que sus hijos deben consumir menor cantidad de comida a la que acostumbran en estos momentos, puesto que si desde ahora no controlan la forma de comer, en un futuro van a tener mayores problemas con el peso. Sobre esto una entrevistada indica:

“No, porque se me va más y cuando la controlo (E12-38-OB-NA-OB).

¡Nooo!, porque si ya de por si está pasadito de peso creo que necesito controlarlo un poco más en la comida” (E2-34-SB-NO-OB).

“No, porque yo pienso que si tiene un poquito de sobrepeso, este a lo mejor comer un poquito más en cuestión a las verduras, porque sí me las come, pero no mucho, o sea, si comió bastantito no” (E14-37-OB-NO-OB).

¿Dónde, con quién y cómo se desarrolla el acto de comer?

El comedor es el espacio donde las familias, además de comer, se conversa sobre las actividades que se realizaron en el transcurso día y se planean las del día siguiente. Las entrevistadas mencionaron que el desayuno en ocasiones se omite, esto debido a que los niños no quieren probar alimento y se van al plantel educativo sin desayunar. La comida del medio día la cual se realiza después de que los niños regresan de la escuela, es el momento donde la mayoría de las madres comen en compañía de sus hijos, únicamente a dos de las madres no les es posible ya que tienen un trabajo remunerado fuera de casa, por lo que una niña y un niño consumen sus alimentos en compañía de sus abuelas, quienes son las encargadas de cuidarles y preparar los alimentos. El horario de la cena varía en cada una de las casas, pero es donde se

reúnen casi todos los integrantes de la unidad domestica y es el momento donde más interactúan. A continuación tres madres de familia nos relatan como se lleva a cabo el momento de la comida en sus hogares:

En ocasiones nos sentamos en el comedor y en ocasiones acá en la isla de la cocina, pero por lo regular sino no sentamos en el comedor, estamos platicando como les fue en la escuela que hicieron en la escuela ya no falta que cosa platicar y ya ah sale el tema y la tele a veces no la prendemos porque ya han pasado dos o tres ocasiones que por estar viendo la tele ya tiran el agua o ya tiran la soda o algo paso, y les digo ya ni comemos a gusto porque ya nos enojamos (E17-44-OB-NO-OB).

Comemos las tres juntas, cuando está mi esposo comemos todos juntos, cuando no, como vivo cerca de mi mamá, colinda mi casa de atrás con la de mi mamá, nos vamos a comer con ella y mi papá, mientras comemos platicamos, pelean, pues así, mi hija come ¡a lo que se sienta!, se sienta a veces se paran todos y ella sigue, comemos en el comedor (E12-38-OB-NA-OB).

En la siguiente cita la entrevistada comenta que en el momento de la comida su hija come demasiado a prisa y en sus discursos deja entrever que los problemas de obesidad en su hija se deben a la angustia y ansiedad que le generó el divorcio y distanciamiento de sus padres. Referente a esto, Cabello y Zúñiga (2007) señala que las personas suelen enfrentar los eventos estresantes de la vida utilizando la comida como refugio para compensar las frustraciones, tristezas, angustias, necesidades y temores. De igual manera aluden que los estados afectivos como la ansiedad y la depresión, se consideran sentimientos que propician el comer en exceso.

Le sirvo a ella, me sirvo yo, nos sentamos todos al mismo tiempo a comer, yo llevo yo creo que tres cuatro bocados y ella ya termino y come con pura cuchara porque ni tortilla así que coma 4, 5 o 6 tortillas no, es muy aprisa lo que come y por más que le digo mastica la comida disfrútala, saboréala, sácale el jugo y luego ya trágala hija y no ella rápido, rápido y ya, se le hace como que ve el palto y tiene que acabársela y a veces siento que como su papá y yo nos separamos ya tenemos 5 años separados, como que a veces se siente muy angustiada porque no viene a verla, siento que come por ansiedad (E20-39-SB-NA-OB).

Todas las entrevistadas admitieron que en los tiempos de comida siempre se encuentra presente la televisión ya que es una costumbre que tiene toda la familia “ver la tele mientras comen” y en ocasiones conversan ya sea de lo que ven en la televisión o de cualquier otro tema. En este contexto, Reyes, et al. (2006) mencionan que las horas dedicadas a ver TV se acompañan de mayor ingestión de alimentos con grasa en abundancia. Asimismo, en el estudio que realizaron demuestran que los niños provenientes de familias que informaban ver TV durante dos o más comidas al día, indicaron también un consumo mucho más bajo de frutas y vegetales, ingestión de más carnes rojas, pizzas, bocadillos salados y más refrescos gaseosos embotellados. Lo señalado por estos autores se encuentra altamente reflejado sobre todo en los niños con obesidad, ya que a lo largo de los comentarios de sus madres se ha observado que tienen este tipo de comportamiento. De acuerdo a este punto, dos participantes dicen:

“En ocasiones está viendo la tele, en ocasiones estamos todos en el comedor y estamos todos platicando, pero la mayoría de las veces estamos viendo la tele” (E20-39-SB-NA-OB).

Mira llegan, llegan prendiendo la tele en la cocina tengo una televisión, llegan poniéndole en el 12 en las noticias nos sentamos a comer y obvio no falta que comentario saque mi hija o saque mi hija

la mayor o yo ya no se si mi esposo le pone atención a la niña a la otra o a mi o la tele, jajajajaja, pero si hay conversación entre nosotros y parte te digo las noticias (E19-38-OB-NA-OB).

Cabe destacar que tres de las madres de familia aceptaron que cuando se está comiendo y se ve televisión, los niños no prestan atención a lo que comen o no quieren comer sino hay televisión cerca. Por su parte, Restrepo (2007) señala que en los países subdesarrollados la obesidad es un problema de salud pública en los escolares, el cual se ha asociado con el tiempo que destinan a ver televisión y con los inadecuados hábitos de alimentación en la familia. En cuanto a esto las entrevistadas narran lo siguiente:

Y ahora yo les digo a mi hijos es que ustedes no comen, les digo como éramos nosotros, porque ellos ya se están peleando ya están viendo la televisión y no están poniendo atención a lo que están llevando a la boca por estar viendo la tele pero quien propicia eso, pues nosotros los padres (E17-44-OB-NO-OB).

Es lo que estado batallando un poco con mi hijo porque el quiere estar comiendo, pero viendo tele y yo lo regaño si es la hora de la comida en la mesa y si es la hora de la cena en la mesa, pero él quiere la tele (E14-37-OB-NO-OB).

En la siguiente cita una madre de familia indica que su hijo no come en compañía de la familia, sino come en su habitación para poder estar viendo la televisión. Algunos autores como Sarría y Moreno (2010) y González y Alcañiz (2007), refieren que los niños que ven más televisión comen más golosinas y aperitivos y están más obesos que los que ven menos. Además, como sucede en estos niños que disponen de televisión en su habitación son los que más obesidad presentan porque es común estar comiendo golosinas, aperitivos o cualquier otra cosa mientras se esta viendo un programa.

El quiere comer en su cuarto porque ahí tiene tele y yo acá a la carrera en la cocina, él a veces come acostando viendo la tele, no lo hago que se venga el comedor conmigo, con nosotros, yo como con mamá en el comedor, porque papá se va todo el día a trabajar (E10-43-SB-NO-OB).

Gustos y rechazo de alimentos

En general, al cuestionarles a las participantes de este estudio cuáles eran los alimentos que preferían comer sus hijos; las madres de las niñas relataron que sus hijas “comen de todo” desde carnes, sopas, tortillas, frijoles, verduras, fruta y comida chatarra, pero todo en “grandes” cantidades. A continuación las madres de familia narran que es lo que les gusta comer a sus hijas:

De hecho con ella yo no batallo, ella te come de todo, come frutas come verduras, el pescado ya vez que dicen que es el más insípido ella lo come, calabazas, zanahorias, en cuanto al pescado no batallo, porque ella a vapor si se lo come y si le gusta y empanizado pues no se diga, pero si yo lo pongo en una vaporea que tengo pongo pescado y pongo brócoli, coliflor y chayote y le pongo con su tapa y ya de rato está y viene y se lo come, yo no batallo en cuestión de eso..... Ella come todo tipo de alimentos, hasta la comida chatarra y eso sí come muy a prisa.... (E20-39-SB-NA-OB).

Le gusta mucho el filete de pescado, a la otra le gusta mucho la salchicha con pico de gallo, en el lonche, con chile, tomate y cebolla en taquitos, le gusta mucho la pechuga rellena o nada más empanizada, la milanesa empanizada le gusta mucho, lo que te digo es que si come mucha comida, las ensaladas le gustan mucho, la de lechuga, los nopalitos..... (E12-38-OB-NA-OB).

En relación a lo señalado anteriormente, Meléndez (2008) indica que una de las principales características que se observaron en los niños obesos es que carecen de orden y estructura alimenticia. Comen lo que sea y en todo momento, casi todo les gusta, no tienen negativas para ningún alimento, bebida o alimento.

Asimismo, en la siguiente cita una entrevistada hace notar que la comida es algo primordial en su familia y resalta que sus hija esta comiendo en exceso, come a cualquier hora del día, diferentes tipos de alimentos a pesar de que haya comida unos instantes antes. También, la madre indico que en su familia todos los integrantes tienen problemas de obesidad. Por lo tanto, todas estas situaciones que giran alrededor del hogar han contribuido para que exista obesidad en la familia, tal como lo señala Sarría y Moreno (2010), no comer de forma regular cada día, comer tentempiés ricos en grasa y alimentos ricos en calorías, comer muchos alimentos azucarados, realizar poca actividad física, comer con frecuencia comida rápida y tener familiares que presentan obesidad son factores que favorece a la ganancia del peso. Sobre esto la entrevistada dijo:

En la casa no se come nada en especial, lo que son pasta y frijoles, carne y fíjate que todos somos de buen comer ahí en la casa, o sea que me digan esto no me gusto ¡no!, en la casa gracias a Dios no abra otra cosa pero comida si jajá jajá..... mi hija las verduras si las consume, yo por decir le doy sopa de arroz con verduras yo surto las bolsas en Sams de verduras; por decir, la mezcla brócoli, elote, zanahoria, coliflor, no se, por ejemplo, come sopa de arroz y los ramos de brócoli y una milanesa empanizada de pollo o de res, por ejemplo, que traigo lo que es normal que vas al mandado y que traes salchicha, jamón, aún aunque ya comió va y saca la rebanada de jamón o de salchicha o si ya cenó, y le digo vas a cenar nada más yogurt y cereal, lo que quieras, si ya te descuidaste, fue y checo que más puede comer, o sea esta comiendo tanto ella. Por ejemplo, mi suegro con sus paquetes de galletas y te digo va y las pone en la alacena o sea mi hija con aquella tranquilidad, con lo que yo fui a donde tú quieras, yo Salí, y ella ya se acabo un paquete de galletas (E19-38-OB-NA-OB).

Por otro lado, las madres de los niños coincidieron en señalar que tienen preferencia por el consumo de carne en cualquiera de sus variaciones, el pollo, tacos, hamburguesas y “comida chatarra” y lo que no les gusta son principalmente las verduras y las sopas. Lo encontrado en este estudio coincide con los hallazgos de Meléndez (2008) de lo cual indica que los alimentos recurrentemente consumidos por los niños obesos son: botanas y frituras industrializadas y no industrializadas vendidas en la calle, alimentos vendidos por restaurantes de comida rápida (pizzas, hamburguesas y hot dog), dulces, golosinas, chocolates, refrescos, créales y pastelillos. De acuerdo a lo anterior las entrevistadas mencionan:

Pues, a mi hijo le gusta mucho las hamburguesas, la carne y a mi hija le gusta mucho las pizzas, a mi me gusta de todo jajajajaja. Las verduras no les gustan a mi hijo, que otra cosa los sándwich de jamón, este pero casi no consume fruta, la fruta la come, la tiene que comer con chile con tajín o pulpa de tamarindo, sino no la quiere (E17-44-OB-NO-OB).

A nosotros de todo y a mi hijo pues la carne, él es de carne, todo lo que tenga carne, pero procuro no tenerle todos los días carne, porque si es carnívoro, las papitas le gustan mucho. Lo que no le gusta son las verduras, como antier que hice caldo de res, quiso la pura carne y yo como quiera le puse puro caldo, porque las verduras no se las come, la ensalada de pollo, con tanta mayonesa como que no, no le gusta la ensalada de pollo ni la sopas aguaditas, nada de eso (E10-43-SB-NO-OB).

Lo que más le gusta es la carne, ya sea en tacos o azada o como se la pongas, el pollo frito,

hamburguesas, el espagueti, la lasaña, las galletas, cereales con chocolate y las verduras no les gustan, el arroz, algunas veces no quieren las sopas, el pescado no les gusta y..... nada más (E2-34-SB-NO-OB).

Sentimientos de las madres ante el rechazo de alimentos

Las madres de los varones aseveran que cuando sus hijos no quieren comer, en ellas surgen sentimientos de enojo, coraje y frustración, esto porque sienten que el tiempo empleado en la elaboración de la comida no se valora y porque creen que los niños no están comiendo debidamente. Al respecto Korbman (2007), señala que las historias de un niño obeso evidencian rara vez negligencia por parte de los padre, falta de cariño o afecto, por lo regular la actitud de la madre es de “sobrepotección“. El problema radica en la forma en que la madre ofrece comida, lo cual depende de lo que cree que el niño necesita y no de lo que el niño expresa. Enseguida, las madres de familia comentan, los sentimientos que surgen cuando sus hijos no quieren comer:

“Me siento frustrada, enojada y lo regaño, pero si no se los quiere comer no se los doy y después le hago otra cosa o sólo le doy lo que él quiere” (E2-34-SB-NO-OB).

Te enojas, porque ya ocupaste tiempo y luego más que nada te siente mal porque no están comiendo no están comiendo a su hora que deben de comer, no están comiendo lo que tu quisieras que comieran y ya al rato van andar picando otro tipo de alimento. Pues si no quieren ya no los forzó y ya de rato en vez de que anden agarrando otro tipo de cosas lo pongo donde lo puedan ver y ellos se sirven y ya cuando ellos tienen hambre.... (E17-44-OB-NO-OB).

Por otro lado, se observa que los niños manipulan a sus madres sobre todo en lo relacionado con la comida, ya que saben que si ellos se niegan a comer, después de que pasa un tiempo la madre accede hacerles la comida que ellos quieren o le guste con tal de que coman. Sobre esto, Rodríguez (2003) menciona que al niño no se le debe premiar el que coma, pues le haríamos entender que cuando come nos hace un favor y estamos favoreciendo la manipulación. Cuando los niños manipulan a sus padres al no comer, éstos deben mantener una actitud clara y firme, pero cariñosa. Una buena manera para no dejarse manipular por los hijos es tener presente que inculcar buenas costumbres en forma temprana es fundamental para prevenir problemas mayores en la adolescencia, como la anorexia, la obesidad y otros trastornos emocionales. Asimismo este autor advierte que las mamás no deben angustiarse porque su hijo se va a desnutrir: “Un niño no resiste estar sin nada de comida por más de un día. Ni se va a desnutrir, ni le va a pasar nada si no come por un día”. Una entrevistada comenta:

Me da coraje, porque me paso toda la mañana haciendo la comida y luego para que me digan que no les gusta. Y de hecho mi hijo es el que me lo hace, más así y le digo no vas a comer y me dice “no me gusta”, pero ni siquiera lo haz probado y ya me estas diciendo que no te gusta y haz de cuenta que no come y a mi me remuerde la conciencia y le digo: qué quiere que le haga y me dice: “hazme un huevo”, pero pues es pleno medio día y eso no, necesitas la carne, la sopa para comer y él dice que no y se va, no come hasta que le hago otra cosa o lo que él quiere (E14-37-OB-NO-OB).

Alimentos prohibidos y reacción ante la prohibición

En todas las entrevistadas de niños que presentan obesidad, se observó que los alimentos que les prohíben a sus hijos es la “comida chatarra”, como el: refresco, fritos, papas fritas, esto a raíz de que a sus hijos les gusta consumirla periódicamente y porque consideran que el aumento de peso se debe al consumo de esta clase de alimentos, sin embargo ante esta prohibición los niños se enojan y hacen berrinches. Sobre esto las entrevistadas comentan:

Lo que yo le prohíbo es la comida chatarra, cuando se la prohíbo se enoja, bastante, se pone como desesperada, se enoja y hace berrinche..... aumento de peso, este el problema es que a lo mejor es que come mucha comida chatarra (E20-39-SB-NA-OB).

Trato de que no coman tanto frito..... cuando es tiempo de calor preparo lo que es el agua y les doy agua y ya nada más en la cena un vasito de refresco, les prohíbo la comida chatarra porque no quiero que estén muy gordos, porque yo lo que se es que la comida chatarra sirve para aumentar el peso. Su reacción es de enojarse, me hacen berrinches, sí se enojan (E14-37-OB-NO-OB).

Le prohíbo las papas, de hecho ahorita es el pleito con él, porque él quiere a fuerzas papas todos los días, yo se las prohíbo porque se está poniendo bien gordo, él me cuenta los días, ahorita ya lleva cuatro días que no le compro papas, me estás contando los días (E10-43-SB-NO-OB).

A veces les digo que no tomen tanto refresco..... el niño se enoja me hace berrinches y me dice que sí va a seguir tomando y está “!dame otra poquita!”, “!un traguito y ya!” y quiere seguir tomando (E2-34-SB-NO-OB).

En resumen, las madres con hijos que presentan obesidad son las principales encargadas de preparar la comida para sus hijos, únicamente en dos niños sus abuelas les preparan la comida. De igual forma, las madres de familia realizan los alimentos en base a los antojos o lo que les gusta a la familia y sobre todo buscan presentarles platillos diferentes todos los días y los alimentos que surten para la casa son de acuerdo a las marcas que les gustan a los niños no considerando el costo del producto.

En los niños que padecen obesidad se observó que comen hasta cinco veces al día, sólo dos niñas no desayunan y en todos coincidió que la merienda es comida chatarra, en relación a la comida de los niños las madres indican que éstos comen abundante “hasta más que ellas”, de lo cual ellas refieren que sus hijos deben de comer menos para que en un futuro no se presenten problemas de salud, no obstante a lo largo de las entrevistas no se encontró que ellas tomarán medidas para tratar de disminuir la cantidad de comida que degustan sus hijos. Los momentos de la comida en todas las familias se realiza en el comedor de la casa y siempre está prendida la televisión, al respecto algunas madres aseguran que este es un distractor para que los niños coman y a pesar de ello lo siguen teniendo presente en los horarios de comida.

A las niñas con obesidad les gustan toda clase de alimentos, en cambio a los niños sólo les gustan alimentos con un alto valor calórico como son: las pizzas, las hamburguesas, lasañas, carne y la comida chatarra. Por otro lado, las madres comentan que cuando sus hijos rechazan algún alimento en ellas surgen sentimientos de enojo, coraje y frustración por el tiempo empleado en realizarla y porque ellas piensan que sus hijos no están comiendo adecuadamente. Los alimentos que les prohíben es la comida chatarra ya que todos los niños coincidieron en consumirla regularmente, ante esto los niños se enojan y hacen berrinches.

5.7 Tipología de madres

Al analizar los hallazgos referentes a las prácticas de alimentación se encontró que existen tres tipos de mamá: las autoritarias, las indecisas y las indulgentes, las cuales tienen características propias, además se observó que según el tipo de mamá que tengan los niños se determina tanto las prácticas de alimentación como el peso corporal del niño, ya que entre más autoritaria sea la madre, mejores prácticas de alimentación se llevan a cabo al interior de la familia y el peso corporal del niño se muestra en estado normal. En cambio, las indecisas tienen hijos con bajo peso o sobrepeso y las indulgentes denotan permisividad y son condescendientes en las conductas alimentarias de sus hijos, aunque estén conscientes de que los alimentos que les gustan a sus hijos no son nutritivos. A continuación se hace una descripción de las características de los tipos de mamás encontrados.

5.7.1 Las madres autoritarias (presentan peso normal y sus hijos también presentan peso normal)

- Realizan alguna actividad física.
- La preparación de la comida está a su cargo (6), a pesar de que 5 de ellas trabajan.
- Regresan de su trabajo y realizan la comida.
- Preguntan que se les antoja para comer pero al final ella decide que realizar, siempre buscan variar los alimentos de la semana.
- Ellas acuden al súper mercado y deciden que comprar, toman en cuenta el presupuesto con el que cuentan y la calidad del producto.
- Cuando un niño quiere un alimento en especial, al final la madre decide si lo compra o no, revisando que tan saludable es su consumo.
- Les presentan comida equilibrada y basada en el plato del buen comer.
- En la comida se incluyen verduras, poca sal y pocos condimentos.
- No disponen en casa de comida chatarra, la mayoría de las veces tiene frutas.
- Prohíben ver televisión durante la comida.
- Les exigen a los niños que se coman la comida que preparan.
- Les exigen a los niños que hagan ejercicio.
- Les exigen a los niños que jueguen, que estén activos.

5.7.2 Las madres indecisas (presentan sobrepeso u obesidad y tienen niños con bajo peso o sobrepeso)

- No incluyen el ejercicio en su vida diaria.
- Preparan alimentos que sean del agrado de la familia o toman en cuenta los gustos y preferencias de la familia.
- Condimentan con cebolla consomé y poco aceite.

- Los niños comen hasta 5 veces al día, pero comen poco.
- Ellas realizan las compras de la despensa.
- Compran alimentos que les gustan a los niños a pesar de que estos tengan un costo elevado.
- Proporcionan alimentos de la marca que a los niños les gustan, ya que aducen que si no son los alimentos que los niños eligen no los consumen.
- La preparación de la comida está a su cargo, de las 8 mujeres dos de ellas trabajan
- Comen en la cocina o comedor de la casa.
- Permiten que los abuelos se involucren en la preparación de la comida, sin embargo no están de acuerdo con los alimentos que les proporcionan.
- Unas veces prohíben, otras exigen, etc.
- Permiten ver la televisión cuando la familia está comiendo y en ocasiones la apagan con la finalidad de reprender a su hijo por no comer sus alimentos.

5.7.3 Las madres indulgentes (presentan sobrepeso u obesidad y sus hijos tienen obesidad)

- Son mujeres que no realizan ejercicio y tampoco inculcan que la familia lo realice.
- Utilizan sinónimos positivos (está robusto, está llenito pero no gordo, etc.) para referirse a la obesidad de sus hijos.
- Permiten que sus hijos decidan si quieren realizar alguna actividad física.
- Responsabilizan a sus hijos del tipo de alimentación que llevan y de la vida sedentaria que mantienen.
- Permiten que sus hijos coman todos los alimentos que se les antojen.
- No tienen control sobre la cantidad de alimentos de sus hijos.
- De las 7 mujeres, 5 de ellas son las encargadas de preparar los alimentos diariamente, dos de ellas le piden a las abuelas de los niños les preparen la comida entre semana.
- Realizan alimentos del agrado de la familia
- Compran productos que sean de la marca que les gusta a los niños, donde no toman en cuenta el costo
- Son madres que la mayoría de las veces no realizan desayuno para la familia, ya que aseguran que los niños no lo consumen.
- En los horarios de comida siempre permiten que sus hijos vean la televisión.

5.8 Similitudes y diferencias en las prácticas de alimentación en niños de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad

Las similitudes y diferencias relacionadas con las prácticas de alimentación de los grupos de IMC estudiados, se obtuvieron al agrupar los discursos presentados por las madres de familia en cuanto a las prácticas de alimentación las cuales abarcan desde: quién es el responsable de la preparación de los alimentos, quién decide y provee los alimentos, cuáles son los tiempos de

comida, la distribución de los alimentos, cómo se desarrolla el acto de comer. Así como también los gustos y rechazos, sentimientos ante el rechazo, alimentos prohibidos y reacción ante prohibición y alimentos que consumen fuera de casa. A continuación se presenta una descripción de los hallazgos referentes a las similitudes y diferencias en las prácticas de alimentación en niños con bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

5.8.1 Responsable de la preparación de los alimentos

En la mayoría de las madres de familia independientemente del grupo en el que se clasificó, coinciden en ser las responsables de la preparación de los alimentos de la familia en cada uno de los tiempos de comida, como lo son: desayuno, comida y cena. En tres de las participantes se encontró que de lunes a viernes las abuelas son las responsables de la comida de los niños y las madres únicamente se hacen cargo del desayuno y cena de la familia. En la tabla 8 se desglosa por grupos lo expuesto anteriormente.

Tabla 5.8 Responsables de la preparación de los alimentos de la familia

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | Niños que presentan peso normal (6) | Niños que presentan sobrepeso (4) | Niños que presentan Obesidad (7) |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|
| ¿Quién se encarga de la preparación de los alimentos? | La madre en los 4 casos | La madre en los 6 casos | La madre en 3 de los casos. A un niño sus abuelos entre semana le preparan la comida. | La madre en 5 de los casos. A dos niños entre semana, las abuelas les preparan la comida. |

Responsabilidades dentro del hogar

Las participantes revelaron que ellas también son responsables de diversas actividades dentro del hogar, como son: la limpieza de la casa y el cuidado de los hijos. Al respecto Guzmán, Gómez, García y Martínez (2008) y Bustos (1997) refieren que tradicionalmente las tareas domésticas han estado a cargo de las mujeres y aún en la actualidad la participación de las mujeres como principales encargadas de las decisiones sobre la preparación de los alimentos, así como de otras labores domésticas persiste. Las madres de familia, en particular, deciden la alimentación de los miembros de la familia particularmente la de los niños. En estas citas las entrevistadas relatan las responsabilidades que tienen en el hogar:

Las mías, bueno yo nunca los traigo a mis hijos a la escuela los trae su papá en la mañana, pero yo me levanto, les hablo para que se arreglen, mientras ellos se están arreglando yo hago el lonche, se vienen, yo me baño para irme a la bailo terapia, llego y hago la comida, para poder venir por ellos, ya cuando ellos ya regresan a la casa ya este hecha la comida (E16-36-PN-NO-PN).

Para empezar te levantas y ¡las niñas!, empezar a recoger las camas, barrer, trapear, hacer de comer, este, en la tarde llegan, igual y ya les diste de comer, ahora recoge otra vez la cocina, ponlas hacer tarea y ya una me dejo la mochila en la sala, la otra niña la dejo en otro lado y se me va la tarde en eso y a las 6 empieza la hora de zumba de mi hija, vámonos a zumba llego de zumba y hacer de cenar, pero todo el día, pero nada de decir voy a dedicar una hora de hacer ejercicio a

caminar no (E19-38-OB-NA-OB).

Como puede observarse, a pesar de los cambios que en los últimos años se han producido en las relaciones de género, las mujeres siguen siendo las principales responsables de las tareas del ámbito doméstico y familiar, sobre todo en lo referente a la preparación de la comida.

Responsabilidades del esposo

Por otro lado, las entrevistadas dejan entrever que sí sus esposos les apoyan en tareas del hogar, éstas tienen que ver con la limpieza de la casa. Al respecto, Rendón (2003) y Pederzini (2009) indican que dentro de las diversas actividades dentro del hogar se encuentra la preparación de alimentos, la cual es fundamental para la sobrevivencia diaria de los integrantes de una familia. No obstante, es una de las tareas en las que parece existir mayor resistencia de los hombres a realizarla; algunos estudios muestran que las mujeres dedican mucho mayor tiempo a las actividades referidas a la producción de bienes y servicios en el hogar, como la preparación de alimentos, limpieza, lavar, planchar, etc., mientras que los varones se enfocan al funcionamiento del hogar, como el pago de servicios, trámites, compras para el hogar, reparaciones y construcción. A continuación, los relatos de las entrevistadas remarcan lo mencionado por los autores, ya que éstas refieren que en ocasiones los esposos les ayudan en actividades del hogar, pero no se involucran en la preparación de la comida.

Las tenemos divididas, pero pues obviamente la mayor carga la tengo yo hago algunos deberes y mi esposo hace de 10 quehaceres en la casa, yo hago 7 y él hace 3 y en cuanto al cuidado de la niña en las tareas un día él le ayuda en la tarea y otro día yo, en la comida soy al 100% él también me ayuda, pero es bien raro (E21-30-SB-NA-PN),

Bueno pues, para empezar limpio la casa, atiendo mi negocio, atiendo las llamadas, trabajo mucho en la computadora, preparo la comida, esté, vuelvo limpiar la casa, mi esposo me apoya también, a veces me dice: “no hagas de comer” y él lleva la comida, la compra o dice: “entre todos ahora vamos a recoger la cocina para que su mamá descanse, para que se suba a la caminadora”, tengo una caminadora, pero sí yo soy la que me encargo de la comida (E11-38-OB-NO-SB).

Yo limpio, la casa, barro, trapeo, lavo, hago de comer, todo lo que es de una casa, aunque mi esposo me ayuda mucho hacer los quehaceres de la casa, por ejemplo, a mí no me gusta lavar los trastes y él cuando llega de trabajar los lava, él ya sabe que eso le toca a él (E15-38-SB-NA-BP).

Las actividades del hogar son asuntos de mujeres

Tomando en cuenta lo anterior, se indagó sobre el por qué las responsabilidades del hogar se le atribuyen a la mujer, sobre lo cual las entrevistadas manifestaron que esto se debe a cuestiones culturales, debido a que a las niñas desde la infancia se les inculca que la mujer es la que se debe encargar de los asuntos referentes a la casa mientras que el hombre tiene que salir a trabajar. Además relatan que las mujeres no trabajaban y son amas de casa tienen mayor tiempo para realizar las actividades del hogar y se quedan al frente de la casa. Las entrevistadas refuerzan lo anterior al mencionar:

“Pues será por nuestra cultura machista, desde niñas nos dijeron tú eres para el hogar y los hombres para trabajar” (E12-38-OB-NA-OB).

Pues porque desde hace muchos años la mamá se queda en la casa y papá sale a buscar el trabajo y trae el dinero para lo que se necesita en la casa, antes siempre se usaba mucho que la mamá estaba en la casa, en la casa y la casa y el Papá cómo está trabajando y está ocupado y tienes otras cosas en qué pensar como dicen pues la mamá es la responsable de todo es la que lleva la carga. Es como dice es un trabajo mal pagado (risas) o no pagado (risa) (E11-38-OB-NO-SB).

Pues yo pienso que a los dos, pero principalmente a mi, pero siempre se ha dicho la mujer es para el quehacer y el hombre para que trabaje, pero yo considero que es más mi obligación porque yo soy la que me quedo aquí verdad y yo soy responsable de las niñas porque yo las conozco más que mi esposo, yo las traje desde el vientre (E8-27-OB-NA-BP).

De acuerdo a los hallazgos de este estudio la madre de familia es la encargada de alimentar a la familia, indiscutiblemente la alimentación infantil es considerada como uno de los papeles genéricos asignados a las mujeres. Es desde el punto de vista de la estructura patriarcal, socialmente hablando, que la mujer sea la encargada de alimentar a la familia. Sobre esto el construccionismo social ayudó a comprender que la sociedad establece una serie de mecanismos que contribuyen a reforzar este patrón e incluso a sancionar las prácticas que lo contravienen, esto es porque socialmente desde que se nace se impone un modelo de lo que es propio para las mujeres y para los varones. Un modelo de feminidad y de masculinidad que absorbe y que obliga bajo ciertas reglas socioculturales, a ajustarse a esos patrones.

Sin embargo, algunas entrevistadas mencionan que aunque las mujeres se han incorporado al mercado laboral y productivo no abandonan las tareas del ámbito doméstico, ya que al regreso de la jornada laboral realizan las actividades concernientes al hogar. Al respecto Sánchez-Herrero, Sánchez-López y Dresch (2009) afirman que las mujeres realizan la gran mayoría de los trabajos rutinarios del hogar y tienen jornadas laborales totales más largas porque deben realizar el trabajo fuera del hogar, el del hogar y el del cuidado de los hijos. Sobre esto las participantes comentaron:

Los tiempos cambiaron la mujer ayuda económicamente, entonces ahí el hombre ya debe de entrar hacer los quehaceres, porque todavía las mujeres llegamos haciendo los quehaceres (E21-30-SB-NA-PN).

Como las mujeres que trabajan verdad y que llegan y no está la cena y llegan haciendo de cenar para todos, igual el esposo trabaja y ella también y tiene que hacer de cenar y tiene que lavar y recoger. El que tenga trabajo solo es doble trabajo en uno le pagan y en el otro no jajajajaja. El trabajo del hogar es muy mal pagado y lo peor que nunca se termina, nada, ¡no! desde que te levantas hasta que te acuestas y ¡no acabaste! (E18-28-SB-NO-BP).

5.8.2 ¿Quién decide y provee la comida?

Como puede observarse las madres de familia en los cuatro grupos coinciden en ser las personas que deciden y proveen lo que comerá la familia (Tabla 9) y realizan alimentos que les gustan a los integrantes de la familia y tratan de ofrecerles platillos diferentes todos los días. Únicamente, en las madres de niños que presentan obesidad se encontró que planean el menú de la comida un día antes o en la mañana. Por otro lado, las madres de niños con peso normal se cercioran que el producto que compran para la casa presente calidad y que no tenga el precio tan elevado para adquirirlo, las madres de niños que presentan sobrepeso en ocasiones consideran el costo del producto, mientras que las madres de niños con bajo peso y obesidad no toman en cuenta el costo del producto sólo buscan que sea del agrado de sus hijos.

En relación a este punto, Polanco (2005) indica que es preferible que diariamente se deba variar los menús familiares para así evitar la monotonía que puede llevar a la apatía. Asimismo, un ejemplo para los niños son sus padres, ya que si estos consumen una alimentación saludable, los niños la reproducirán.

Tabla 5.9 ¿Quién decide y provee lo que comerá la familia?

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | Niños que presentan peso normal (6) | Niños que presentan sobrepeso (4) | Niños que presentan Obesidad (7) |
|--|--|---|---|---|
| ¿Quién decide y provee lo que comerá la familia y en qué basa dicha decisión? | Las madres deciden y proveen alimentos que le gusta a la familia, aunque sean más costosos, no repiten menú, no proporciona comida de días pasados | Las madres deciden y proveen los alimentos considerando el presupuesto, precio y calidad de los productos. Buscan variedad en los alimentos | Las madres deciden y proveen los alimentos, considerando el costo, toman en cuenta los gustos de los integrantes, Buscan variar los platillos | Las madres deciden y proveen los alimentos que se les antoja y les gustan a la familia. Buscan variar los platillos |

Las madres del grupo focal también concordaron en surtir los alimentos con base en los gustos y preferencias de los niños. Al respecto mencionan:

“Por lo que les gusta a los niños, cuando le digo a mi mamá mejor tú hazlo, ella compra lo que les gusta a ellos”, “Yo a veces si pienso que me traigo todo lo que veo, por lo mismo a veces prefiero no ir, porque a veces quiero traer muchas cosas que no esta bien y que le gustan a los niños”.

5.8.3 Preparación de la comida

En los cuatro grupos estudiados y en el grupo focal, las participantes mencionaron que las comidas las preparan con poco aceite y pocos condimentos (Tabla 10). Es necesario señalar que las 6 madres con niños que presentan peso normal coincidieron en que la comida la preparan de tal forma que sea una alimentación equilibrada y sana. Según Meléndez (2008) algunas madres de niños no obesos se informan sobre principios básicos de nutrición y tratan de combinar y balancear los alimentos, incluyendo frutas, verduras, lácteos y carnes en la dieta diaria. En relación a este punto, las participantes del grupo focal comentan:

“De preferencia que no lleve mucho aceite, con mucha higiene”, “yo soy de poca sal, poca grasa”, “trato de poner poco aceite y pocos condimentos”.

Tabla 5.10 Preparación de comida para la familia.

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | Niños que presentan peso normal (6) | Niños que presentan sobrepeso (4) | Niños que presentan Obesidad (7) |
|-------|-----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| | | | | |

| | | | | |
|----------------------------------|---|---|--|---|
| Cómo se prepara la comida | Condimentan la comida con cebolla, consomé y poco aceite. | Alimentación equilibrada, basada en el plato del buen comer y recetas sanas, incluyen verduras, poco aceite, poca sal y pocos condimentos | Los preparan con higiene, poco aceite y poco condimento, con un sabor agradable para el paladar. | Utilizan poco aceite, condimentos y los elaboran con higiene. |
|----------------------------------|---|---|--|---|

Por otra parte, las entrevistadas relataron que ellas se enseñaron a prepara la comida viendo lo que sus madres cocinaban, o bien, en el caso de mujeres que crecieron sin la presencia de su madre biológica, la abuela o la persona que se hizo cargo de su crianza fue con la persona con quién se enseñaron a cocinar. Sobre esto las entrevistadas dicen:

“Como me enseñe pues viendo a mi mama, o a mi abuela que fueron nuestras grandes cocineras” (E20-39-SB-NA-OB). “Viendo a mamá, desde los seis años, mi mamá no trabajaba pero yo siempre estaba ahí” (E10-43-SB-NO-OB). “Pues viendo jajá jajá viendo a mi mama desde joven, yo no hacia la comida pero lo que se lo aprendí viendo, metiendo mano” (E6-40-SB-NO-SB). “Me enseñó mi suegra, antes de que me casara yo no sabia cocinar, muchos comida no” (E9-30-PN-NA-PN). “Pues yo sola viendo, viendo a mi abuelita, porque te digo que no tuve mamá.....” (E13-39-SB-NO-BP).

Repetición de patrones

Cabe señalar que la mayoría de las participante indican que la forma en que cocinan se la deben a sus madres, ya que éstas han sido su ejemplo a seguir. Por lo tanto, las entrevistadas repiten las formas de alimentación de sus madres. Al respecto las entrevistadas comentan:

“Mi mama me enseñó a cocinar, preparo igual a mi mamá” (E2-34-SB-NO-OB).” Si, en la manera de preparase, pues fue lo que aprendí de mi mamá” (E17-44-OB-NO-OB). “Si, pues más que nada que mi mamá me enseñó a como hacer las cosas y yo se las hago a mis hijos así, así se los hago” (E14-37-OB-NO-OB). “Pues se parece casi en todo, por qué es lo que viene uno cargando de herencia de la mamá, lo que la mamá hacía es lo que uno procura y lo que me gusta y lo que veo que les gusta a ellos” (E11-38-OB-NO-SB).

Cambio de patrones

Cuatro de las entrevistadas señalaron que cambiaron su forma de cocinar, ahora cocinan diferente a sus madres, esto lo decidieron a raíz de que han tenido problemas con su peso y tomaron la decisión de bajar de peso y cuidar su salud. Las participantes narran que al momento que acudieron con la nutrióloga se dieron cuenta que la forma de alimentarse no era saludable, por tal motivo cambiaron algunos ingredientes que estaban acostumbradas a consumir e incluyeron en los platillos alimentos que se rehusaban a comer como las verduras. Igualmente, menciona que la decisión de cambiar su alimentación fue porque no desean que sus hijos en un futuro presenten problemas con su peso y salud. Los ejemplos siguientes dan cuenta de cómo las entrevistadas cambiaron su alimentación:

Yo cambie porque estoy batallando mucho para bajar de peso y eso es obviamente por mis hábitos alimenticios, yo tiendo mucho a comer cosas dulces y esas cosas los trato de evitar en mi casa para no fomentar en la niña los mismos malos hábitos que me fomentaron a mí. Ahora de las mismas dietas que me han dado, me han dicho que haga las cosas empapeladas, a la plancha y al vapor y echando a perder, entonces yo si se cocinar con aceite como lo hace mi mamá, entonces cuando empecé con esas dietas tuve que empezar aprender de la otra manera, ¡que no es nada difícil!, pero al principio esta un poco desabrida la comida y empiezas usar yerbas de sabor o de olor para que sepa mejor la comida y uno que otro condimento (E21-30-SB-NA-PN).

Yo cuando iba con la nutrióloga fui así como que no muy convencida y fui por necesidad porque yo ya me sentía muy mal de salud. Si no me hubieran dicho que tenía diabetes gestacional, ¡la neta no hubiera ido! Antes cocinaba como mi mamá, ahora critico mucho a mamá y luego con la nutrióloga, ella me dio una dieta y me explicaba como cocinar, este como cocinar las verduras empecé a guisar la acelga, el brócoli, como cocinar al vapor, a la plancha, como combinar (E7-28-SB-NO-PN).

Pues más que nada cambie, porque en un futuro yo no quiero ver a mis hijas como yo (la señora presenta obesidad) o sea, y yo me fijo en el espejo de mi mamá, también está gordita, muy pasada de peso y este siempre está propensa con lo de la presión alta, con lo del riñón, que no le oxigena bien la sangre del cerebro, en un futuro yo no quiero eso para mis hijas, verdad y más que nada fue eso..... (E8-27-OB-NA-BP).

5.8.4 Tiempos de comida

En cada uno de los grupos que estuvieron bajo estudio, mostraron diferencias claras sobre los tiempos de comida que realizan y el tipo de comida que consumen. A continuación en la tabla 11 se desglosa lo relatado por las madres de familia que tienen niños que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad y dejan entrever las veces que los niños prueban bocado durante el día y los alimentos que habitualmente consumen. Posteriormente se habla sobre las similitudes y diferencias entre los grupos.

En todos los grupos de los niños coincidió que el desayuno consta de leche, yogurt y cereal. Los niños con peso normal tienen un desayuno más completo ya que toman leche que la complementan con galletas, cereal, pan o fruta. De acuerdo a González y Alcañiz (2007) resaltan que cuando la madre de familia le proporciona a su hijo un desayuno completo en comparación con los que no desayunan o realizan un desayuno incompleto, tienden a presentar menor probabilidad de presentar problemas con su peso, tal como se muestra en este estudio con los niños de peso normal. Sin duda, la importancia del desayuno en los niños va más allá del equilibrio nutricional: está demostrado que los niños que desayunan bien tienen mejor rendimiento escolar, porque el desayuno es la comida que proporciona energía y nutrientes durante toda la mañana.

Tabla 5.11 Tiempos de comida

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| Niños que presentan bajo peso (4) | 3 niños realizan 5 comidas y uno omite el lonche escolar | | | | |
| | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
| | Leche sola o con chocolate, cereales y barbacoa los fines de semana. | Taquitos con frijoles, huevo o chorizo, papas, salchichas fritas, sándwich o fruta | Carne, pollo y pescado con pastas, arroz, frijoles o verduras. | Papitas, galletas, yogurt, gelatinas o fruta | Carne, huevo, papas, frijoles, pan, cereales, leche o yogurt. |
| Niños que presentan peso normal (6) | Tres niños realizan 5 comidas. Tres omiten el lonche escolar | | | | |
| | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
| | Leche sola, con chocolate o fresa con galletas, pan tostado, cereal y fruta. | Fruta sola o con yogurt natural, sándwich de jamón con pan integral, tacos de maíz o harina. | Carne, pollo, pescado, seguidos por sopa y verduras. | Galletas, yogurt, frutas y verduras como la zanahoria. | Huevo, frijoles, embutidos, quesadillas, cereal, pan y leche. |
| Niños que presentan sobrepeso (4) | Solo un niño realiza 5 comidas. 3 omiten el lonche escolar | | | | |
| | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
| | yogurt, leche sola o con chocolate, pan, cereal, galletas | Fruta, sándwich y jugo. | La carne, pollo, pescado, seguidos por sopa y verduras. | Los fritos, papitas, tostadas, duritos, galletas y esporádicament e de fruta. | Huevo, frijoles, embutidos, quesadillas, cereal, pan y leche. |
| Niños que presentan Obesidad (7) | 5 niños realizan 5 comidas. Dos omiten el desayuno y los demás lo realizan con insistencia de las madres. | | | | |
| | Desayuno | Lonche escolar | Comida | Merienda | Cena |
| | 5 comen leche, licuados, yogurt o cereal. | Taquitos de maíz o harina con frijoles, huevo con jamón, chorizo y los sándwich con jamón, aguacate y mayonesa. | Carne, pollo, pescado empanizados, le agregan sopa de pasta, arroz o spaghetti y en ocasiones puré o verduras a vapor con mantequilla | Jamón, salchichas, queso, fruta y “comida chatarra” que consta de fritos, duritos, papas fritas, tostadas y galletas de chocolate. | Queso en salsa, frijoles, huevo, quesadillas, cereal, un trozo de carne, tacos de carne, “piratas” o hamburguesa |

En los niños que presentan

obesidad se observó que algunos de ellos omiten el desayuno y los que lo consumen es sólo algo líquido y lo hacen por insistencia de las madres. Por lo tanto, el omitir el desayuno se relacionó con la obesidad en los niños tal como lo afirman diversos autores como Lama, et al. (2006), Bautista-Castaño, Sangil-Monroya y Serra (2004) y Gutiérrez (2002), afirman que uno de los mayores problemas de la obesidad en los niños es precisamente que no comen lo suficiente por las mañanas, es decir, tienen hábitos de desayuno menos satisfactorios que los no obesos. La mayoría de estos niños no desayunan de forma saludable y otros tantos ni desayunan. Por lo tanto, estos autores señalan que debe reforzarse o evitar que se pierda el hábito del desayuno completo, ya que la ausencia de este se ha correlacionado

significativamente con sobrepeso y obesidad, debido a que un inadecuado desayuno contribuye hacer inadecuadas elecciones de alimentos en el resto del día y, a largo plazo, a incrementar los problemas con el peso.

El lonche escolar es donde se notan mayores ausencias, ya que de los 21 niños, 8 omiten el lonche escolar. La comida es la que ningún niño excluye y suele ser la más completa en todos los grupos. La merienda en los niños de bajo peso y peso normal presenta algunas cantidades de fruta, a diferencia de los niños que presentan sobrepeso y obesidad, ésta suele ser comida chatarra como: papitas, fritos, refrescos, tostadas y galletas. La cena de los niños con bajo peso y sobrepeso se compone de alimentos muy parecidos y que regularmente tiene un “almuerzo” como lo llamo una entrevistada, en los niños con obesidad suele ser abundante y la de niños con peso normal se constituye tomando en cuenta los alimentos que se consumieron durante el día.

Un punto que vale la pena resaltar es que en los niños que presentan sobrepeso y obesidad coinciden en mantener una insuficiente ingesta de verduras y frutas, y un elevado consumo de alimentos de alta densidad energética como lo es la comida chatarra y de bebidas con azúcar. Sobre esto, Olivares, et al. (2006) señalan que un excesivo consumo de alimentos de alta densidad energética, ricos en grasas saturadas, azúcar y sal, y la falta de actividad física, representan en la actualidad el estilo de vida de gran parte de los niños. Este desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, sostenido por períodos prolongados de tiempo, ha sido reconocido internacionalmente como la principal causa de la elevada y creciente prevalencia de obesidad.

5.8.5 Televisión y obesidad

Todas las familias se reúnen a comer en la cocina o comedor de la casa. La cena es el momento donde todos los integrantes de las familias están presentes y en el transcurso conversan sobre lo acontecido en el día o ven la televisión. Cabe señalar que un hallazgo encontrado fue que de las 21 madres de familia entrevistadas, en sólo 6 familias se encontró que no acostumban a ver la televisión mientras están comiendo y es necesario precisar que 5 pertenecen al grupo de peso normal y 1 al grupo de niños que presentan bajo peso. Ante esto se puede afirmar que el hecho de comer sin televisión ayuda a mantener el peso normal en los niños, por el contrario tanto las familias como los niños con sobrepeso y obesidad son los que comen frente al televisor.

Al respecto, Korbman (2007) sugiere comer exclusivamente en las áreas asignadas de la casa, que son el comedor o la cocina, porque el comer frente al televisor hará que se pierda la atención a la sensación de saciedad, lo cual provocará que el niño coma más rápido, en mayor cantidad y por más tiempo y esto producirá sobrepeso. Por ende, Polanco (2005) asevera que las comidas que se realizan en familia deben ser momentos de placer y desarrolladas en un ambiente de calma, de tranquilidad (sin radio o televisión que acaparen la atención de los miembros de la familia), sin gritos y sin discusiones. En la tabla 12 se muestra en que lugar las familias prefieren comer e indican que acostumban hacer mientras degustan los alimentos.

Tabla 5.12 Lugar y costumbres a la hora de comer

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | Niños que presentan peso normal (6) | Niños que presentan sobrepeso (4) | Niños que presentan Obesidad (7) |
|---|---|--|--|--|
| Momento de la comida en la familia | Comen en la cocina, la cena es donde todos los integrantes están presentes. 3 ven televisión y 1 no | Comen en la cocina, la cena siempre buscan que sea ligera. 1 familia ve televisión en 5 no | Comen en la cocina, en la cena todos se reúnen. Las 4 familias ven la televisión | Comen en la cocina, en la cena todos se reúnen. Las 7 familias ven la televisión |

5.8.6 Cantidades de comida, gustos y rechazos

En la tabla 13 se detalla por grupo de IMC algunos puntos que son parte de las prácticas de alimentación como son: cantidad de alimento que consumen los niños, sus gustos, preferencias, rechazos y los sentimientos a los que se enfrentan las madres cuando sus hijos no quieren comer algún alimento.

Tabla 5.13 Cantidades, gustos y rechazos

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | Niños que presentan peso normal (6) | Niños que presentan sobrepeso (4) | Niños que presentan Obesidad (7) |
|---|--|-------------------------------------|--|--|
| Distribución de alimentos | No comen lo suficiente | Comen porciones adecuadas | Comen porciones adecuadas | Comen abundante |
| Gustos y preferencias | Verduras, frutas, carnes blancas, embutidos | Carnes blancas, frutas y ensaladas | Fruta, carnes, carbohidratos y comida chatarra | Carnes, comida rápida, comida chatarra |
| Rechazos alimentarios | alimentos con demasiada grasa, poca carne roja | Carne roja | La carne de puerco y verduras | Verduras a los varones |
| Sentimientos por el rechazo de alimentos | Enojo o se sienten mal | No les produce algún sentimientos, | Tristeza y preocupación | Enojo, coraje y frustración |

Verduras vs comida chatarra

En los niños de bajo peso y peso normal entre sus gustos destacan las verduras, que son parte de los alimentos que rechazan los niños que presentan sobrepeso y obesidad. Además el peso normal en los niños se asocia hábitos alimenticios saludables, ya que son niños que gustan de comer alimentos nutritivos y pocas veces consumen carne roja y comida chatarra. Por otro lado, los niños con bajo peso comen pocas porciones de comida, siempre dejan alimento en el plato y son los que rechazan más tipos de alimentos, como son los que contienen mucha grasa. En los niños con sobrepeso y obesidad se observó que su situación de peso se encuentra fuertemente ligada a la cantidad de comida que consumen, a sus gustos y preferencias alimenticias, en el caso de las niñas comen de todo tipo de alimentos y a los niños no les gustan las verduras, pero consumen de forma abundante productos pobres en nutrientes y con gran densidad energética, a su vez, las madres con hijos que presentan obesidad aducen que sus hijos comen abundante o hasta más que ellas (tabla 13). Por consiguiente, González (2005) indica que los niños no deben tomar raciones de adulto, sino menores, la dieta del niño debe

ser variada y rica en verduras y frutas, el niño debe tomar agua como bebida, en lugar de refrescos, el horario de las comidas del niño debe adaptarse al horario de la comida familiar. En relación a este punto, una madre del grupo focal menciona esto:

“A lo mejor no deben de comer más de lo que comen ahora, sino más complementos, porque muchas veces solo es la sopa, la carne, el arroz, no buscamos las verduras”

Frustración al rechazo de alimentos

Un hallazgo importante del estudio fue que el rechazo de los alimentos por parte de los niños genera sentimientos en las madres. En este estudio se encontró que en las madres de los niños que presentan obesidad surgen mayores emociones ligadas al rechazo de la comida, puesto que en estas madres el hecho de que sus hijos no quieran comer algún alimento les causa enojo, coraje y frustración, porque los niños no actúan como ellas quieren y porque no consiguen que los niños coman los alimentos que ellas les proporcionan. Mientras que las madres de niños que presentan sobrepeso esta situación les genera tristeza que va acompañada de un sentimiento de preocupación debido a que ellas creen que existe un problema en sus hijos. En las madres de niños con peso normal el que sus hijo rechacen alimentos no produce algún sentimiento, sencillamente buscan alternativas para que sus hijos coman. Por el contrario, las madres de niños con bajo peso se enojan o se sienten mal porque sus hijos rehúsan a comer y porque no reciben reconocimiento de la familia por el esfuerzo de preparar la comida (tabla 13).

De igual forma, la madre puede impulsar la sobrealimentación a través del sometimiento de los niños, es decir la manera en la que el niño haya introyectado las enseñanzas de la madre respecto de la comida será el modo en que se alimente por el resto de su vida, ya que siempre llevará dentro de sí la imagen de esta madre; y si esta fue muy rígida, exigente e insistente con él (Korbman, 2007).

5.8.7 Alimentos prohibidos y reacción ante la prohibición de ciertos alimentos

Las madres de familia con niños que presentan peso normal, sobrepeso y obesidad mencionan que ellas suelen prohibirles a sus hijos la comida chatarra, debido a que son alimentos no saludables para los niños que les pueden causar problemas en la salud y un aumento de peso. Ante esta prohibición los niños se enojan, lloran o hacen berrinches. Las participantes que no consideran necesario prohibirles la comida chatarra a los niños son las madres de niños con peso normal ya que consideran que sus hijos no los consumen frecuentemente (Tabla 14). Según Herrera-Suárez, Vásquez-Garibay, Romero-Velarde, Romo-Huerta, García y Troyo-Sanromán (2008) refieren que este hábito de alimentación emergente en las recientes décadas en México es el resultado de la extraordinaria campaña mercadotécnica de gran penetración que estimula el consumo de estos productos chatarra en todos los estratos sociales del país. No obstante, Rodríguez, Perea, Bermejo, Marín, López y Ortega (2007) aseguran que el consumo elevado de grasas y dulces se ha relacionado con el padecimiento de sobrepeso y obesidad, tal como se observo en este estudio con los niños de sobrepeso y obesidad.

Tabla 5.14 Alimentos prohibidos y reacción ante la prohibición

| Grupo | Niños que presentan bajo peso (4) | Niños que presentan peso normal (6) | Niños que presentan sobrepeso (4) | Niños que presentan Obesidad (7) |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|--|----------------------------------|
| Alimentos prohibidos | Comida chatarra | Ninguno | Comida chatarra | Comida chatarra |
| Razón de prohibición | No son alimentos saludables | La comida chatarra la permiten | Causa problemas de salud | Para que no aumenten de peso |
| Reacción ante la prohibición | Se enojan y lloran | Pocas veces la consumen | Los siguen consumiendo a pesar de la prohibición | Se enojan y hacen berrinches |

5.8.8 Alimentos que consumen fuera de casa

En cuanto a las similitudes entre los grupos estudiados se encontró que cada quince días o una vez al mes, los fines de semana son los días que regularmente las familias visitan a sus familiares, pasean por los centros comerciales o cines y acostumbran a comer fuera de casa. Los restaurantes preferidos por los miembros de la familia y principalmente por los niños son los que ofrecen comida rápida tales como: pollo frito, hamburguesas, pizza o si la familia se queda en casa, acostumbran cocinar carne asada o compran hamburguesas y tacos que vendan cerca de casa.

En este contexto, Bertran (2009) y Brien, et al., (2007) deduce que es común que muchos especialistas consideren que el aumento de la obesidad en México se debe a la pérdida de la dieta tradicional y a la llegada del *Fast food* americano. Se considera así, que hay un proceso de “aculturación” indeseable que afecta una forma de alimentación correcta. Así, mientras por una parte los profesionales han promovido el cambio, por otra se lamentan de que la población ha transitado hacia un patrón alimentario no saludable. Antes este tema las entrevistadas expresaron lo siguiente:

“Ahí si comemos hamburguesas o pizzas, pero raras veces comemos fuera de casa, cada mes o cada quince días, pero por lo general es hamburguesa o pizza que andamos en la calle” (E21-30-SB-NA-PN), “Los fines de semana a veces compramos, no siempre, cada mes taquitos o hamburguesas” (E16-36-PN-NO-PN), “Ahí es donde nos chiflamos, el fin de semana compramos tacos, comida china, hamburguesa o pizza, cada uno come cosa diferente, pues si hay lugares donde hay de diferentes comidas y es ahí donde vamos” (E17-44-OB-NO-OB).

Pues cada quien come lo que quiere, que les gusta a los niños, pues los niños casi siempre quieren hamburguesas, MC Donald o hamburguesa que este ahí, el Burger King, cars jr. o pizza o pollito Kentucky, si les gusta mucho el pollo, es variado pero casi siempre ellos quieren la hamburguesa (E11-38-OB-NO-SB).

el sábado y domingo es cenar y comer en la calle; mira, también es como piedra, papel o tijeras, casi siempre pierdo yo, porque nadie quiere ir a donde yo quiero, nadie quiere ir al súper salas, más que mi hijo y yo (jajajaja) cuando me toca pues vamos al súper salas o vamos al MC Donald o... sí compramos pizza, yo nomás me como un pedazo, un pedacito y me les quedo viendo, pero o carne asada....o a veces nada más cenamos en la calle, si vamos al cine, por ejemplo, si vamos al cine intento no comprarles palomitas, porque luego vamos a cenar, entonces ya es mucho mugrero

lo que le meto (jajá jajá) y a veces mi esposo y mi otro hijo son los rebeldes de la familia, sí son este que se están comiendo los nachos y las palomitas y dicen vamos a comer pizza y yo digo ¡como les cabe tanto! (E7-28-SB-NO-BP).

5.9 Conocimientos acerca de la obesidad

Los relatos aquí presentados son una muestra de la variedad de respuestas de las madres de familia. En un primer momento se describe las causas y consecuencias que las madres de familia consideran como génesis de la obesidad infantil. Enseguida las participantes mencionan si consideran que en la palabra sobrepeso y obesidad exista diferencia.

5.9.1 Causas de la obesidad infantil

Para las madres de familia entre las principales causas de la obesidad se encuentran: el no llevar una alimentación sana y equilibrada, comer de forma abundante productos pobres en nutrientes y con gran densidad energética y el sedentarismo. De acuerdo a la Obesity Action Coalition (OAC) (2008), las causas asociadas con la obesidad infantil incluyen las siguientes: ambiente, falta de actividad física, la herencia y la familia, patrones de dieta y el estatus socioeconómico.

Para autores como García-García, et al. (2008) indican que la causa más frecuente de sobrepeso y obesidad es la combinación de las siguientes condiciones: 1) Presencia de variaciones genéticas responsables de la susceptibilidad a padecer obesidad, 2) Pérdida de balance entre la ingestión de energía y el gasto que se produce con el ejercicio. En nuestra sociedad, esta condición se ve frecuentemente favorecida por permitir que los niños consuman alimentos ricos en energía y grasas totales, 3) Falta de actividades deportivas de mediano y alto gasto energético de manera regular, es decir, tres o más veces por semana, 4) Realización de actividades sedentarias por más de tres horas al día: tareas escolares, televisión, juegos en computadora o electrónicos, etcétera. Las madres consideran como causas de la obesidad las siguientes:

“Yo digo que no tiene una comida balanceada les gusta más las grasas, o no sé, la comida chatarra, me imagino que es lo que más compran” (E16-36-PN-NO-PN).

“La mala alimentación, el comer mucha comida de la calle, frituras, galletas, pan, mucha tortilla también te engorda” (E8-27-OB-NA-BP).

Es la falta de ejercicio, la falta, porque ahorita los niños ya no juegan, yo le digo a mi hijo.....yo digo que les afectan a los niños el ver la televisión y tanto videojuegos, ya no hace nada, no hay niños en la calle, una es por la inseguridad, aparte la mayoría de los papás trabajamos, uno a veces por comodidad les tiene las cosas para no batallar y decir ahí le tengo la nana, es la nana, la tele es la nana (E10-43-SB-NO-OB).

En cuatro de las entrevistadas se observaron diferencias notables, casi posturas contrapuestas en las causas que señalaron como génesis de la obesidad, dos de ellas son mamás de niñas con obesidad, una es mamá de un niño con peso normal y otra de un niño con sobrepeso, tres de ellas trabajan (dos maestras de universidad y secundaria y una es administradora de su

negocio) y tienen entre 38 a 45 años de edad y aducen que el origen de la obesidad es: la desatención de los padres y la falta de control sobre los alimentos que los niños comen fuera de casa. Varios estudios suecos han demostrado que también hay una asociación entre el descuido de los padres y la obesidad, cuando los padres no reaccionan ante el incremento de peso de su hijo, ni lo ayudan a cambiar sus hábitos alimenticios (Korbman, 2007).

Pues a veces uno como madre que no les cuida la alimentación, no hay hábitos en la casa que a veces están solos y ellos comen lo que sea y a veces los papás les dejan dinero y comen lo que quieran y lo más fácil es ir a la tienda y me compro mi paquete de tostadas y de galletas y mis dos litros de coca, porque yo lo veo (E20-39-SB-NA-OB).

Yo creo que la falta de control, de los papás de lo que comen, a veces fuera de la casa a veces este por no darles lonche en la mañana pues les damos dinero y pues ellos se compran lo que papitas, duritos cosas que les parecen como que más ricas para ellos y en la casa igual, también entre comidas a lo mejor comen este de ese tipo de comidas, comida chatarra (E4-45-PN-NO-PN).

5.9.2 Consecuencias de la obesidad infantil

Todas las entrevistadas independientemente del peso que presenta su hijo (bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad) se encontraba sensibilizada respecto algunas de las enfermedades que puede desencadenar la obesidad infantil, entre ellas destacaron, la diabetes como principal, después la hipertensión y por último el colesterol. No obstante, desconocen otras como lo son: enfermedades cardiovascular, aceleración en la maduración biológica, complicaciones ortopédicas, hipertensión, apnea del sueño, dislipidemias, síndrome metabólico obesidad abdominal, menarquia temprana, esteatosis hepática, hiperlipidemias, transaminasas elevadas y metabolismo anormal de la glucosa acompañado de Acantosis nigricans (Albañil, Sánchez, de la Torre, Olivas, Sánchez y Sanz, 2005; Briz, Cos, y Amate, 2007; Cabello, Ávila y Garay, 2010; Díaz, 2002; Dutt, y Ten, 2007; Korbman, 2007; González, 2009; Núñez, 2007; Orozco-Aviña, 2005; Ortiz y Posa, 2007; Ramírez, Grijalva, Ponce, y Valencia, 2006; Sarría y Moreno, 2010; Shelov, 2007; Silveira, Martínez-Piñeiro y Carraro, 2007).

“Diabetes, hipertensión, este enfermedades del corazón” (E20-39-SB-NA-OB). “Diabetes, presión alta, y pues nomás” (E12-38-OB-NA-OB). “Pues ahorita lo que dicen que es la diabetes, problemas al corazón” (E3-37-OB-NO-SB). “Diabetes, hipertensión, problemas cardiacos que se tapen las arterias todo es tipo de cosas” (E21-30-SB-NA-PN). “Les puede dar azúcar infantil se pueden enfermar más fácil del colesterol” (E15-38-SB-NA-BP). “Les puede causar problemas de colesterol, la diabetes y ahora yo me quedo así traumada porque los niños con diabetes no puede ser, pero en realidad si hay niños” (E13-39-SB-NO-BP). “Pues problemas de enfermedades crónicas como la diabetes, ya más adultos la presión alta” (E11-38-OB-NO-SB).

Algunas de las entrevistas (6) de entre 27 a 40 años, de ellas cuatro se dedican al hogar y dos trabajan como maestras y tienen hijos que presentan bajo peso, sobrepeso y obesidad indicaron que otras de las consecuencias de la obesidad es que los niños que tienen problema con su peso se enfrentan a un ambiente de rechazo por su aspecto físico y suelen ser objeto de burlas por parte de sus iguales sobre todo cuando se encuentran en el plantel educativo.

Por lo tanto, diversos autores (Barquera, García, González, Hernández, Lonngi, Morín, et al., 2003; Flores, et al., 2010; González y Alcañiz, 2007; Korbman, 2007; Núñez, 2007; Sarría y Moreno, 2010; Small, Anderson, y Mazurek, 2007) afirman que entre las consecuencias más negativas de la obesidad infantil se encuentran las psicosociales. Los niños obesos son rechazados y se convierten fácilmente en objeto de discriminación. Varios estudios muestran que a temprana edad, los niños rechazan a los niños obesos y tienden a describirlos con diversas características negativas, como más perezosos, mentirosos, tramposos, sucios, feos, desaliñados, descuidados y estúpidos. Las entrevistadas constatan lo anterior:

“Problemas psicológicos lo típico que los niños en la escuela que bromean que con el niño gordito del salón que no lo dejan y lo agarran” (E6-40-SB-NO-S). “Problemas de autoestima porque sus compañeritos se burlan de ellos los niños siempre se burlan de los gorditos” (E2-34-SB-NO-OB). “Si trae problemas el estar gordito porque yo he visto niños que están gorditos, se cohíben porque les da pena, no tienes la misma condición del que está delgadito, te cansas, te fatigas, te sientes mal muchas veces, si causa problemas” (E8-27-OB-NA-BP).

Una de las entrevistadas señaló que el hecho de que los niños recibieran burlas por parte de sus compañeros, en un futuro les puede ocasionar trastornos alimenticios tales, como la anorexia y la bulimia. Algunos autores aseguran que el rechazo del sobrepeso, de la obesidad y de la persona “gorda” refuerza el actual anhelo por la delgadez y del cuerpo atlético posibilitando la realización de prácticas alimentarias, de ejercicio y compensatorias de riesgo como son: el atracón, la restricción de ingesta de alimentos; la práctica de ejercicio excesivo, el vómito, el consumo de enemas, diuréticos y sustancias para disminuir de peso (Apfeldofer, 2004; López, Unikel y Torres, 2010).

Se da el caso de que empiezan con burlas y todo ese detalle el niño va a buscar refugiarse en otro tipo de cosas que no le ocasionen esa situación, y a la mejor son cosas dañinas igual y cuando estás obesa en una niña puede empezar la bulimia por lo mismo que ya fue burlada constantemente que va a buscar ella, comienza a ingerir cosas que no debe ingerir, empieza a tomar otro tipo de medidas que tampoco las debe de hacer pues son perjudiciales para su salud entonces por eso se ha dado los casos de bulimia y anorexia y se ve más frecuente en el sexo femenino (E17-44-OB-NO-OB).

5.9.3 Diferencias en sobrepeso y obesidad

Para 14 entrevistadas las palabras sobrepeso y obesidad poseen distinto significado, la diferencia estriba en el aumento de peso corporal que se da en la segunda condición respecto a la primera. Por lo tanto, el sobrepeso es el principio de la obesidad, puesto que para las participantes, este representa tener algunos kilos por encima del peso normal y la obesidad es poseer kilos en exceso que además son muy notables físicamente.

“Pienso que hay diferencia obesidad pienso que obesidad es pesar muchos kilos de más y sobrepeso es tener kilos de más pero no tantos (E6-40-SB-NO-SB) “Mmm es una línea muy delgada a lo mejor el sobrepeso es menor ya un grado de obesidad es más y me imagino que el sobrepeso es en unos 10 kilos y la obesidad ya arriba de esa cantidad” (E2-34-SB-NO-OB) “Una diferencia yo creo que sí, porque la obesidad es cuando la persona está demasiado ¡gorda!, hasta ni puede ni abrir los ojos, el sobrepeso a lo mejor es el estar así rellenita” (E9-30-PN-NA-PN).

Yo creo que si, se me hace que obesidad seria lo extremo el sobrepeso puedes tener dos o tres kilos de sobrepeso y la obesidad ya se me hace que es un grado mucho más peso, porque puedes tener sobrepeso pero puede ser unos kilos de más y ya llegar a obesidad excediste (E20-39-SB-NA-OB). Pues yo creo que el sobrepeso es el principio, es la línea a seguir para llegar a la obesidad y ya una vez que te dicen que tienes sobrepeso o te dicen que ya te pasaste dos o tres kilos de tu peso normal, pues yo creo que ya vas encaminadito a la obesidad, y ya la obesidad es cuando ya está manifiesto todo los kilos que traemos de más y que se ve físicamente a parte (E17-44-OB-NO-OB).

Para 7 madres de familia de entre 27 a 43 años de edad, todas ellas casadas, 6 son amas de casa, su grado máximo de estudio es secundaria (5), carrera técnica (1) y preparatoria (1), tuvieron en común que para ellas las palabras sobrepeso y obesidad significan lo mismo y sólo son utilizadas como sinónimos para referirse a una persona que tiene kilos arriba del peso normal.

“Pues es lo mismo, para mi es lo mismo la obesidad y el sobrepeso es lo mismo, son gorditos” (E15-38-SB-NA-BP) “Yo digo que no ahí se mezclan los dos son los mismos (E13-39-SB-NO-BP), No, a lo mejor si es lo mismo porque al estar con sobrepeso, estás obeso, si es lo mismo tener kilos arriba” (E8-27-OB-NA-BP).

5.10 Propuestas de las madres para contrarrestar la obesidad Infantil

En este apartado se describen las propuestas obtenidas de voces de las madres de familia las cuales reflejaran su visión y perspectiva. Todos los discursos obtenidos se agruparon en temas que muestran las medidas que les gustaría se lleven a cabo tanto a nivel personal, en el hogar y en la escuela con la finalidad de contrarrestar la obesidad infantil.

5.10.1 A nivel personal

1. Aceptar el problema

Una madre de familia de 39 años, que estudio una licenciatura y trabaja como maestra de secundaria indica que es importante aceptar el problema en sus hijos. En la entrevista la mujer señala que el reconocimiento de la situación de peso de su niña y la aceptación del problema nació hace algunos meses cuando el doctor le indicó que su hija presentaba obesidad y por ello está tratando de implementar medidas para disminuir el peso tanto de ella como de su hija. La entrevistada comenta:

Primero que nada es aceptar, la aceptación del problema, es básico aceptar que tienes un problema y vaya que si es difícil (E20-39-SB-NA-OB).

2. Concientizar a las madres de familia

Las madres que proponen concientización, son mujeres de 28 a 44 años de edad, tienen hijos con peso normal u obesidad, su escolaridad es de carrera técnica, dos estudiaron licenciatura y una tiene maestría. Las cuatro trabajan. Estas entrevistadas reproducen el imaginario tradicional de la mujer, además en ellas persiste la creencia que son las principales responsables de la alimentación de los niños, por lo tanto indican que cualquier plática enfocada a la alimentación la deben escuchar las madres.

Se debe de empezar por nosotros como mamás, este, no se con talleres (E7-28-SB-NO-PN).

Concientizar a las familias, a la madre de familia sobre todo la mamá es la fundamental porque el papá nunca está en casa y la mamá es la que se encarga, porque es muy raro que sea el papá y yo por mi parte estaría dispuesta acudir a esas capacitaciones (E5-43-SB-NA-PN).

Concientizar que estemos con campañas primero hacia los padres, pláticas a los papás concientizar a los papás y luego educar a los papás que coman bien, invitarlos a ellos junto con los hijos y pláticas en las escuelas masivas a mi eso se me parecería fenomenal (E20-39-SB-NA-OB).

Pues ahora si que es un trabajo en equipo de mucha gente, porque erradicar hábitos que tenemos bien arraigados es muy difícil, entonces más que nada se tendría que concientizar a las madres que en este caso somos las que preparamos los alimentos, que estamos concientes de que si hay obesidad en mi casa es porque ¡yo lo he provocado! o ¡he participado en ello!, este yo creo que haciendo, dando unas pláticas donde se concientize a la gente de todo los trastornos de salud que conlleva el tener una mala alimentación (E17-44-OB-NO-OB).

5.10.2 En el hogar

3. Cuidar la alimentación de los niños

Son 6 entrevistadas de 37 a 44 años de edad, 5 casadas y una separada, 2 trabajan y 4 se dedican al hogar, las que proponen que la obesidad se puede contrarrestar si se cuida la alimentación, no obstante sus discursos y lo que practican en la vida diaria cae en una contradicción ya que en su hogar son mamás que no vigilan la alimentación de su familia, ya que en todas coincidió que sus hijos presentan obesidad, asimismo son mamás permisivas que les permiten a sus hijos comer todo tipo de alimentos sin ninguna restricción.

Teniendo los hábitos, tener hábitos en la casa, de no darles lo que es la comida chatarra, ponerles un horario de comida, eso es lo que yo digo que ayudaría (E10-43-SB-NO-OB).

Sí yo como madre estoy dando una alimentación inadecuada, pues ¡corregirme yo primero! porque de que manera voy a ayudarle a mi hijo (E17-44-OB-NO-OB).

Cuidando su alimentación, no dejándolo comer tanta comida chatarra, que hagan alguna actividad, un ejercicio, checar que deportes les gustan. Acostumbrarlos a comer de todo desde chiquitos (E2-34-SB-NO-OB).

Pues, yo como madre el tener conciencia el daño que le estoy haciendo a mi hija, tener el cuidado en su alimentación, no hay vuelta de hoja el ver lo que consume toda la familia, involucrar a toda la familia porque sino no se puede, o sea, o todos yogurt o todos cenamos, porque hasta yo siento feo que ellos están con huevo con jamón, o sea una cena y yo con un plato de cereal (E19-38-OB-NA-OB).

Hay ya voy a estar como en la tele que coma más frutas y verduras, pues más que nada eso en

cuestión a lo que es el refresco y los fritos, el pan si comerlos, pero no en demasía, o sea controlarlos en la porción que coman (E14-37-OB-NO-OB).

Pues empezar, con alguna dieta, empezarles a retirar o racionar la comida, a reducirles la tortilla, quitarles refresco y pues la comida chatarra sí es que comen (E12-38-OB-NA-OB).

4. Proporcionarles y tener comida nutritiva para los niños

De estas 4 madres que proponen proporcionar alimentos equilibrado dos de ellas tienen hijos con peso normal, han estudiado alguna maestría y aplican estas propuestas en su hogar. Las otras dos mamás tienen hijos con sobrepeso y otra obesidad, su edad es de 30 a 45 años de edad, tres de ellas trabajan y una se dedica al hogar. Por lo que queda al descubierto que indistinto al peso corporal que presenten sus hijos para las madres es de suma importancia proporcionarles una alimentación saludable a sus hijos y comentan lo siguiente:

En los hijos darles las cinco comidas, o sea, que entre la tarde y la noche vaya la merienda como fruta o algún yogurt natural con fruta o algo (E10-43-SB-NO-OB).

En la casa que tengan fruta que tengan otro tipo de alimentos y que la fruta pos que se la den de manera llamativa con polvito, con chilito algo que sepan que les guste y que ellos se acostumbren a comer entre comidas (E4-45-PN-NO-PN).

Yo siento que desde niños les debemos de ir forjando el plato del buen comer, a mi me gusta mucho usar eso de ejemplo, porque te ponen que en cada plato debes de tener una ración de frutas y verduras que es algo que los mexicanos no acostumbramos y quitar un poquito menos de espacio para lo que son las grasas, las carnes y el que uno coma carne todos los días no quiere decir que es algo saludable, sino todo lo contrario, también hace mal entonces distribuirles un plato que sea saludable a los niños y enseñarles a los niños a comer sanamente y que un postre no es un pedazo de pastel o unas galletas es una fruta (E21-30-SB-NA-PN).

Cuidarles la alimentación darles otra clase de alimentación y si vemos que los niños están así con obesidad, darles cosas que no tengan tanta grasa, que les den cosas más nutritivas, más frutas, o sea comida y fruta, como ahorita que hace mucho calor en vez de coca darles agua, pura agua, agüita y agüita y así ir controlando el peso hay que salir a correr a caminar (E1-35-SB-NA-SB).

5. Inculcar el deporte en los niños

Las madres que hablan sobre inculcar el ejercicio como actividad diaria en sus discursos dejan entrever que es importante que los niños realicen alguna actividad física, si bien las madres desean que los niños hagan ejercicio, por otro lado ellas en ningún momento se involucran o bien se comprometen en también llevara a cabo esta actividad a pesar de que son mujeres que presentan sobrepeso u obesidad. Además son mujeres de 30 a 37 años de edad, 3 de ellas son casadas y una vive en unión libre, dos de ellas trabajan y dos son amas de casa.

Meterlos a ese deporte que les gusta, para que puedan bajar lo que se comen (E2-34-SB-NO-OB).

Sacarlos hacer ejercicio, hay que salir a correr a caminar (E1-35-SB-NA-SB).

Promover el ejercicio, que salga a caminar a correr o realizar una actividad física (E21-30-SB-NA-PN).

Hacer todo lo posible por ponerlos hacer ejercicio, ponerlos a caminar, yo creo que ya tendríamos que cambiar y cambiar la alimentación y el ejercicio (E3-37-OB-NO-SB).

5.10.3 En la escuela

5 Proporcionar a los niños clases de nutrición

La única mamá que menciona que la escuela también debe ser parte de la educación en nutrición de los niños es una mujer de 38 años de edad con un hijo que presenta sobrepeso, casada, estudio hasta 3ero de licenciada en administración y se dedica a administrar su negocio. Al respecto dice:

Estaría bien que les den una clase de asesoría nutricional a los niños, porque es cuando se les están formando sus hábitos, entonces que les digan mira esto no es bueno por esto, o sea, que les expliquen lo que conllevan cuando comen mucha, cuando toman mucho refresco, cuando toman muchas papitas, o cuando comen muchos gansitos o cosas de esas, las enfermedades que se pueden acarrear cuando ya son adultos, porque las enfermedades se vuelven crónicas porque las tienen desde chiquillos y porque no están bien alimentados desde niños, entonces si los concientizan desde niños, me imagino que ya ellos, les dirían a sus mamás en su casa, es que la maestra dijo “que esto no es bueno para nosotros”, porque los niños así son, los niños le hacen mucho caso a lo que le dice la maestra, entonces si hubiera una clase de nutrición en el salón en el horario de clase, entonces pienso que sí sería bueno que les dieran aunque sea unos 20 minutos.....(E11-38-OB-NO-SB).

6 Modificar los alimentos que se venden dentro y fuera de ella

Para estas madres lo principal es que tanto dentro como fuera de la escuela a los niños no se les debe proporcionar alimentos chatarras, además recalcan que en el plantel educativo este tipo de alimentos están muy accesibles. Estas mujeres tienen de 27 a 39 años de edad, 5 son casadas una es madre soltera, 4 son amas de casa y dos trabajan en ventas, 4 estudiaron secundaria, una preparatoria y una hasta 3er semestre de enfermería.

Que quitaran todo esto de papitas, este lo que son las papitas y la coca a y los dulces (E13-39-SB-NO-BP).

De que vendieran fruta en las escuelas, como se podría decir, por decir un coctel de fruta, gelatina, pues algo que les caiga bien en la pancita también..... (E14-37-OB-NO-OB).

Pues yo digo que a veces empieza en la escuela, en el recreo, con los fritos, que las papas con crema, es que todo eso a veces uno no lo procuran en la casa por no llamar la atención y a veces en la escuela lo venden o ya están aquí afuera (E10-43-SB-NO-OB).

Yo creo que cambien todo lo que venden, porque venden pura chatarra, que vendan cosas nutritivas (E16-36-PN-NO-PN).

Pues a lo mejor, por ejemplo aquí en la escuela, yo aquí diría que diría que vendieran cosas sanas o sea nada que duritos, no permitir ni vender afuera de la escuela, porque haz de cuenta que caso tiene que uno los este cuidando aquí en la escuela si allá afuera te los van a vender..... (E9-30-PN-NA-PN).

Que quitaran la comida chatarra, porque pues hay veces que muchas mamás que por no llevarles lonche o por no preparar les dicen “ten dinero y cómprate papitas” ¡cosas que no les nutre, pero si les engorda!, si quitaran lo que son todas las chatarras, los fritos de ahí dentro de las escuelas, porque ya vez que les venden muchos fritos y los duritos o las tostadas, en la escuela siguen vendiendo comida chatarra, dice miya que si siguen vendiendo de esas cosas, “que no las va a quitar porque muchas señoras no venden bien si tienen otra clase de comida” (E8-27-OB-NA-BP).

7 Incluir mayor actividad física en el horario de clases

Cuatro madres de familia señalan que el tiempo que los niños le dedican a una actividad física dentro del plantel educativo es deficiente, de lo cual argumentan que la clase de educación física sólo tiene una duración de 15 minutos por semana, por lo que ellas proponen se incremente el tiempo que los niños hacen ejercicio dentro de la escuela ya que los niños en el hogar no retoman está actividad. Sobre los datos demográficos de estas mamás se encontró que su edad oscila entre 36 a 43 años. Dos tienen preparatoria, 1 estudio hasta en tercer semestre de enfermería y una tiene maestría. Dos se dedican al hogar y dos trabajan. 3 son casadas y una es madre soltera.

En las escuelas implementaran actividades extra deportivas, sí deportes después de clases (E6-40-SB-NO-SB).

Incrementar el ejercicio, porque yo creo que ya ni en las escuelas hacen tanto ejercicio, con 15 minutos que tienen de educación física no es suficiente y en la casa no te lo hacen, no lo hacen (E10-43-SB-NO-OB).

Más el deporte todos los días, no nada más una vez a la semana, los sacan cada vez que les toca, yo creo que un día a primero y otro a segundo y así se van, yo digo que es todos los días, que debería de ser todos los días aunque sea 30 o 40 minutos que es lo básico que debe de hacer uno, bueno yo digo porque a veces sí lo sacan y a veces no y a veces sí viene el maestro y a veces no viene, porque es un maestro para toda la escuela (E16-36-PN-NO-PN).

Pues, yo digo que deben de meter más actividad física en las escuelas porque sólo les dan 15 minutos una vez por semana, sí porque mi hija me decía el año pasado que tenía una maestra de educación física y decía “a ma’ nada más se ponía a jugar con nosotros y luego un niño la hacia enojar y decía ya me hartaron y se iba” (E12-38-OB-NA-OB).

8 Realizar pláticas informativas sobre alimentos nutritivos y a bajo costo

Tres madres de familia indican que es de suma importancia que se realicen pláticas informativas sobre como preparar alimentos nutritivos, pero sobre todo que las recetas o de los alimentos que se aborden en dichas pláticas reflejen el estatus socioeconómico de las participantes, ya que para ellas lo importante es que las comidas sean nutritivas y de bajo costo. Las madres que señalaron estas propuestas son mujeres de 38 a 45 años de edad, dos han estudiado maestría y una hasta 3er semestre de administración, las tres son casadas y trabajan y sus propuestas son:

Así, como distribuyen propaganda del dengue y contra la influenza a lo mejor ahí hacer campañas de que alimentos son los que te aportan mayor beneficios y los que menos tienden a perjudicar al niño, este y que no los ayuden a subir de peso o a lo mejor proponer dietas balanceadas que sean económicas, a lo mejor que te digan, este el hacer esta ensalada te va a salir en 50 pesos y estos son los aportes nutritivos que le daría al niño, a lo mejor si se editara algo de ese tipo, un programa para las madres seria muy bien y más que todo que se incluyeran los alimentos que consumimos y sobre todo que fueran económicas, porque a lo mejor mucha gente no tiene los medios para seguir una dieta diferente cada día, a lo mejor no se puede si a duras penas dan una comida al día (E6-40-SB-NO-SB).

Dar varias opciones a las familias para que coman de acuerdo a sus posibilidades económicas, darles opciones de preparación de alimentos, que sean variado o ya en la escuelas en los papás darles sugerencias de menús, menús equilibrados, dar ejemplos de cosas nutritivas a lo mejor que te den la plática de importancia y de todo eso, o sea pero también decirles como lo preparo y como hacerlo, porque no sabes que hacer como darle más importancia como a las personas que tienen diabetes y que les dan ya su menú y pueden combinar o ya cambiar darles opciones o tips a las mamás para ver que podemos hacer (E4-45-PN-NO-PN).

Hacer un programa donde las mamás vengan a enseñarse a hacer comida saludable y este sana y a bajo costo también, porque muchas veces pasan los carritos con pizzas con 30 pesos, oye ¡se te hace bien económico! y eso quieres que coman, pero ¡a veces eso no es bueno! (E11-38-OB-NO-SB).

9 Exponer las consecuencias de la obesidad, ya sea en campañas, proyecciones y sobre todo mostrar casos reales de personas que han padecido los problemas que desencadena la obesidad.

Las entrevistadas que plantean estas propuestas dos de ellas coinciden en trabajar o haber trabajado en una institución de salud, su escolaridad es licenciada en enfermería y maestría. La otra entrevistada su escolaridad es de carrera técnica y labora en una institución educativa. Sus edades oscilan entre 30 a 43 años y sobre esto proponene:

Bueno, ya ahorita se que en los centro de salud hay ciertos lugares donde te dan pláticas y te dan información de que pasa con la obesidad y que pasa con el azúcar, el colesterol y todo eso, pero creo que no estamos concientes todavía puesto que seguimos con los mismos patrones o cosas que no debemos de hacerlo y lo sigues haciendo, comiendo simplemente no haz encontrado o no hemos querido encontrar el tiempo para hacer ejercicio y cambiar los hábitos, este concientizar de fondo a la gente le dije a mi hija, te voy a llevar al hospital voy a pedir permiso para llevarte al hospital universitario para que veas a la gente que se está muriendo

por diabetes y se quedo seria y me dice ¡eres mala! Y le dije no soy mala es para que te des cuenta, porque si nosotros no vemos, cuando vemos de cerca algo, tocas fondo y voy a ver que puedo hacer, porque ya estoy ahí y voy a ver que puedo hacer, para ver si pueden ver y observar y a ver si eso les puede pegar, aunque yo creo que si pega eso, el que capaciten o nos capaciten a las mamás y nos concientizen a que se debe de cambiar el hábito, a parte de que yo vi, en la economía gastas mucho en refresco, es mucho gasto en refresco, es mucho gasto en papitas y es pura cosa que te hace daño (E5-43-SB-NA-PN).

Yo creo que la única manera de hacer conciencia en las madres es mostrando documentales donde se proyecte como estaba antes y que fue lo que provocó el después, porque ya cuando toca o al menos para mi cuando ya se toca algo de salud de mis hijos ya es algo agravante y te sientes mal porque tu provocaste aquello, veda y más cuando estás conciente de que te están diciendo ¡oye es que tu tienes tendencia hacer diabética!, tienes tendencia hacer hipertenso, entonces ahí está nuestra responsabilidad, y yo pienso que esa es la única manera en que podemos radicar o ayudar un poquito, entonces hacer conciencia, pero de alguna manera drástica ¡que duela!, ¡que impacte! ¡que llegue!, como cuando nos muestran que alguien está careciendo de algún aparato o que hacer un donativo porque esa persona se tiene que operar, que es lo que pasa te muestran imágenes donde te sensibilizan a ti, para que poder desprenderte de algo, entonces que mejor que nos mandar proyecciones que nos impacten para podernos desprender de esos hábitos que nos van a llevar a una situación muy difícil (E17-44-OB-NO-OB).

Yo siento que hay veces que a la gente le tienes que meter el temor, empezarle asustar, yo siento que a lo mejor hay que empezar por ese lado, meter algunos tips por medio de la televisión, de que los niños deben de comer más sano, que el niño que no se cuida de grande va ser un niño obeso, aparte de que tiene baja autoestima, las niñas gorditas va tener el problema de salud, entonces yo siento que más que nada es promocionar la prevención de la obesidad mediante ejercicio y alimentación que es algo que todo mundo lo sabe pero desgraciadamente necesitamos que no lo estén diciendo a cada rato para poderlo ejercer (E21-30-SB-NA-PN).

En general las propuestas que mencionaron las participantes fueron: como primer punto consideran que lo principal es aceptar el problema, seguido de concientizar a las madres ante dicha situación. Asimismo, cuidar la alimentación de los niños proporcionándoles y teniendo comida nutritiva en el hogar y sobre todo inculcar el deporte en la familia. En la escuela proponen aumentar el tiempo dedicado actividades físicas y modificar los alimentos que se venden en la cooperativa, también indican que en el plantel educativo se pueden realizar pláticas informativas sobre alimentos nutritivos y de bajo costo y por último algunas entrevistadas manifestaron que es indispensable proyectar las consecuencias de la obesidad y mostrar casos reales de personas que han padecido los problemas que desencadena la obesidad, esto con la finalidad de causar impacto entre las personas y así tomen la desición de modificar sus hábitos alimenticios.

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES, LIMITACIONES, IMPLICACIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

Este apartado muestra los diferentes hallazgos encontrados y las limitaciones que surgieron en el estudio, así como algunos aspectos importantes sobre las implicaciones que el estudio tiene para la profesión del Trabajo Social, para las políticas sociales, y para la comunidad científica y culmina con una descripción sobre las recomendaciones que surgieron a partir de los resultados encontrados.

Los hallazgos de este estudio permiten vislumbrar un fenómeno poco estudiado en el país, como lo es la percepción materna sobre el peso corporal de su hijo y las prácticas de alimentación. Más que ser concluyente, es un inicio que abre nuevos horizontes en la agenda. Por una parte, es imprescindible destacar que a partir de un acercamiento cualitativo fue posible explorar la percepción que las madres tienen acerca del peso corporal de sus hijos de 7 a 11 años, y como ésta se vincula con sus prácticas de alimentación y con los conocimientos acerca de la obesidad, información que se espera contribuya a aumentar la efectividad de las intervenciones para prevenir y controlar el sobrepeso y la obesidad en los niños.

La metodología cualitativa resultó especialmente adecuada para comprender las percepciones en profundidad del fenómeno a estudiar, desde el punto de vista de los propios sujetos implicados, es decir lo que las madres realmente dicen sobre la percepción de sus hijos que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad y sus implicaciones en la alimentación y por consiguiente en la salud. La utilización de las técnicas cualitativas como lo fueron: las entrevistas semiestructuradas y el grupo focal permitieron indagar y comprender en

gran parte las percepciones y prácticas de alimentación de la familia. Asimismo el enfoque cualitativo brindó una visión de los sujetos a quienes van enfocadas las políticas sociales, contribuyendo a esclarecer la realidad desde la visión de los actores, percibiendo a los individuos y su contexto desde una perspectiva holística, tratando de comprender a las participantes dentro de su propio marco de referencia, sin privilegiar la visión de un sujeto sobre otro.

Para dar inicio con los hallazgos se devela lo concerniente al primer objetivo específico el cual abarca lo relacionado con la percepción de las madres sobre el peso corporal de sus hijos. Tres de las madres de niños con bajo peso logran percibirlos adecuadamente, para ellas el hecho de que sus hijos presenten ésta condición representa debilidad y que están proclives a presentar alguna enfermedad. Las características sociodemográficas de estas madres son: las tres son mujeres de 28 a 30 años de edad, casadas y con escolaridad de secundaria.

Solamente una mamá no logró percibir adecuadamente el bajo peso de su hija, por el contrario lo sobrevaloró, al igual que dos madres de una niña y un niño con peso normal. En estos casos en particular, las similitudes entre estas madres es que son mujeres casadas, con un trabajo fuera del hogar y son personas que se encuentran preocupadas por su propio peso y también por el de sus hijos. Por consiguiente, queda al descubierto que estas progenitoras que muestran preocupación por su peso y el de sus niños suele manifestar una percepción distorsionada en el peso de sus hijos, esto quizás se deba a lo que menciona Facchini (2006) que las madres que son hipercríticas con sus cuerpos, también lo son con los de sus hijos y a su vez éstas, suelen presentar una imagen corporal pobre y un deseo de ser más delgadas. Por lo tanto, este hallazgo muestra que el tener una percepción distorsionada o errónea perjudica no sólo la percepción que un sujeto realiza de su propio valor personal, la autoestima, sino que también deteriora el funcionamiento normal de su comportamiento.

Las madres juegan un rol importante en transmitir un mensaje ya sea positivo o negativo relacionado con el cuerpo y peso de su hijo. Esto se ve reflejado en el estudio en el caso de una madre con su hija que presenta bajo peso, las actitudes que presenta la entrevistada hacia el deseo de no aumentar de peso y utilizar diversas alternativas para conseguirlo como: pastillas, dietas y ejercicio, han influido perjudicialmente en su hija, ya que ésta adoptó de forma temprana el miedo al aumento de peso, afectando sus hábitos alimenticios, cuidando los alimentos que consume y tratando de no comer alimentos con alto contenido de grasa. Por lo tanto este hallazgo muestra que si una madre de familia tiende a presentar una preocupación exagerada por su cuerpo, es más probable que las hijas adopten la misma actitudes ante el cuerpo de manera temprana y esto puede generar conductas que pueden desembocar en un verdadero desequilibrio nervioso, emocional y alimenticio tales como: obesidad, anorexia, bulimia, etcétera.

Por otro lado, las dos entrevistadas que no percibieron adecuadamente el peso normal en sus hijos, coincidieron en que la preocupación por el aumento de peso, surge a partir de recordar y revivir situaciones significativas de sus vidas, tales como: la obesidad y la diabetes en su madre o padre, en donde a este último lo orilló a fatales consecuencias como la muerte. Estos eventos y el hecho de tener predisposición genética a estas enfermedades han marcado la vida de las participantes creando en ellas cuidado en la alimentación de la familia para que en un futuro no presenten estas enfermedades. Al respecto Gergen (1996) señala que el individuo

puede volver al pasado y alterar el presente en función de él, o viceversa, basándose en la experiencia que ha tenido; o sea, ni el pasado ni el presente permanece fijo al enfrentarse a la realidad. Por lo tanto las personas poseen la capacidad intelectual para imaginar alternativas vitales, idear otras formas de ser, de actuar y de luchar, o bien utilizando su capacidad de reflexión y de imaginar alternativas, rehúye o abraza, reevalúa y reformula lo que la cultura, sus experiencias y el contexto le ofrecen.

El estudio demostró que las madres con peso normal tienen hijos con peso normal y en la mayoría su percepción refleja la realidad en cuanto al peso de su hijo, además el percibirlos adecuadamente genera en las madres falta de preocupación por el peso, por considerarlos saludables. Estas son madres que tienen mayor nivel educativo (maestría), por lo que podemos asumir que un alto nivel educativo en las madres se asocia al peso normal en los niños. De igual manera se encontró que 5 de las 6 participantes con hijos de peso normal tienen un trabajo remunerado y cabe aclarar que pese a sus labores fuera del hogar, éstas madres se encargan de la preparación de los alimentos y están con los niños a la hora de la comida, ya que salen de su trabajo a esa hora o regresan a casa para comer con sus hijos y para economizar tiempo ella indicaron que antes de partir a sus labores adelantan la cocción de algunos alimentos.

Por lo tanto queda al descubierto que si una madre trabaja y sabe distribuir su tiempo puede preparar, acompañar y cerciorarse de que sus hijos tengan una buena alimentación. Por otro lado, se observa que las mujeres siguen reproduciendo un rol tradicional donde la responsabilidad en relación a la alimentación sólo la asume la mamá, a pesar de que ellas al igual que su pareja tienen un empleo, según los discursos de las participantes la participación de los hombres en estas actividades es nula. Estos resultados coinciden con los de Sánchez y Hall (1999) donde encontraron que las mujeres españolas realizan la gran mayoría de los trabajos rutinarios del hogar y tienen jornadas laborales totales más largas porque deben realizar el trabajo fuera del hogar, el del hogar y el del cuidado de los hijos.

Todas las madres de familia con hijos que presentan sobrepeso, percibieron el peso de su hijo correctamente, ellas son casadas y tienen un trabajo remunerado. En relación a la percepción de las madres de hijos obesos, únicamente percibieron adecuadamente el peso de las hijas, no así con los hijos varones, independiente de la edad, así como de la escolaridad de las madres. Los datos encontrados en este estudio coinciden con el realizado por Hackie y Bowels (2007) donde señalan que ni el nivel de educación ni la edad se relacionan con la percepción correcta de las madres.

Una de las contribuciones más importantes de la investigación es la tipología encontrada sobre la percepción que tienen las madres de sus hijos. A partir de los datos se encontró que las madres que subestiman, sobrevaloran o perciben adecuadamente a sus hijos tienen características específicas, entre las cuales resaltan que las madres que sobrevaloran el peso de sus hijos son mujeres de hijos que presentan bajo peso y peso normal, además les preocupa su apariencia física, su cuerpo y el de sus hijos, tienen predisposición genética a presentar diabetes. Las madres que tienen hijos con obesidad presentan una percepción subestimada del peso del niño, son madres que tienen un trabajo remunerado, los comparan constantemente con otros niños, justifican su aumento de peso, e incluso responsabilizan a los niños de su condición, no implementan medidas para disminuir la obesidad en sus hijos. Las madres que

perciben adecuadamente a sus hijos, la mayoría son casadas 12 de las 14, la mitad de ellas son amas de casa, las 4 participantes con el mayor nivel de escolaridad (maestría) están en este grupo.

Entre los datos más sobresalientes se encontró que la percepción sobre obesidad y sobrepeso varía de acuerdo al sexo de los hijos, se descubrió que al tratar la obesidad no se puede obviar los aspectos de género, varios hallazgos surgieron sobre este tema y se encontró que en general la mayoría de las madres con hijos de sexo femenino logran percibirlos adecuadamente, de las 9 niñas participantes a 7 se les percibió correctamente. Por consiguiente, todas las madres con niñas con sobrepeso y obesidad lograron percibir su peso. Además para estas madres; la obesidad en la niñas representa mayores problemas, debido a que pueden ser discriminadas y les será más difícil socializar con sus pares e incluso formalizar un noviazgo a causa de sus problemas con el peso; por lo tanto, las madres perciben la obesidad en sus niñas como un estado no saludable y lo relacionan con la apariencia física.

Ello respalda la conclusión de que en la sociedad actual la obesidad no es considerada un problema de salud grave sino que realmente ha adquirido una representación social de apariencia física desagradable o no deseable. Por lo tanto, las intenciones de las madres en que sus hijas pierdan peso están más centradas en perder peso para mejorar su aspecto físico que en perder peso para ganar salud. Estas creencias parten del ideal de belleza que existe actualmente. Según Navarro (2004), desde niñas se les inculca los roles tradicionales dentro de los que destacan que a las mujeres se deben ocupar y preocupar por la belleza física y el atractivo sexual.

La percepción correcta de estas madres se vinculó a los conocimientos previos que poseen en relación a temas de nutrición, ya que estas madres son personas que en algún momento han acudido y recibido asesoría de un profesional en nutrición, debido a que ellas también han padecido problemas de obesidad. Por lo tanto, los hallazgos sugieren que la educación sobre temas relacionados con nutrición puede ser un factor clave para la prevención de la obesidad.

Por el contrario, las madres de los varones con obesidad los perciben con sobrepeso y no implementan acciones para prevenir y tratar la obesidad. Esto se asoció a tres motivos: la no percepción adecuada del peso de su hijo, a la falta de disposición de su hijo en llevar a cabo medidas para controlar el peso, y al hecho de que para ellas la obesidad no representa una enfermedad peligrosa. No obstante, esta situación se vuelve riesgosa, ya que la obesidad puede avanzar sin que las madres la perciban y cuando la perciban y acudan con un especialista, la obesidad ya se habrá instalado, los malos hábitos estarán más arraigados y las consecuencias como tener síndrome metabólico serán graves.

Para las madres con varones con sobrepeso u obesidad el aumento de peso en los niños se debe a los malos hábitos alimenticios y a la falta de actividad física, pese a esto las madres permiten que sus hijos sigan con estos hábitos, debido a que minimizan la situación de sus hijos, ya que para ellas este padecimiento no representa un problema salud del cual tengan que tomar medidas de prevención, porque el exceso de peso es una etapa pasajera que desaparecerá cuando el niño crezca o llegue a la adolescencia, que de acuerdo a la mayoría de las madres si esta situación se prolonga hasta esta etapa causa burlas, rechazo, estigmatización y discriminación por parte de sus compañeros. A pesar de que las mamás conocen las causas y

consecuencias que tiene esta enfermedad pasan inadvertidas ya que ven como lejano que esos problemas aparezcan en sus hijos.

De igual manera, los discursos de las madres dejan entrever que el no percibir adecuadamente el peso de sus hijos se debe al rechazo de admitir que el niño es obeso por qué el aceptarlo envuelve sentimientos de culpabilidad y que están fracasando como madres, ya que se sienten responsables de la salud y peso de sus hijos, lo que implica garantizar que los niños se alimenten y se encuentren en su peso normal.

A partir de los discursos de las madres se observa que para ellas el imaginario de ser una “buena madre”, involucra lo relacionado con la alimentación que les otorgan a sus hijos y con ello la responsabilidad de salud y peso de los mismos. Sobre esto Martín (2004) alude que tradicionalmente se señala que la buena madre sería la que renuncia a sí misma para conseguir el bienestar de su familia, dedicando todo su tiempo y esfuerzo a este objetivo, además el valor de la buena madre, supone que cuanto más trabajo invertido en el cuidado de la familia y del hogar, mejor madre se es.

Otro de los hallazgos mostró diferencias respecto al género y las prácticas de alimentación, en el caso de las madres con niñas que presentan obesidad y perciben la obesidad en sus hijas las prácticas están inclinadas a la pérdida de peso, por el contrario las madres de los varones que no perciben la obesidad en sus hijos, no estiman riesgos respecto a problemas en la nutrición de sus hijos, por lo tanto no muestran ningún deseo de cambiar las prácticas de alimentación con el objetivo de disminuir el peso corporal de sus hijos.

Respecto al objetivo de explorar las prácticas de alimentación se encontró que éstas se encuentran vinculadas con el estado nutricional de los niños. Los niños con bajo peso tienen una dieta desfavorable, es decir incompleta, poco equilibrada y con una baja variedad de alimentos, además de consumir pequeñas porciones. En las prácticas de alimentación de los niños de peso normal, se observa una dieta completa, equilibrada, higiénica, suficiente y en algunos casos variada. En el discurso de la mayoría de las madres de niños con peso normal manifiesta tener información correcta respecto a los alimentos, ya que preparan la comida basándose en el plato del bien comer⁵ o bien buscan que sean alimentos equilibrados en cada comida, con poco aceite, poco condimento, con verduras y poca carne. Por ende, las porciones y la alimentación están acordes a los nutrientes que debe consumir un niño.

La evidencia de este estudio mostró que las prácticas de alimentación de los niños con sobrepeso y obesidad y los tipos de alimentos que ingieren propician problemas de peso. Esto derivado de las dietas inadecuadas, desequilibradas y poco variadas que consumen, las cuales no cubren con los requerimientos de una alimentación saludable debido a el déficit de consumo de frutas, vegetales y un elevado consumo de alimentos pobres en nutrientes y con alta densidad energética; además tal como lo indican las madres de estos niños, las cantidades de comida son abundante. Así mismo, las madres de estos menores son más indulgentes que

⁵ El plato del Bien Comer es una guía que te ayuda a elegir los alimentos más adecuados para la salud. Donde se busca que cada comida sea una oportunidad de disfrutar la mayor variedad de alimentos posibles y procurando que sean adecuados para la edad, estatura, sexo, actividad física y estado de salud.

las madres de niños no obesos, ya que en la dieta permiten la ingestión de alimentos “chatarra” como: las golosinas, snacks y gaseosas e incluyen la comida rápida en sus menús.

Además, la información obtenida por las entrevistas indicó que la incidencia del sobrepeso y la obesidad en los niños está presente con el sobrepeso y la obesidad en sus madres. Esto se debe quizás a que los niños con sobrepeso y obesidad imitan las conductas de sus progenitoras, las consideran su prototipo a seguir, y como sus madres no consumen una alimentación equilibrada y no ejecuta alguna actividad física como hábitos de vida saludables, tanto las madres como sus hijos presentan problemas con el peso.

Se encontraron varios tipos de madres vinculados tanto a las prácticas de alimentación, como al peso real del hijo. Estas se dividen en madres autoritarias, indecisas e indulgentes; las madres autoritarias tienen hijos de peso normal, las madres indecisas tienen niños con bajo peso o sobrepeso, y las indulgentes son madres de niños con obesidad.

En relación a las prácticas de alimentación se observó que todas las participantes independiente del IMC de sus hijos reproducen los roles tradicionales, que fueron construidos desde su infancia en lo que corresponde al papel que debe asumir una mujer dentro del hogar. Entre ellos está la disponibilidad y preparación de los alimentos, así como las elecciones sobre la compra y distribución de los diversos alimentos para la familia. En esta categoría encontramos 2 madres de familia que intentan romper e implementar la división de actividades con su pareja, las cuales tienen un alto nivel de escolaridad, en este caso fue de maestría.

La forma de cocinar de las madres les fue transmitida a través de generaciones por sus madres o abuelas, por lo tanto existe una repetición de patrones en la forma en como se preparan los alimentos, ya que la comida que las mujeres les preparan a la familia en especial a los niños suelen ser igual a la que a ellas les preparaban sus madres. Ante eso, el construccionismo social señala que la forma en que las madres preparan los alimentos se basa en las experiencias y aprendizajes que han tenido en su vida, la cual generó un modo de ser para con su familia. No obstante, algunas madres cambiaron su forma de cocinar debido a que aprendieron, conversaron y conocieron distintas prácticas de alimentación a partir de la interacción con otras personas como lo fueron nutriólogos, médicos, etcétera los cuales pertenecen a otros sistemas relacionales.

Con relación al objetivo de descubrir si existen diferencias y/o similitudes en las prácticas de alimentación entre las madres con hijos que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, se encontró que la percepción que la madre tiene del peso corporal de su hijo determina la actitud que ella asume para que su hijo tenga prácticas de alimentación saludables. Por ejemplo, en el caso de los niños que las madres sobrestimaron su peso, las prácticas alimenticias se enfocaron en alimentos con poca grasa que les ayudan a disminuir o no aumentar el peso. Las madres que percibieron a sus hijos con bajo peso les proporcionaron mayor cantidad de alimentos para que estos aumenten su peso corporal. Las madres que perciben adecuadamente el peso normal en sus hijos proporcionan alimentos equilibrados con el fin de mantener el peso y en el caso de las madres que perciben el sobrepeso en sus hijos, debido a que no lo consideran un problema, sus prácticas no están enfocadas a disminuir, ni tratar el problema de sus hijos.

Otra diferencia encontrada entre los grupos de niños, es que los niños que presentan obesidad tienen hábitos de desayuno menos satisfactorios que los no obesos, la mayoría de estos niños no desayunan o si lo realizan es por instancia de las madres y éste consta sólo de alimentos líquidos. Por lo tanto, el enviar al niños a la escuela sin desayunar da como resultado hacer inadecuadas elecciones de alimentos, esto aunado a la cantidad de oportunidades que tiene el niño de comer tanto en la casa como en la escuela y a la disponibilidad de comida rápida y no saludable que ingiere a lo largo del día trae como consecuencia la obesidad infantil.

Otro aspecto que se indagó es el lugar para comer: en relación a este punto se encontró una similitud en todas las familias, ya que todas ellas consumen los alimentos en el comedor o cocina de la casa, unas viendo la televisión, otras platicando sobre los acontecimientos del día o de los planes para el siguiente día. Sin duda, los hallazgos de esta investigación indican que los niños que comen frente al televisor, según sus madres son todos los niños con problemas en su peso (bajo peso, sobrepeso u obesidad), en comparación con los niños de peso normal que solo 1 de los 6 come con la televisión encendida, por lo cual queda al descubierto que existe una clara conexión entre la televisión, el sobrepeso y la obesidad en los niños, esto quizás porque cuando el niño está comiendo frente al televisión no come o come más rápido, en mayor cantidad y por más tiempo. Sin embargo algunas madres no les preocupan esta conducta, mientras que otras la consideran un distractor para los adultos y los niños, pese a ello no han hecho nada para deshacerse de esa conducta.

Por lo tanto queda al descubierto que la madre es un factor importante y puede servir de modelo para que el niño tenga hábitos saludables, ya que la madre como primera cuidadora tiene mayor influencia en el desarrollo de hábitos saludables de alimentación y de actividad física, debido a que es la encargada de ofrecer algunos alimentos y de evitar otros, distribuir las comidas durante el día, determinar sus cantidades y dirigir en sus hijos el aprendizaje hacia la formación de preferencias por alimentos saludables y ejercicio. No obstante, la madre no es la única responsable es necesario que en conjunto padres, gobierno y escuela participen para disminuir los problemas de mala nutrición en los niños.

Un hallazgo importante del estudio fue que el rechazo de los alimentos por parte de los niños genera algunos sentimientos negativos en las madres. Por consiguiente, se encontró que las madres de los niños con sobrepeso y obesidad les provoca mayor conflicto, el rechazo de los alimentos y esto les provoca sentimientos como: enojo, coraje, frustración, tristeza y preocupación; tal vez éstas actitudes han sido un factor que se encuentra relacionado con la obesidad de los niños ya que el problema pudiera radicar en la forma en que la madre ofrece comida, lo cual depende de lo que cree que el niño necesita y no de lo que el niño realmente requiere. A su vez, si el niño reconoce los sentimientos de las madres, éstos pudieran obligarlo a seguir comiendo con tal de no enfrentar un conflicto con sus madres.

Sobre este punto, Korbman (2007) menciona que la manera en la que el niño haya introyectado las enseñanzas de la madre respecto de la comida será el modo en que se alimenten por el resto de su vida, ya que siempre llevará dentro de sí la imagen de esa madre, y si ésta fue muy rígida, exigente e insistente con él. Tal como lo mostró este estudio al ser la madre quien planea, compra, prepara y sirve la comida, es quien regularmente fija el patrón de hábitos y actitudes hacia la alimentación. De acuerdo a Gergen (2007), los valores y costumbres tienen que ver con el medio en que ella se crió, aunque también hay que

considerar los ingresos, la región geográfica, el nivel educativo, además de las supersticiones, creencias y valores; factores muchas veces heredados y otros influenciados por sus interacciones con el medio social, que siempre estarán presentes en los patrones de conducta alimentaria en el hogar.

Por otra parte, los conocimientos que tienen las madres de familia acerca de la obesidad es que la mayoría de ellas señalan que el incremento de la obesidad infantil se debe a diversas causas, entre las que destacan: la sobre ingesta de alimentos con alto contenido energético y pobre en nutrientes, el no llevar una alimentación sana y equilibrada, y el sedentarismo. En cambio para, 4 mamás de entre 38 a 45 años de edad, de las cuales tres trabajan (dos maestras de universidad y secundaria y una es administradora de su negocio) consideran que la obesidad infantil se desencadena por: la desatención de los padres y la falta de control sobre los alimentos que los niños comen fuera de casa.

Como se evidenció en las narraciones todas las madres conocen algunas de las consecuencias que trae consigo la obesidad entre las que destacaron: la diabetes como principal, después la hipertensión y por último el colesterol. Además 6 madres de entre 27 a 40 años, de ellas cuatro se dedican al hogar y dos trabajan como maestras, señalaron algunas repercusiones psicosociales a las cuales se enfrentan los niños que presentan obesidad como son: discriminación, rechazo por su aspecto físico y burlas por parte de sus compañeros sobre todo cuando se encuentran en el plantel educativo.

Por consiguiente, los hallazgos de la investigación muestran que las madres de familia tienen conocimientos referente a lo que es una buena alimentación, sin embargo, no implementan dichos saberes en su familia, sobre todo las madres de los niños con sobrepeso y obesidad ya que indican se enfrentan a diversas barreras que no les permiten llevar a cabo cambios en las prácticas de alimentación de las cuales destacan que los niños no permiten cambios, ya que si les piden dejar un alimento lloran o hacen berrinche, además no les gustan las verduras y los adultos de la casa prefieren la comida chatarra, por lo que no tienen interés en preparar comidas saludables.

Por último, se obtuvieron las propuestas que tienen las madres para combatir la obesidad infantil, las cuales pueden servir de base para la elaboración de un proyecto de intervención donde se abarquen los temas que fueron descritos por las participantes. Entre los temas que mencionaron destacan: como primer punto consideran que lo principal es aceptar la obesidad del hijo, seguido de concientizar a las madres ante dicha situación. Asimismo, cuidar la alimentación de los niños proporcionándoles comida nutritiva en el hogar e inculcar el deporte en la familia. En la escuela proponen aumentar el tiempo dedicado actividades físicas y modificar los alimentos que se venden en la cooperativa, también indican que en el plantel educativo se pueden realizar pláticas informativas sobre alimentos nutritivos y de bajo costo. Por último, consideran indispensable proyectar las consecuencias de la obesidad, mostrando casos reales de personas que han padecido los problemas que desencadena este padecimiento, esto con la finalidad de causar impacto entre las personas y así desicidan modificar sus hábitos alimenticios. Se observó que algunas de las participantes empiezan a cuestionar que sólo la responsabilidad sobre la alimentación unicamente recaega en ellas y piden el apoyo de otros organismo tales como: la escuela de la cual proponen sea coparticipe en la alimentación de los niños.

Por otro lado, el enfoque teórico utilizado en este estudio fue el construccionismo social con el que se buscó explorar la relación entre el peso corporal que las madres perciben de sus hijos con las prácticas de alimentación que se llevan a cabo en la familia, dicha teoría considera que la realidad que vive cada persona en este caso las entrevistadas se establece como consecuencia de un proceso dialéctico entre relaciones y estructuras sociales e interpretaciones simbólicas, internalización de roles y formación de identidades individuales. Además ofreció la posibilidad de explicar que la percepción que cada una de las madres tiene del cuerpo de sus hijos es una construcción colectiva, un producto del intercambio social. Es decir, las ideas, las verdades, el propio ser, son producto de las relaciones humanas, de una comunidad de personas y relaciones. Asimismo, ayudó a comprender que los significados que brindaron las participantes, aquellos que le atribuyen a las cosas, a los acontecimientos, a la gente, resultan del lenguaje: del diálogo social, del intercambio y la interacción.

El construccionismo social aplicado a la investigación permitió conocer la "realidad" de las madres de familia entrevistadas tal y como la interpretan, respetando el contexto donde dicha "realidad social" es construida a partir de sus vivencias pasadas y sus experiencias presente. No obstante, cada una de las madres crea su propia versión de percepción en su propio cerebro, ya sea puede percibir el peso corporal de sus hijo de forma adecuada, sobrevalorada o subestimada, la cual viene siendo producto del punto de vista particular o de las determinaciones culturales específicas de cada individuo. Todas las voces que están inmersas en su contexto hacen su provechosa aportación a los importantes diálogos. Según Donoso (2004) esto se debe que este enfoque construccionista constituye una aproximación a la comprensión de los fenómenos psicosociales que contempla la integración de la mutua influencia y reciprocidad entre los aspectos individuales- particulares y los aspectos socioculturales.

Desde esta perspectiva la percepción que la madre tiene en relación al peso corporal de sus hijos se encuentra fuertemente influida por el aprendizaje, el medio sociocultural y el contexto, que a menudo exhiben los ideales de belleza que marca la sociedad, la delgadez para la mujer y el cuerpo atlético para los hombres. De alguna manera, las mujeres con esos ideales prescritos culturalmente y si a esto se le suma los comentarios provenientes del contexto, las madres suelen juzgar el peso corporal de sus hijas con mayor severidad, ya que de acuerdo a los patrones físicos establecidos se espera que las niñas sean esbeltas, pierdan el mayor peso posible para lograr un cuerpo y una imagen ideal, mientras que en los niños no se busca la delgadez, sino que aumenten su masa muscular para lograr el cuerpo ideal.

Por último, implicó mirar las maneras como son creados, institucionalizados un fenómeno social como en este caso lo es la obesidad infantil que puede servir de fundamento para otras investigaciones de este mismo carácter, ya que pone énfasis a las descripciones de los mismos sujetos en este caso de las madres de familia, siendo posible entonces, conocer la vivencia y las distinciones que las entrevistadas hacen respecto de lo que para ellas es significativo en un determinado tópico o concepto, el cual fue manifestado a partir de las entrevistas semiestructuradas con las cuales se abordó desde sus percepciones, creencias y valores que definen los significados que orientan y determinan una particular forma de sentir pensar y actuar de cada una de las madres familias participante en el estudio.

Finalmente se afirma que la investigación cualitativa en el ámbito de la salud constituye un recurso creciente para la generación de conocimiento y la búsqueda de solución a diversas problemáticas que afectan a las personas. Además al comprender y abordar la realidad, permitirá mejorar los programas de salud. Por otro lado, este enfoque facilita la identificación de aspectos que pueden ayudar a interpretar y dar significado a los hallazgos producto de los estudios cuantitativos que se hayan hecho en relación a este tema, de esta manera la investigación en salud requiere incorporar aproximaciones cuantitativas y cualitativas que no deben considerarse como antagónicas, ni excluyentes sino complementarias ya que la utilización de ambas perspectivas permitirá una visión más amplia de los problemas de salud.

6.2 Limitaciones

Entre los inconvenientes que presentó este estudio fue que por tratarse de un estudio cualitativo los resultados obtenidos no pueden generalizarse a toda la población de madres con niños de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, y sólo servirán para describir, comparar y caracterizar a los integrantes de los grupos, indicativos de un segmento de la población, ya que tanto las entrevistas semiestructuradas como los grupos focales se usan para obtener una comprensión profunda, representativa, de las percepciones, actitudes y prácticas de la población que estuvo bajo estudio.

Una de las limitaciones al realizar este estudio fue la falta de participación de las personas para formar parte de la muestra, quizá por el tiempo en el que se llevarían a cabo las entrevistas o por sus diversas ocupaciones. Así, como lo muestra Grant (1991) algunos entrevistados no cooperan entusiastamente, ya que piensan que será violada su privacidad y en algunos casos, no están deseosos de sentarse todas las horas que toma completar la entrevista, estos dos factores de tiempo y preocupación por la privacidad, son impedimentos para que se logre un estudio cualitativo.

Otra limitación del estudio fue el tiempo que se tardó en encontrar a los sujetos que tuvieran las características requeridas en la investigación, además requirió tiempo ubicar los planteles educativos en los cuales se trabajaría, también demandó algunas semanas negociar un permiso con la Secretaría de Educación en el cual se autorizara acceder algunas escuelas primarias para así poder conversar con los directivos sobre los intereses de investigación, hacer uso de las instalaciones y contactar informantes.

Otra consideración es la configuración en el que las entrevistas se llevaron a cabo. La mayoría de las madres fueron entrevistadas en las instalaciones del plantel educativo. Por lo tanto, hubiera sido interesante entrevistar a las madres dentro de su ambiente e incluir la técnica de observación participante para constatar que lo dicho sobre las prácticas de alimentación en realidad se este llevando a cabo tal y como lo mencionaron.

Al llevar a cabo las entrevistas, fue evidente que pudo ser beneficioso haber llevado a cabo varias entrevistas con las madres a fin de obtener discursos con más riqueza. La investigadora estaba consciente de ser un extraño para las mamás y aunque la mayoría estaban dispuestas a conversar, el que se reuniera con ellas en varias ocasiones, hubiera ayudado a desarrollar una buena relación y hacer más fácil para las madres compartir sus experiencias y tal vez así las

entrevistadas permitirían que la investigadora participará y observará un día de sus actividades diarias.

Otro factor a considerar es el sesgo potencial de selección entre aquellas que optaron por participar. Vale la pena señalar que hubo madres de familia que aceptaron participar en la investigación y pareciera que todo estuviera bien, pero, las experiencias de las que decidieron no participar, pueden haber sido muy diferente a los discursos de las que aceptaron participar. Cabe recalcar que en los niños donde el problema de obesidad era severo, las madres no permitieron que a sus hijos se les tomaran medidas antropométricas y por ende ella no quisieron participar en el estudio.

6.3 Implicaciones del estudio

La obesidad infantil es una enfermedad multicausal requiere de la participación de Trabajadores Sociales, Médicos, diseñadores de política, la comunidad científica y la población en general. Es importante destacar la relevancia de esta investigación dentro del campo del Trabajo Social, ya que brinda información que puede ser retomada en la aplicación de programas de salud y nutrición, en la planificación y organización de los servicios de salud, específicamente en intervenciones que potencien las prácticas de alimentación favorables de las familias, basadas en las percepciones, creencias y costumbres que describieron las madres de familia, pero además integradas a una adecuada educación nutricional, que sea congruentes con la realidad que vive cada grupo en particular.

Contar con esta información sería beneficioso para los trabajadores sociales para que pueda proponer estrategias y alternativas encaminadas a la creación de programas relacionados con mejoras en la salud, en especial acciones encaminadas a contrarrestar la obesidad infantil. A medida que la población infantil y la obesidad siguen creciendo, los Trabajadores Sociales, pueden incorporar una nueva área de prevención e intervención con grupos de madres con hijos que presenten obesidad, aumentando así los diferentes campos en los cuales intervenir. Al momento que los Trabajadores Sociales entren en contacto con estas poblaciones deberán implementar y diseñar programas enfocados a una educación preventiva ya que los hallazgos de esta investigación señalan que la educación es un factor clave para la prevención de la obesidad, asimismo es un elemento de disuasión a los comportamientos negativos y las consecuencias de la obesidad. A su vez, si el Trabajo social se involucra en investigaciones orientadas a problemas de salud, pasa de ser sólo ejecutor de programas, a ser un agente activo que contribuya de manera significativa en la construcción de las políticas de bienestar.

Por lo tanto, los Trabajadores Sociales pueden encontrar nuevas maneras de ayudar a la familia a enfrentar la obesidad y del mismo modo los padres pueden contribuir para la realización de proyectos que se estructuren conforme a sus necesidades. Por consiguiente, este profesional puede promover el cambio en las comunidades, ayudando a crear o apoyar políticas que hagan una sociedad más sana, porque abogar por políticas que se centran en la salud y el bienestar de las familias es una responsabilidad ética de los trabajadores sociales.

En este sentido, la obesidad infantil implica un problema de salud pública, dado que afecta negativamente la formación de los niños y las niñas que la padecen, donde no sólo repercute su calidad de vida, sino también en el desarrollo de su contexto más próximo y en el desarrollo

de la comunidad en su conjunto, por lo cual se estima conveniente crear políticas sociales dirigidas a ésta y a otras problemáticas presentes en la población infantil.

Si bien, las políticas no deben ser artefactos que vayan de arriba hacia abajo en el proceso de implementación (de los diseñadores de políticas, hacia los grupos de población afectada por la problemática social), sino que deben ser impulsadas por las necesidades de los grupos afectados (de la población, a los diseñadores de políticas), como se retoma en este estudio la visión y perspectivas de las madres de niños que presentan bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Por lo tanto, cuando se conoce desde las mismas involucradas sus necesidades particularmente lo relacionado con la salud permitirá a la política social elaborar programas fundamentados en sus perspectivas particulares. Además le dará una forma más completa al diseño de las políticas.

Este estudio ofrece evidencia científica que seguramente pudiera minorizar los efectos de la obesidad infantil que esté afectando a una población en particular. En este sentido, se espera que esta investigación haga crecer en análisis, los datos para el establecimiento de nuevas leyes y teorías que demuestren una realidad con características y soportes de orden, ya que mostrarían evidencias de cómo la percepción distorsionada de la madre produce efectos adverso a la salud del niño.

De igual forma, los resultados obtenidos en este estudio como es el conocer las prácticas de alimentación y las diferencias entre los niños de bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad pueden afinar y/o modificar a través de críticas constructivas las políticas sociales enfocadas en la nutrición, para de ésta manera contribuir a su perfeccionamiento. Además, el utilizar estudios cualitativos como este, sea de manera previa al diseño de una política o programa social, o bien como instrumento de evaluación, puede evitar algunas posibilidades de fracaso en los programas sociales, ya que los resultados de este estudio muestran diversas propuestas de las madres de familia que pueden incidir directamente para erradicar la obesidad infantil. Por lo tanto, si se toman en cuenta estas propuestas se estarían diseñando bajo una perspectiva más incluyente (de los actores directamente involucrados en el problema, de las madres y los niños que enfrentan problemas de obesidad) y no desde el escritorio con una visión poco crítica e incluso parcial de aspectos elementales de la problemática social.

Para la comunidad científica los resultados de este estudio, podrían ser una contribución en la reducción de los factores de riesgo que trae consigo la obesidad como son: la diabetes mellitus e hipertensión, enfermedades frecuentes en la población adulta a consecuencia de la obesidad y ahora en aumento en la niñez. El estudio podría arrojar datos muy interesantes en relación a cómo desarrollar programas de prevención de obesidad en escolares en los cuales se involucre la madre de familia, ya que diversa literatura y este estudio en particular muestra que las madres son las encargadas de alimentar a la familia y con ello de su nutrición. Además resulta más favorable inculcar a los niños hábitos saludables, porque una vez establecidos los hábitos poco saludables y el aumento de peso en las personas, es muy difícil revertirlos. Por lo anterior es importante incluir estrategias para sensibilizar, informar y capacitar a las madres de familia en temas de alimentación y nutrición. Por lo tanto, la prevención es la mejor manera de contrarrestar las altas tasas de obesidad en la población en general.

Los hallazgos de esta investigación pretenden demostrar que cuando las madres desconocen la situación de obesidad en sus hijos, en vez de ayudar a disminuir el problema está incitando a que siga en aumento. En cambio, si la madre está consciente y percibe la situación de obesidad, implementará estrategias para ayudar a su hijo a mejorar la condición de peso, tal como se observó en este estudio con las niñas que presentan obesidad, donde las madres perciben su situación de peso y realizan acciones enfocadas a disminuir el peso. Por lo tanto se apuesta a que la correcta identificación y aceptación de esta enfermedad como un problema de salud y abandonar el concepto de que la obesidad no es sólo un problema estético, sino de salud, así pues este es un paso obligado en el proceso de una comprensión correcta del significado que tiene el exceso de peso corporal en los niños.

Se recalca que únicamente con los conocimientos que señalan las afectaciones, directas e indirectas, que causa la obesidad a la salud no es posible entender su verdadera significación e implicaciones inmediatas y futuras. La propuesta que nace a partir de este estudio va más allá de sólo mostrar las consecuencias que trae consigo la obesidad, sino se espera implementar una educación social basada en competencias, por ejemplo, donde las madres de familia no sólo obtengan conocimientos sobre alimentos que debe consumir y que son parte de una dieta saludable, sino también adquieran habilidades, actitudes y capacidad de acción que le permitan recrear esos conocimientos ante situaciones específicas que se presenten en su familia, a su vez movilice sus recursos personales y del entorno, los cuales les permitan enfrentar problemas y situaciones complejas. Además se les podría proporcionar información que les ayude a enfrentar las barreras o dificultades que tienen dentro del hogar para llevar a cabo prácticas de alimentación saludables.

Por último, la prevención de la obesidad debe ser una estrategia prioritaria de salud pública que debe tener sus inicios en la niñez continuarse a todo lo largo de la vida y tener la participación activa y comprometida del personal de salud junto con otros sectores de la sociedad. Tal como lo mencionan Cárdenas, et al. (2010), vale la pena insistir que cuanto más temprano sea su inicio, los beneficios a corto, mediano y largo plazo serán más importantes, evidentes y eficaces.

6.4 Recomendaciones

Es recomendable realizar mayores investigaciones en nuestro país para definir más exactamente los factores asociados con la percepción inadecuada de los padres acerca del peso corporal de sus hijos. Un mejor conocimiento por parte de las madres del peso corporal de sus hijos es una medida de intervención preventiva en los niños con obesidad, ya que como se encontró en este estudio cuando una madre no percibe la obesidad en su hijo contribuye negativamente en el éxito de las intervenciones que se quieran llevar a cabo.

Por otra parte, se debe hacer énfasis en sensibilizar a las madres sobre los problemas de salud frecuentemente asociados a la obesidad, no sólo lo relacionado con la apariencia física. Por ende es necesario promover el impacto presente y futuro que tiene esta patología en el niño o la niña, para su entorno próximo, y para la sociedad en su conjunto.

Por ello es ineludible transmitir a la sociedad ya sea en programas o proyectos la idea de que la obesidad es una enfermedad crónica, progresiva, no reversible por sí misma y que

condiciona una serie de complicaciones que aumentan su gravedad conforme el peso se va incrementando. También es importante que la población conozca estrategias sencillas y efectivas para prevenir la obesidad. A su vez se deberían desarrollar programas de prevención de sobrepeso en los niños, ya que una vez establecidos los hábitos poco saludables y el aumento de peso, es muy difícil revertirlos.

Otras recomendaciones para futuras investigaciones es utilizar una muestra que sea representativa de la población, de manera que los resultados puedan ser generalizados. Se recomienda además, que se incorpore metodologías mixtas de investigación que resulten en un mayor acopio de datos al igual que en una mayor profundización de los mismos.

La idea del estudio no es hacer generalizaciones a partir de los hallazgos aquí expuestos, pero sí se tiene como pretensión el generar nuevas preguntas de estudio así como la necesidad de profundizar en el punto de vista de los directamente implicados en temas como la obesidad infantil. Por último, los resultados del presente estudio recalcan la importancia de realizar trabajos de investigación en los que se profundice en temas tales como:

- Conducta alimentaria de niños que presentan sobrepeso y obesidad.
- Formación de gustos y preferencias alimentarias.
- Experiencias de las barreras a las que se enfrentan las madres para llevar a cabo una alimentación saludable.
- Patrones de consumo en niños con diferente IMC.
- Cultura alimentaria de las familias.
- Creencias culturales y prácticas en torno a la comida rápida.
- Diferencia de género en las prácticas de alimentación entre hombres y mujeres o niños y niñas.

Cabe resaltar que esta investigación es una pequeña parte de lo mucho que se puede investigar sobre obesidad infantil, por lo que queda de otros investigadores ampliar la información que aquí se ofrece. Sería gratificante que nuevos investigadores interesados a estos temas tomen en cuenta los planteamientos aquí señalados, de forma que se enriquezca la información obtenida.

Bibliografía

- Aboitiz, C. (2008). Obesidad. Recuperada el día 15 de febrero del 2011, de <http://www.doctorabotiz.com/pediatria/13-articulos-de-pediatria/129-obesidad>
- Aignerren, M. (2002). La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. *CEO*, 7, 1-20.
- Akerman, A., Williams, M. y Meunier, J. (2007). Perception versus Reality an Exploration of Children's Measured Body Mass in Relation to Caregivers' Estimates. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 871-882.
- Albañil, M. R., Sánchez, M., de la Torre, M., Olivas, A., Sánchez M. Y. y Sanz T. (2005). Prevalencia de obesidad a los 14 años en cuatro consultas de atención primaria. Evolución desde los dos años. *An Pediatr (Barc)*, 63(1) Febrero, 39-44.
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.
- Amezcuca, M. y Gálvez, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de Salud Pública*, 76 (5). Recuperado el 19 de mayo de 2008, de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272002000500005
- Apfeldorfer, G. (2004). *Anorexia, bulimia, obesidad*. México: Siglo XXI Editores.
- Arenas, R. (2012). Introducción a la fenomenología. Recuperado el 30 de enero de 2012, de <http://noemagico.blogia.com/2006/033001-introduccion-a-la-fenomenologia.php>
- Ariza, M. y Olivera, O. (1999). *Género, trabajo y familia: consideraciones teórico-metodológicas*. México: Instituto de investigaciones sociales UNAM.
- Arroyo, M. y Cabello, M. (2010). *Narrativas de Obesidad: emociones y subjetividad en torno a la imagen corporal*. En M. Cabello y S. Garay (Coord.). *Obesidad y prácticas alimentarias: impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. (pp.131-165). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Baker, H. y Belfer, P. (2002). Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la obesidad. En: Méndez, N y M. Uribe (Eds.) *Obesidad. Epidemiología fisiopatología y manifestaciones clínicas*. México: El manual moderno. 253-284.
- Ballesteros, J., Dal-Re, M., Pérez, N. y Villar, C. (2007). La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (ESTRATEGIA NAOS). *Revista Española de Salud Pública*, 81 (5).
- Barquera S., García E., González, C., Hernández A M., Lonngi, G., Morín, et al. (2003). Obesidad en el adulto. *INSP*, 5 (2), 1-4.

- Barquera, S., Rivera, J., Campos I., Hernández, L., Santos-Burgoa, C., Durán, E., et al. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado el 8 de agosto de 2011, de http://www.sep.gob.mx/es/sep1/Acuerdo_Nacional_Salud_Alimentaria
- Barrio-Cantalejo, I. y Simón-Lorda, P. (2006). Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin (Barc)*, 126(11), 418-23.
- Baughcum AE, Chamberlin LA, Deeks CM, Powers SW y Whitaker RC. (2000). Maternal Perceptions of Overweight Preschool Children. *Pediatrics*, 106 (6), 1380-1386.
- Bautista-Castaño, I., Sangil-Monroya, M., y Serra, Ll. (2004). Conocimientos y lagunas sobre la implicación de la nutrición y la actividad física en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil. *Med Clin (Barc)*, 123(20), 782-793.
- Benson, L., Heather, B., Baer, J. y Kaelber, D. (2008). Trends in the Diagnosis of Overweight and Obesity in Children and Adolescents: 1999–2007. *PEDIATRICS*, 123 (1), 153-158.
- Berger, M y Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. Decimoctava reimpresión.
- Bertoldi, S., Fiortito, M. y Álvarez, M. (2006). Grupo focal y desarrollo local: aportes para una articulación teórico-metodológica. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 17 (33), 111-131.
- Bertot, I. A., Moré, Y. Y., Fonseca, R. A., Rodríguez, A. y Ortiz, M. (2003). Factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer. *Medicina de Familia*, 4(3) ,167-170.
- Bertran, M. (2009). *Reflexiones sobre el análisis antropológico de la alimentación*. En A. E. Castro (Coord.) *Salud, nutrición y alimentación: Investigación cualitativa*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Bilbao, I., March, J. y Prieto, M. (2002). Diez aportaciones del empleo de la metodología cualitativa en una auditoria de comunicación interna en atención primaria. *Revista española de Salud Pública*, 76(5), 483-492. Recuperado el 19 de mayo de 2008, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/170/17076510.pdf>
- Bowen, G. (2005). Preparación de una tesis basada en la investigación cualitativa: Lecciones aprendidas. *The Qualitative Report*, 10 (2), 208-222. Recuperado el 5 de Mayo de 2005, de <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR10-2/bowen.pdf>
- Bracho, F. y Ramos, E. (2007). Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿Es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? *Revista Chilena de Pediatría*, 78 (1), Enero- Febrero, 20-27.

- Brien, K., Hunter, J., Halberstadt, J. y Anderson, J. (2007). Body image and explicit and implicit anti-fat attitudes: The mediating role of physical appearance comparisons. *El sevier*, 4, 249-256.
- Briz, F. J., Cos, A. I. y Amate, A. M. (2007). Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. Estudio PONCE 2005. *Nutrición Hospitalaria*, 22(4), Marzo, 471-7.
- Bruss MB., Morris J. y Dannison L. (2003). Prevention of Childhood Obesity: Sociocultural and Familial Factors. *Journal of the American Dietetic Association* 103(8), 1042-1045.
- Bustos R., O. (1997). *Género, socialización y familia*. En Memorias del V simposio mexicano de desarrollo humano "Género y pareja". México: Universidad Intercontinental.
- Buchwald, H., Cowan, G. y Pories, W. (2009). Incidencia prevalencia y demografía de la obesidad. En: Buchwald, H., Cowan, G. y W. Pories (Eds.), Tratamiento quirúrgico de la obesidad. (pp.11-17). España: El sevier.
- Caballero, J. J. (1991). Etnometodología: Una explicación de la construcción social de la realidad. *Revista Española de Investigación Sociológica*, 56, octubre- diciembre, 83-114.
- Cabello, M y Zúñiga, J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 2 (X), Abril-Junio, 183-188.
- Cabello, M. (2006). Intrapersonal and familial *Factors associated with obesity from a Mexican and Mexican American phenomenological perspective*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cabello, M., Ávila, M. y Garay, S. (2010). *Percepción de las madres sobre una alimentación "saludable" y su relación con los hábitos alimenticios de los hijos*. En M. Cabello y S. Garay (Coord.). *Obesidad y prácticas alimentarias: impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. (pp.193-214). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Calderón, C. (2002). Criterios de la calidad en la investigación en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 473-478.
- Calzada, R., Dorantes, L. y Barrientos, M. (2006). Recomendaciones de la Sociedad Mexicana de Endocrinología Pediátrica, A.C. para el Tratamiento de Obesidad en Niños y Adolescentes. *Acta Pediatr Mex*, 27(5), 279-288.
- Campbell, T. (1992). *Siete Teorías de la Sociedad*. Madrid: Cátedra.
- Campillo, J. (2008). *El mono obeso*. Barcelona: Drakontos.
- Campollo, O. (1995). *Obesidad: bases fisiopatologías y tratamiento*. México: Miguel Ángel Porrúa.

- Campoy, S. (2005 agosto). La obsesión-compulsión por ciertos alimentos. *Ciencia Conocimiento Tecnología*, 13, 37.
- Cañón, O. (2008). Las huellas del sujeto en narrativas de autores construccionistas. *Revista Diversitas, perspectivas en psicología*, 4 (2), 245-257.
- Cárdenas, V., Dueñas, B., Flores, Y., Gallegos, E. y Cerda, R. (2010). *Impacto de la obesidad y factores de riesgo de síndrome metabólico en adolescentes universitarios*. En M. Cabello y S. Garay (Coord.). *Obesidad y prácticas alimentarias: impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. (pp.217-235). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Carnell, S., Edwards, C., Croker, H., Boniface, D. y Wardle, J. (2005). Parental perceptions of overweight in 3-5 y olds. *International Journal of obesity (London)*, 29 (4), 353-355.
- Carrascosa, A. (2006). Obesidad durante la infancia y adolescencia. Una pandemia que demanda nuestra atención. *Med Clin*, 126 (18), Febrero, 693-694.
- Castells, M. y Gascón, P. (2002). Autoimagen corporal, comportamiento alimentario y estilo de vida en los adolescentes. *Nutrición y obesidad*, 5 (5), Septiembre-Octubre, 7-8.
- Castillo, E. y Sáenz-López, P. (2007). Hábitos relacionados con la práctica de actividad física de las alumnas de la Universidad de Huelva a través de historias de vida. *Revista de currículum y formación del profesorado*, 11(2), 1-18.
- Castro, A. y Ramos, E. (2009). *Los discursos sobre la nutrición y la alimentación*. En A. E. Castro (Coord.) *Salud, nutrición y alimentación: Investigación cualitativa*. (pp. 23-40). Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Castro, P. (2005). MAXqda. Software for qualitative data analysis. (Software de cómputo). Berlín: Consult.Sozialforschung. Gmbh.
- Center for disease Control and Prevention (CDC). (2010). Percentiles de estatura por edad y sexo. Recuperado el 12 de febrero de 2010, de [http: www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).
- Cervera, P. (2002). Seguridad alimentaria: safety and security. *Nutrición y Obesidad*, 5 (1), Enero-Febrero, 48-53.
- Chase, Ch. (2005). *La Construcción de la realidad social*. Barcelona: Paidós.
- Colomer, J. (2007). ¿Qué hacer ante el incremento de la obesidad infantil? *Universidad de Valencia*, 14 (5), 227-229.
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. México: Ariel.

- (2006). *Del dicho al hecho: las diferencias entre las normas y las prácticas alimentarias*. En M. Bertrán y P. Arroyo (Eds.) *Antropología y nutrición*. (pp.75-116). México: Fundación Mexicana para la salud.
- Conway, J., Bourque, S. y Scott, J. (1996). El concepto de género. En: Lamas, M. (Comp.). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 21-34). México: UNAM.
- Córdoba, F., Ortega, F. y Pontes, A. (2009). Universitarios de ciencias ante la docencia en educación secundaria como expectativa profesional. *Revista de Educación*, 348, 401-421.
- Creswell, J. W. (2009). *Research design: Qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. 3 ed. Los Ángeles: SAGE.
- Cruz, C. (1998). *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*. España: EMAKUNDE Instituto vasco de la mujer.
- Cuatrecasas, G. (2002). La obesidad y sus comorbilidades. *Nutrición y obesidad*, 5 (5), Septiembre-Octubre, 53-57.
- Cudós, M y Diángelo, A. (2007). *Percepción materna del estado nutricional y de la ingesta alimentaria de niños preescolares*. Uruguay: Universidad de Concepción del Uruguay.
- De la Cuesta, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación*, 25, 1-4
- Del Valle, N. (2010). La obesidad infantil como un problema de salud pública. *Hologramatica*, 12 (4), 3-15.
- Deslauriers, J. (1991). La entrevista. En: *Recherche qualitative*. Montreal: Mc Graw-Hill. Traducción Eduardo López Estrada.
- Días, D. y Enríquez, D. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. *Boletín Clínico Hospital Infantil Estado de Sonora*, 24(1), 22-26.
- Díaz, M. (2000). Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Revista chilena de pediatría*, 71 (4), 316-320.
- (2002). Percepción materna del estado nutritivo de sus hijos obesos. *Arch Pediatr Urug*, 73(2), 101-105.
- Donoso, T. (2004). Construcción social: del grupo de discusión en praxis de equipo reflexivo en la investigación científica. *Revista de Psicología*, 13 (1), 9-20.
- Dutt, S. y Ten, S. (2007). Complication of obesity in childhood. *Pediatric annals*, 36(2), February, 96-101.

- Eckstein, K., Mikhail, L., Ariza, A., Thomsonc, J., Millardd, S. y Binns, H. (2006). Parents' Perceptions of Their Child's Weight and Health. *Official Journal of the American academy of pediatrics*, 117 (3), 681-690.
- Etelson, D., Brand, D.A., Patrick, P.A. y Shirali, A. (2003). Childhood obesity: do parents recognize this health risk?. *Obesity Research*, 11 (11), 1362-1368.
- Evans, W., Finkelstein, E., Kamerow, D. y Renaud, J. (2005). Public Perceptions of Childhood Obesity. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 26-32.
- Facchini, A. (2006). La preocupación por el peso y la figura corporal en las niñas y adolescentes actuales: ¿de dónde proviene?. *Arch Argent Pediatr*, 104(4), 345-350.
- Fernández, R. (2006). Investigación cualitativa y psicología social crítica en el Chile actual: Conocimientos situados y acción política. *Forum Qualitative Social Research*, 7(4), Art 38. Recuperado el 20 de mayo de 2008, de <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/4-06/06-4-38-s.pdf>
- Fernández-Ramírez, B. (2009). Construccinismo, postmodernismo y teoría de la evaluación. La función estratégica de la evaluación. *Athenea Digital*, 15, 119-134.
- Flodmark, C., Marcus, C. y Britton, M. (2006). Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *International Journal of Obesity*, 30, 579-589.
- Flores, Y., Trejo, P., Ortiz, R., Ávila, H., Gallegos, J., Ugarte, A., et al. (2010). *Percepción materna del peso del hijo y riesgos de salud asociados al sobrepeso y obesidad infantil*. En M. Cabello y S. Garay (Coord.). *Obesidad y prácticas alimentarias: impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. (pp.237- 261). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Flores-Peña Y, Trejo-Ortiz PM, Gallegos-Cabriales EC y Cerda-Flores RM. (2009). Validez de dos pruebas para evaluar la percepción materna del peso del hijo. *Salud Publica Mex*, 51 (6), 489-495.
- Foz, M. (2002). Una nueva llamada internacional para la lucha contra la obesidad, *Nutrición y Obesidad*, 5 (4), Julio- Agosto. 5-7.
- Fricke, J. (2006). *Menos peso y más salud*. España: Urano.
- Fuentes del Toro, S. (2004). *Obesidad un reto del siglo XXI*. En S. Fuentes del Toro (Ed.), *Nutrición Cirugía y terapia intensiva*. (pp. 1005-1020). México: El manual moderno.
- García-García, E., De la Llata-Romero, M., Kaufer-Horwitz, M., Tusié-Luna, M.T., Calzada-León, R., Vázquez-Velázquez, V., et al., (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. *Salud pública de México*, 50(6), noviembre-diciembre, 530-547.

- Garvalena, M. (2006). Sobrepeso y obesidad en los adolescentes conocimiento y percepción del riesgo. Monterrey: UANL.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.
- (2006). *Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia*. México: Paidós
- (2007). *El Construccionismo social y la práctica pedagógica*. En A. Estrada y S. Diazgranados (comp.), *Construccionismo social, aportes para el debate y la práctica*. (pp. 213-244). Bogotá: Uniandes.
- (2008). Los rostros de deconstructivos y reconstructivos de la construcción social. *Qualitative Social Research*, 9 (1), 1-20.
- Ghione, P. y Pietrobelli, A. (2002). Virus y obesidad, *Nutrición y Obesidad*, 5 (3), Mayo-Junio, 7-18.
- Gibbs, A. (1997). Focus groups. *Social Research Update*. 19, Winter, 5-16.
- Gómez L. (2004). Influencia de los factores sociales en el desarrollo del niño durante el primer año de vida. Recuperado el 21 de septiembre de 2008, de http://74.125.95.132/search?q=cache:HgPCFnmGHksJ:www.ugr.es/~adeh/comunicaciones/Gomez_Diaz_L.pdf+Influencia+de+los+factores+sociales+en+el+desarrollo+del+ni%C3%B1o&hl=es&ct=clnk&cd=1&gl=mx
- Gómez-Peresmitré, G., León, R. y Acevedo, P. (2011). Factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios y obesidad en escolares mexicanos. *Ciencia, tecnología e innovación para el desarrollo de México*, 3 (74). Marzo.
- González, C. y Alcañiz, L. (2007). *Gordito no significa saludable. Prevenga la obesidad en sus hijos*. México: Grijalbo.
- González de la Fe (2003). *La fenomenología*. En S. Giner (Coord.), *Teoría sociológica moderna*. (pp. 167-215). Barcelona: Ariel.
- González, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de Educación*, 29/, 85-103.
- González, M. (2005). Obesidad infantil. Prevención y educación nutricional. *Ámbito Farmacéutico Nutrición*, 24 (6), Junio, 82-89.
- González, R. M. (2009) Estudios de género en educación. Una rápida mirada. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 14 (42), julio-septiembre, 681-699.
- González, W. J. (2009). Características socioeconómicas, familiares y ambientales en niños obesos de la parroquia Antimano, Caracas. *Revista de ciencias sociales*, 15 (2), 235-244.

- González-Castell D, González-Cossío T, Barquera S y Rivera J. A. (2007). Alimentos industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos, *Salud Publica Mex*, 49 (5), 345-356.
- Grant, M. (1991). *The long interview*. Newbury Park: Sage Publications. Quinta edición.
- Grawitz, M. (1984) *Métodos y técnicas de las ciencias sociales*. México: Hispano-europea.
- Grekin, C. (1997). Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario. *Boletín de la escuela de medicina*, 26, (1), 5. Consultada el 26 de mayo del 2006 por: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/manejoobesidad.html>
- Grimmett, Ch., Croker, H., Carnell, S. y Wardle, J. (2008). Telling parents their child's weight status: Psychological Impact weight-screening program. *Pediatrics*, 122 (3), septiembre, 682-688.
- Gualdi-Russo, E., Albertini, A., Argnani, L., Celenza, F., Nicolucci, M. y Toselli, S. (2007). Weight status and body image perception in Italian Children. *J Hum Nutr Diet*, 21, 39-45.
- Guevara, M. (2008). La percepción materna como factor de riesgo de obesidad infantil, *Nutrición Hoy*, 4 (2), abril – junio, 4-6.
- Gutiérrez, M. (2002). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. IV Foro de Pediatría de atención Primaria. Recuperado el 15 de octubre de 2009, de <http://www.spapex.org/prevobesidad.htm> Revisado noviembre 2007
- Guzmán, R., Gómez, M., García, R. y Martínez, J. (2008). Una cuestión de género: el estado nutricional de los hijos e hijas, explicado desde las prácticas de crianza de las madres de familia. *Revista científica electrónica de psicología*, (4), 30-79.
- Hackie, M. y Bowles, Ch. (2007). Maternal Perception of Their Overweight Children. *Public Health Nursing*, 24(6), 538-546.
- Hall J., Monreal, L., Vega, J., Pérez, P. y Ochoa, P. (2007). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de Culiacán, Sinaloa, México. *Bol Med*, 2(16), 11-14.
- Hernández, B., Gortmaker, S., Laird, N. M., Colditz, G. A., Parra-Cabrera, S. Peterson, K. E. (2000) Validez y reproducibilidad de un cuestionario de actividad e inactividad física para escolares de la ciudad de México. *Salud Publica México*, 42 (4), julio-agosto, 315-323.
- Hernández, R. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández, Y. y Galindo, R. (2007). El concepto de intersubjetividad en Alfred Schütz. *Espacios Públicos*, 10, (020), 228-240.

- Herrera-Suárez C., Vásquez-Garibay, E., Romero-Velarde, E., Romo-Huerta H., García, J. y Troyo-Sanromán, R. (2008). Hábitos de alimentación y factores culturales en adolescentes embarazadas. *Archivos Latinoamericanos de nutrición*, 58 (1), 19-26.
- Hirschler, V., González, C., Cemente, G., Talgham, S., Petticichio, H. Y Jadzinsky, M. (2006). ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? *Argentinos de Pediatría*, 104 (3), mayo-junio, 221-226.
- Hollis, J. (2005). *La obesidad es un problema familiar*. México: Promexa.
- Husserl, E. (1998). *Edmund Husserl. Invitación a la fenomenología*. México: Paidós.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (2009). Encuesta Nacional de Coberturas. Recuperado el 16 de Enero de 2010, de <http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enco.htm>
- Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2006). Obesidad infantil. Recuperado el 12 de septiembre de 2008, de <http://www.insp.mx/nls/bpme>
- International Obesity Taskforce (IOTF) (2002). The Health of Children and Young People. Recuperado el 10 de enero de 2010, de <http://www.who.int/document/dep/doh/survey02/hcyp/tables/hcyp159.htm>
- (2003). Coalition on Food Advertising to Children. Recuperado el 25 de Octubre de 2008, de http://cfac.net.au/downloads/submission_nat_obesityskfrc_sep03.pdf
- Jaffe, K. y Worobey, J. (2006). Mothers' attitudes toward fat, weight, and dieting in themselves and their children's. *El sevier*, 3, 113-120.
- Johnson, R. B. (1999). *Examining the validity structure of qualitative research*. En Milinki, A. (Eds.). *Cases in Qualitative Research*. (pp. 282-292). Los Angeles: Pycszak Publishing.
- Judge, S. y Jahns, L. (2007). Association of Overweight with Academic Performance and Social and Behavioral Problem: An update from the early childhood longitudinal study. *The Journal of School Health*, 77 (10), December, 672-678.
- Korbman, R. (2007). Tratamiento y prevención de la obesidad en niños y adolescentes. México: Trillas
- Kovalskys, I., Bay, L., Rausch, C. y Berner, E. (2005). Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica. *Revista Chilena de pediatría*, 76(3), 324-326.

- Lagarde, M. (1997). *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Madrid: horas y Horas.
- Lakka, H. y Bouchard, C. (2009). *Etiología de la obesidad*. En: Buchwald, H., Cowan, G. y W. Pories (Eds.), *Tratamiento quirúrgico de la obesidad*. (pp.11-17). España: El sevier.
- Lamas, M. (1996). Introducción. En: Lamas, M. (Comp.). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. (pp. 9-20). México: UNAM.
- Lama, R. A., Alonso A., Gil-Campos, M., Leis, R., Martínez, V., Suárez, et al. (2006). Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *An Pediatr (Barc)*, 65(6), Julio, 607-615.
- Landero, R. (2003). *Familia, poder, violencia y género*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Layunta G. y Íñiguez L. (2005) Dolor crónico y construccionismo. *Boletín de Psicología*, (84), Julio, 23-39.
- Leal, R. (2006). La sociología interpretativa de Alfred Schütz: Reflexiones entorno a un planteamiento epistemológico cualitativo. *Alpha*, 23, 201-213. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822012006000200012&script=sci_arttext
- (2007). Aportes teóricos-metodológicos de la fenomenología al desarrollo cualitativo de las ciencias sociales en Alfred Schütz. *Alpha*, 25, 215-225. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071822012007000200015&script=sci_arttext
- Leite de Araujo, T., Venícios de Oliveira, M., Frota, T., Gomes, N., Pessoa, R., Soares, E. y Martins da Silva, V. (2006). Relación entre medidas antropométricas y valores de la presión arterial en estudiantes brasileños. *Archivos Latinoamericanos de nutrición*, 56 (3), Agosto, 216-223.
- López, B., Unikel, C. y Torres, M. (2010). *La gordura en boca de los hombres: Un estudio de concepciones culturales en Guadalajara, Jalisco*. En M. Cabello y S. Garay (Coord.). *Obesidad y prácticas alimentarias: impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. (pp.113-130). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López-Alvarenga, J. C., Reyes-Díaz, S., Castillo-Martínez, L., Dávalos-Ibáñez, A. y González-Barranco, J. (2001). Reproducibilidad y sensibilidad de un cuestionario de actividad física en población mexicana. *Salud Pública México*, 43 (4), julio-agosto, 306-312
- López-Alvarenga, J., Vázquez-Velázquez, V., Bolado-García, V. E., González-Barranco, J., Castañeda-López, J., Robles, L., et al. (2007). Influencia de los padres sobre las

- preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferente estrato económico. Estudio ESFUERZO. *Gac Méd Méx*, 143 (6), 463-469.
- Madrigal-Fritsch H., de Irala-Estévez J., Martínez-González M.A., Kearney J., Gibney M. y Martínez-Hernández, J. A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. *Salud pública de México*, 41(6), 479-486.
- Maldonado, M. (2006). *Sé trabajar, me sé ganar. Autoconcepto y autoestima del niño y de la niña rural en dos escuelas rurales*. Bolivia: PROEIB ANDES.
- Mancilla, J. M., Franco, K., y Álvarez, G. (2004). “Restricción alimentaria y preocupación por la figura: exploración en una muestra comunitaria”. *Psicología y Ciencia Social*, 6 (2), 56-65.
- Manios, Y., Kondaki, K., Kourlaba, G., Vasilopoulou, E. y Grammatikaki, E. (2008). Maternal perceptions of their child’s weight status: the genesis study. *Public Health Nutrition*, 12 (8), 1099-1105.
- Mark, R. (1996). *Research Made Simple: A handbook for social workers*. London: SAGE Publications.
- Martín, E. (2004). El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. *RES*, 4, 93-118.
- Martínez, A. (1996). *Ciencias sociales aplicadas a la organización*. México: Mc Graw-Hill.
- Martínez, M. (1994). *El paradigma científico pospositivista*. En: M. Martínez. *La investigación cualitativa etnográfica en educación*. México: Trillas.
- Martínez, M. (2006a). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación de Psicología*, 9(1), 123-146. Recuperado el 19 de mayo de 2008, de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Investigacion Psicología/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/Investigacion%20Psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf)
- (2006b). Validez y confiabilidad en la metodología cualitativa. *Paradigma*, 27 (2), diciembre, 7-33.
- Martínez, M. (2007). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: trillas. 2da edición.
- Mata, C. (2005 agosto). Cuidado con una nutrición deficiente en nuestros niños en cantidad y calidad. *Ciencia Conocimiento Tecnología*, 13, 5-6.
- Mayan M. J. (2001) Una Introducción a los métodos cualitativos: modulo de entrenamiento para estudiantes y profesores. Alberta, Canada: Qual Institute Press.

- Maynard LM, Galuska DA, Blanck HM. y Serdula MK. (2003). Maternal Perceptions of Weight Status of Children. *Pediatrics*, 11, 1226-1231.
- Maza, L. M. (2005). Fundamentos de la filosofía hermenéutica: Heidegger y Gadamer. *Teología y Vida*, 46 (1-2), 122-138.
- McCracken, G. (1991). *The long interview*. Newbury Park: Sage Publications. Quinta edición.
- Mejía, J. (2004). Sobre la investigación cualitativa. Nuevos conceptos y campos de desarrollo. *Investigaciones Sociales*, 8 (13), 277-299.
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar*. México: Médica Panamericana.
- Merriman, S. (2002). *Qualitative research in practice*. San Francisco: Jossey-Bass Company.
- Molinari, J. (2003). Psicología clínica en posmodernidad: perspectiva desde el construccionismo social. *Revista de Psicología*, 12 (1), 3-15.
- Montero, P., Morales, E. M. y Carbajal, A. (2004). Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, 8, 107-116.
- More, L., Franch, A., Campos, M.G., Trabazo, R.L., Martínez, V., Moráis, A., et al. (2006). Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del pediatra. *Asociación Española de pediatría*, 65 (6). Julio. 607-615
- Moreno, D. (2000). La Investigación Cualitativa en Salud. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 1(2). Recuperado el 19 de mayo de 2008, de http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/i/2/ensayos/investigacion_cualitativa.html
- Moreno, M. (2005, agosto). Obesidad, uno de los principales problemas de salud en el mundo. *Ciencia Conocimiento Tecnología*, 13, 34-35.
- Munné F. (1999). Constructivismo, construccionismo y complejidad: la debilidad de la crítica en la psicología construccionista. *Revista de Psicología Social*, 14, (2), julio-diciembre, 131-144.
- Muñoz, M. (2010). *No hay mallas para un gordito*. Barcelona: Integral.
- Navarro, R. (2004). *Mujeres Mexicanas que Sufren y Aman Demasiado*. México: Pax.
- Nieves, I. (2009). La imagen corporal: hacia una construcción social para la psicología industrial organizacional. *POIESIS*, 18, 1-6.
- Niven, D. (2004). *Los 100 secretos de la gente saludable. Lo que los científicos han descubierto y cómo pueden aplicarlo a su vida*. Bogota: Norma.

- Núñez, H. (2007). Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica. *Revista Educación*, 31(001), 145-164.
- Núñez, H. y Elizondo, A. (2004). Elementos teóricos psico-socio-culturales por considerar en el diseño de una intervención educativa para combatir la obesidad escolar. *Boletín inciensa*, 16 (3), 2-7.
- Obesity Action Coalition OAC (2008). Comprensión del estigma de la obesidad. Recuperado el 25 de octubre de 2008, de <http://www.obesityaction.org/espanol/uosespanol.php>
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., y Sepúlveda, J. (2007). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT, 2006)*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Olivares, S., Bustos, N., Moreno, X., Lera, L. y Cortez, S. (2006). Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 33 (2), 170-179.
- Oliver, M. (2005). *Actitudes y percepción del medio ambiente en la juventud española*. Portugal: Ministro del medio ambiente.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). Obesity and overweight. Recuperado el 19 de mayo de 2008, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>
- (2006). ¿Qué son la obesidad y el sobrepeso? Recuperado el 25 de Octubre de 2006, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- (2006). Chart catalogue. Recuperado el 25 de Octubre 2010, de http://www.who.int/childgrowth/standards/chart_catalogue/en/index.html
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Obesidad, alimentación y actividad física. Recuperado el 22 de Septiembre de 2006, de: <http://www.paho.org/Spanish/GOV/CE/SPP/spp37-08-s.pdf>
- Orozco-Aviña, S. (2005). Propuesta para intentar disminuir la incidencia de la obesidad infantil en las escuelas primarias y preprimarias del estado de Jalisco. *Revista Biomédica Latinoamericana*, 6 (5), septiembre- octubre, 1486-1491.
- Ortiz, F. y Posa, C. (2007). Fenomenología. Necesito ayuda para evitar que mi hijo sea obeso. *Cultura de cuidados*, 9(22). 9-15. Recuperado el 19 de mayo de 2008, de <http://remoto.dgb.uanl.mx:2060/ehost/pdf?vid=10&hid=107&sid=92b1078a-fce6-46c6-8b38-f6e3acc8e84d%40sessionmgr108>
- Oviedo, G. (2004). La Definición del Concepto de Percepción en Psicología con Base en la Teoría Gestalt. *Revistas de estudios Sociales*, (18), 89-96.

- Paredes, R. (2007). Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Recuperado el 19 de Febrero de 2008, de: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2007/ago_01_ponencia.html
- Pederzini, C. (2009). *La cocina: ¿destino o privilegio femenino?*. En C. Mendoza y Á. F. Méndez (Coord.). *Pan, hambre y trascendencia: diálogo interdisciplinario sobre la construcción simbólica del comer*. Universidad Iberoamericana.
- Pérez, G. (2007). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.
- Pérez, S. (2006). *Percepciones y prácticas alimentarias de un grupo de mujeres en el México rural*. En M. Bertrán y P. Arroyo (eds.). *Antropología y nutrición*. (pp.137-156). México: Fundación Mexicana para la salud.
- Pérez, S., Vega-García L. A. y Romero-Juárez G. (2007). Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? *Salud pública de México*, 49(1), enero-febrero, 52-62.
- Pérez-Gil, S.E., Romero, G. y Ortega, D.M. (2009). *La comida, los significados y los espacios de comensalidad de mujeres de la costa de Oaxaca*. En A. E. Castro (Coord.) *Salud, nutrición y alimentación: Investigación cualitativa*. Monterrey, México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Polanco, I. (2005). Alimentación del niño en edad preescolar y escolar. *An Pediatr, Monogr*, 3(1), 54-63
- Quinto, M. (2005). Los aprietos de formar y deformar entrevistadores en Ciencias Sociales. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 11(21), 137-157. Recuperado el 19 de mayo de 2008, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=31602107>
- Ramírez E., Grijalva, M. I., Ponce, J. A. Y Valencia, M. (2006). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el noroeste de México por tres referencias de índice de masa corporal: diferencias en la clasificación. *Archivos Latinoamericanos de nutrición*, 56 (3), Septiembre, 251-256.
- Ramos, E., Salazar G., Berrún, L. y Zambrano A. (2007). Reflexiones sobre derecho, acceso y disponibilidad de alimentos, *RESPYN*, 8 (4). Octubre- diciembre.
- Reifsnider, E., Flores-Vela, A., Beckman, D., Nguyen, H., Keller, C. y Dowdall-Smith, S. (2006). Perceptions of Children's Body Sizes Among Mothers Living on the Texas-Mexico Border (La Frontera). *Public Health Nursing*, 23 (6), 488-495.
- Rendón, T. (2003). *Trabajo de hombres y trabajo de mujeres en el México del siglo XX*. CRIM-PUEG: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Restrepo, S. (2007). Percepciones frente a la alimentación y nutrición del escolar. *Perspectivas en nutrición humana*, 9 (1), Enero-Junio, 23-35
- Restrepo, S. y Maya, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología*, 19 (36), 127-148.
- Reyes, D. (2010). *Estado nutricional de la población Noreste de México: Diagnóstico a partir de la ENSANUT 2006*. En M. Cabello y S. Garay (Coord.). *Obesidad y prácticas alimentarias: impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. (pp.29-60). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Reyes, U., Sánchez, N., Reyes, U., Reyes, D. y Carvajal, L. (2006). La Televisión y los Niños: II Obesidad. *Boletín Clínico Hospital Infantil Estado de Sonora*, 23(1), 25-30.
- Rivera, J. y Shamah. T. (2007). Análisis crítico de la evolución de la mala nutrición durante las últimas décadas en México: Resultados en niños. México. *Revista de Salud Pública de México*, 49, número especial, XII congreso de investigación en salud pública, pp. 267-269.
- Rizo, M. (2009). Sociología fenomenológica y comunicología: Sociología Fenomenológica y sus aportes a la comunicación interpersonal y mediática. *Revista Fronteiras – estudios mediáticos*, 11(1), 25-32.
- Rodríguez, A. (2003). Inapetencia. El niño que no quiere comer. Recuperado el 10 de abril de 2011, de <http://www.aepap.org/familia/inapetencia.htm>
- Rodríguez, C., Pozo, T. y Gutiérrez, J. (2006). La triangulación analítica como recurso para la validación de estudios de encuesta recurrentes e investigaciones de réplica en Educación Superior. *RELIEVE*, 12 (2), 289-305.
- Rodríguez, D. y Valldeoriola, J. (2009). *Metodología de la investigación*. Barcelona: FUOC.
- Rodríguez, E., Perea, J. M., Bermejo, L. M., Marín, L., López, A. M. y Ortega, R. M. (2007). Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 22(6), Agosto, 654-660.
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación*. Granada: Aljibe.
- Rodríguez, H. (2008). Del constructivismo al construccionismo: implicaciones educativas. *Revista Educación y Desarrollo Social*, 2 (1), Enero – Junio, 71-89.
- Rodríguez, L., Treviño, C., Cantú, R. y Sandoval, A. (2006). Epidemiología de la obesidad en escolares de un área rural de nuevo león. *Medicina Universitaria*, 8(32), 139-42.

- Rodríguez, R. (2006). La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *Investigación en salud*, 6 (2), Agosto, 95-98.
- Rodríguez, R. (2008). *La Hermenéutica Fenomenológica y la Contemporaneidad del Pasado*. En: S. Eyzaguirre (Ed.), *Fenomenología y Hermenéutica*. (pp.65-81). Chile: Departamento de Artes y Humanidades Facultad de Humanidades y Educación Universidad Andrés Bello.
- Romo, M. y Castillo, C. (2002). Metodologías de las ciencias sociales aplicadas al estudio de la nutrición. *Revista Chilena de Nutrición*, 29 (1), 14-22.
- Rusque, A. (2003) De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa. Caracas: Vadell hermanos.
- Salamanca, A. B. y Martín-Crespo, C. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure Investigación*, 27, 1-4.
- Salas, J., Rubio, M., Babany, M. y Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clin*, 128 (5), Julio, 184-196.
- Salmerón, M. (2006). Aplicación de la técnica de autocontrol a la obesidad utilizando la modificación de hábitos alimenticios y de actividad física. *Lecturas: EF Y deportes revista digital*, 11 (100). Recuperado el 28 de septiembre de 2006, de <http://www.efdeportes.com/efd100/obesid.htm>
- Sanabria-Rojas, H. (2001). Reflexiones para la investigación cualitativa en salud pública. *Revista Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales*, 1 (2). Recuperado el 19 de mayo de 2008, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/SPEIT/2001_n2/reflexiones.htm
- Sánchez, C, Beber, A., Pichardo, E., Esteves, A., Sierra, A. Villa, A., et al. (2002). *Epidemiología de la obesidad*. En: N. Méndez y M. Uribe (Eds.), *Obesidad. Epidemiología fisiopatología y manifestaciones clínicas*. (pp. 5-31). México: El manual moderno.
- Sánchez, C, Esteves, A., Beber, A., Pichardo, E., Villa, A., Lara, A., et al. (2002). *Fisiopatología de la obesidad*. En N. Méndez y M, Uribe (Eds.), *Obesidad. Epidemiología fisiopatología y manifestaciones clínicas*. (pp. 55-74). México: El manual moderno.
- Sánchez, C., Sánchez, C., Martínez, T., Martínez, P., Moreno A. y Santiago P. (2006). Educación para la salud: un instrumento eficaz para la reducción de peso. *Endocrinol Nutri*, 55(8), Febrero, 489-492.

- Sánchez-Herrero, S., Sánchez-López, M. y Dresch, V. (2009). Hombres y trabajo doméstico: Variables demográficas, salud y satisfacción. *Anales de Psicología*, 25 (2), diciembre, 299-307.
- Sarría, A. y Moreno, L. (2010). *Mi niño ¿es obeso?* España: Mira editores.
- Sedó, P. (2005). Significados y prácticas de alimentación de un grupo de personas adultas mayores diabéticas y sus familiares, en el cantón de La Unión, Cartago. *Anales en Gerontología*, (5), 39-53.
- Serra, Ll., Ribas, L., Aranceta, J., Pérez, C., Saavedra, P. y Peña, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc)*, 121(19), Abril, 725-732.
- Shamah, T., Villalpando y Rivera, J. (2007). Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. (ENSANUT, 2006). Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Shelov, S. (2007). Obesity. *PEDIATRIC ANNALS*, 36 (2), 74-77.
- Silveira, B., Martínez-Piñeiro, L. y Carraro, R. (2007). Nutrigenómica, obesidad y salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 81 (5), 475-487.
- Small, L., Anderson, D. y Mazurek, B. (2007). Prevention and Early Treatment of Overweight and Obesity in Young Children: A Critical Review and Appraisal of the Evidence. *Pediatric nursing*, 33 (2), marzo-abril, 149-161.
- Solís, E. (2005 agosto). La zona norte: epidemiología de la obesidad infantil. *Ciencia Conocimiento Tecnología*, 13, 36.
- Sussekind, E. (2008). Prácticas familiares y participación infantil a partir de la visión de niños y adultos: un estudio exploratorio en América Latina y El Caribe. Río de Janeiro: Viveros de Castro.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Torres, M. (2001). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación*. México: El colegio de México.
- Torres, P. y Salas, M. (2006). *Contribución a la comprensión de la alimentación infantil*. En M. Bertran y P. Arroyo (Eds.) *Antropología y nutrición*. México: Fundación Mexicana para la salud.
- Valles, M. (2005). El reto de la calidad en la investigación social cualitativa: de la retórica a los planteamientos de fondo y las propuestas técnicas. *Revista Española de Investigación Sociológica (REIS)*, 110, 91-114.

- Vásquez, E., Romero, M. A., Ortiz, Z., Gómez, J. L. González y Corona, R. (2007). Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad en pediatría. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (2), 173-186.
- Vidal, A. (2006). Obesidad, MODY y diabetes juvenil, un nuevo desafío diagnóstico. *Med Clin*, 126 (17), Febrero, 656-657.
- Villanueva, M. (2009). Todos participamos en casa. *Innovación y experiencias educativas*, 45, 1-15.
- Ward, C. L. (2008). Parental perceptions of childhood overweight in the Mexican American population: an integrative review. *The Journal of School Nursing*, 24 (6), 407-416.
- Zonana-Nacach, A. y Conde-Gaxiola, M. (2010). Percepción de las madres sobre la obesidad de sus hijos. *Gac Méd Méx*, 146 (3), 165-168.

**ANEXO 1
TABLA DE ESTUDIOS**

Estudios sobre percepción de la imagen corporal

| TITULO | PAIS, AÑO, AUTOR | DISEÑO DEL ESTUDIO | MUESTRA | ANÁLISIS DE LOS DATOS | RESULTADOS |
|---|---------------------------------|---------------------------|--|--|--|
| Percepción materna del sobrepeso en niños de edad preescolar | E. U. 2000 Baughcu m, et al. | Cuantitativo | 620 niños de 23 a 60 meses de edad y sus madres | Estudio transversal, se obtuvieron datos antropométricos tanto de la madre como de los niños | El 45 % de las madres tenían nivel de educación bajo (grado de secundaria o menos) y 55% tenían educación superior (algunos estudios universitarios o más). La obesidad fue más frecuente en el grupo de bajo nivel educativo de las madres (30% vs 17%), y sus hijos tienden a presentar más exceso de peso (19% vs 14%). 95% de las madres obesas creían que tenían exceso de peso, sin diferencias entre los grupos de educación. Sin embargo, el 79% de las madres a su niño que presentaba sobrepeso con sobrepeso. Entre las 99 madres de niños con sobrepeso, el bajo nivel educativo materno se asoció con una falta de percepción de sus hijos con sobrepeso, la obesidad materna, la edad y el tabaquismo, más la edad del niño, la raza y de género. |
| Percepción materna del estado de peso de su hijo | E.U. 2003 Maynard | Cuantitativo | 5500 niños de 2 a 11 años de edad con sus madres | Se realizó un análisis de frecuencia determinando el porcentaje de las madres que consideran a sus hijos con sobrepeso, bajo peso o peso normal. Se realizó una regresión logística multivariable para predecir la percepción de la madre ante el sobrepeso. Análisis de frecuencia de determinar el porcentaje de madres que percibían a su hijo con peso normal, sobrepeso u obesidad. | El 66.7 % de las madres clasifico correctamente el sobrepeso de sus hijos, pero el 32.1 % de las madres clasificaron el sobrepeso de sus hijos como un peso normal. Cuando los niños se encontraban en riesgo de sobrepeso, el 14 de las madres mencionaban que su hijo tenía sobrepeso y el 84.7 % lo clasificaban con peso normal. En contraste, el 29% de madres de las niñas con sobrepeso las clasificaron correctamente, mientras que el 70.4% las percibían con peso normal. Las madres generalmente consideran el peso normal como bajo peso. Las probabilidades de errores en la clasificación materna fue significativamente mayor para: las hijas, los niños mayores, los niños con IMC más alto para la edad, los niños cuyas madres tenían un IMC más bajo. |
| Percepciones públicas de la obesidad infantil | E.U. 2005 Evans, et al. | Cuantitativo | 1047 hogares | Regresión logística para examinar las diferencias en el soporte de características demográficas | El 41% de los americanos perciben el sobrepeso y la obesidad en la niñez como un serio problema similar al consumo del tabaco (42%), pero no tan serio como el abuso de las drogas (55%). El aumento del sobrepeso se debe al consumo de comida chatarra (77%) y comida rápida (65%), seguido por el ver televisión más de dos horas diarias (57%). El 91 % de las |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|--------------|---|---|--|
| | | | | | personas consideran que los padres son los parientes más responsables en la reducción del sobrepeso en la niñez, sólo el 16% creen que es responsabilidad del gobierno. |
| Percepciones de los padres sobre la salud y el peso del niño | Chicago 2006 Eckstein, et al. | Cuantitativo | 223 Padres / tutores con un niño de 2 a 17 años. | Se utilizó la chi cuadrada y el test de Fisher's para examinar la asociación de las variables | El 36% de los padres identificaron el sobrepeso del niño con "sobrepeso" o lo mencionaban con palabras como "con poco sobrepeso". Entre los padres de niños con sobrepeso, el 18% recordó la sugerencia de preocupación de un médico y un 26% estaban preocupados por el peso del niño. Si el niño se aproximaba a los 6 años, los padres tenían más probabilidades de identificar a su hijo con "sobrepeso" o "un poco de sobrepeso" y utilizaban estas palabras para describirlo, a su vez seleccionaban un dibujo de mayor peso y estaban más preocupados por el peso de sus hijos. |
| Percepciones de las medias corporales de niños entre las madres que viven en la frontera de Texas, México | Texas 2006 Reifsnider et al. | Cuantitativo | 25 díadas madre-niño de 3 años. El 63 % (16) fueron niños y el 37 % (9) niñas | Descriptivo, transversal se utilizaron fotografías de niños que se mostraron a las madres para obtener las percepciones del tamaño corporal de sus hijos | El 36% de las madres percibía correctamente el IMC de su niño, el 16% eran congruentes en clasificarlo en peso normal y el 20% eran congruentes en clasificarlos con sobrepeso. El 36 % de madres eligió un IMC que representaba un peso mayor al que en realidad era, el 29% eligieron IMC que era menor al que sus hijos presentan realmente. |
| Madres, actitudes hacia la grasa, el peso, la dieta en sí mismas y sus hijos | New Jersey 2006 Jaffe, y Worobey | Cuantitativo | Madres de niños (118) en edad preescolar de 3 a 5 años | Correlaciones entre las actitudes e IMC de las madres, se identificó el miedo a llegar a tener sobrepeso y las restricciones con respecto al peso del niño y comidas. | Las madres tienen mayor miedo de tener sobrepeso o están más preocupadas por el peso de sus hijos o con actitudes de miedo, aunque no se pudo predecir la restricción del niño al comer. Estos resultados sugieren que las actitudes hacia la maternidad su propio peso afecta a sus creencias acerca del peso de sus hijos. |
| Percepción frente a realidad. Una exploración sobre las medidas de masa corporal en niños en relación con lo que estiman sus cuidadores | E.U. 2007 Akerman, et al. | Cuantitativo | 1177 padres con sus hijos de entre 6 y 14 años | ANOVA para examinar diferencias en el percentil del IMC, se realizó una escala donde se determinó si los padres sobrestimaban o subestimaban el peso de su hijo | De los 50 niños con bajo peso el 14% de los padres subestimó su peso, el 16% acertó y el 70% lo sobrestimó; los niños con peso normal (n= 608) el 43.1% de los padres subestimó el peso, el 7.6% percibió correctamente, el 49.3% lo sobrestimó; de los niños con riesgo de sobrepeso (n= 214) el 54% subestimó el peso de su hijo, el 6.5% precisó el peso, el 39.35% lo sobrestimó; los niños con sobrepeso (n= 305) el 65% de los padres lo subestimó, el 7.9% acertó en el peso y el 30.5% lo sobrestimó |
| Percepción materna de sus niños con | Nevada 2007 Hackie y | Cuantitativo | Madres (n= 38) con niños con sobrepeso 2-5- | Descriptivo de replicación. Se seleccionaron variables demográficas de la muestra y | El 71% de las madres no reconocen que sus hijos se encuentran en situación de |

| | | | | | |
|--|---|--------------|---|---|---|
| sobrepeso | Bowles | | años de edad | se compararon con los resultados de un estudio similar llevado a cabo anteriormente | sobrepeso. La percepción de sobrepeso de sus hijos es independiente de la edad, así como nivel educativo de la madre. La mitad de las madres (50%) no adopta medidas para controlar lo que sus hijos comen. |
| ¿Cómo perciben las madres de niños de jardín de infantes a sus hijos con sobrepeso? | Buenos Aires Argentina 2006 Hirschler, et al. | Cuantitativo | 321 madres de niños de 2 a 6 años de edad de tres jardines de infantes del área programática del Hospital Durand. | Transversal, se utilizó la chi al cuadrado para comparar proporciones, entre la percepción de la imagen corporal y los hábitos alimentarios contra los registros médicos. Se realizó regresión logística múltiple para examinar la relación entre IMC VD y VI como edad, sexo, imagen corporal y hábitos alimentarios | El 19% (n= 61) presentaban riesgo de presentar sobrepeso y 18,4% (n= 59) presentaban sobrepeso. Once sujetos (3,4%) presentaban obesidad severa. Entre las 59 madres de niños con sobrepeso, 23,7% (n= 14) creían que su niño realmente presentaba sobrepeso y sólo el 1,6% (n= 1) de 61 madres de niños con riesgo de presentar sobrepeso consideraban que el riesgo de sobrepeso era real. 45% (n= 5) de las madres de niños (n= 11) con obesidad severa consideraron que su peso era normal. Ochenta y cuatro por ciento (n= 50) y 96,7% (n= 57) de 59 madres de niños con sobrepeso y 61 con riesgo de sobrepeso, respectivamente, pensaban que sus hijos comían adecuadamente. El 72% (n= 8) de 11 madres de niños con obesidad severa sostuvieron que comían adecuadamente. |
| Percepción materna del estado nutricional de sus hijos obesos | Hospital de Penco-Lirquén, Chile 2000 Diaz | Cuantitativo | 64 madres o persona a cuidado de niños con obesidad y estaban bajo control sano | Se realizaron cálculo de porcentaje, promedios y desviación estándar (DE). Se aplicó la prueba de Chi cuadrado. En relación al peso recién nacido se realizó análisis de regresión logística y para el estado nutricional de los padres se aplicó prueba de t de Student. | Se encontró un elevado nivel de conciencia de las madres respecto a que la obesidad es una condición patológica (98,4%). En relación a la percepción que estas tienen del estado nutricional de su hijo, el 26,6% lo considera como de peso normal, el 37,5% lo encuentra un poco excedido de peso y el 35,9% muy excedido de peso. El 98,4% cree que es más sano un niño de peso normal y solo el 1,6% considera que es más sano un niño obeso. El 98,4% estima que la obesidad puede traer consecuencias negativas para la salud. |
| Percepción materna del estado nutricional de sus hijos: ¿es un factor de riesgo para presentar malnutrición por exceso? | Chile 2007 Bracho y Ramos | Cuantitativo | 270 madres | Corte transversal. La información se analizó mediante prueba de t-student, regresión logística univariada y multivariada. Se evaluó la percepción inadecuada del estado nutricional, junto con el riesgo para presentar malnutrición por exceso | La percepción del estado nutricional de sus hijos fue adecuada en un 54,07% y subestimada en un 41,48%, sin una diferencia significativa entre ambas. Los factores de riesgo obtenidos mediante regresión univariada fueron subestimación del estado nutricional, obesidad materna, mayor número de hijos, mayor edad en los niños y antecedente de obesidad en el niño, mientras que la percepción adecuada disminuyó la probabilidad de tener sobrepeso u obesidad. |
| Peso actual y percepción de la imagen corporal de niños | Italia 2007 Gualdi-Russo | Cuantitativo | 866 niños realizaron la encuesta sobre nutrición en el | Se utilizaron pruebas t para comparar el IMC para los hombres y mujeres. La prueba Spearman se utilizó | Un poco más de la mitad de los niños no estaban satisfechos con su apariencia (entre ellos, el 41,6% de las chicas y el 39,4% |

| | | | | | |
|---|---|--------------|--|---|--|
| italianos | | | norte de Italia y 778 madres | para determinar las asociaciones entre las variables. El nivel de $P < 0,05$ fue considerado significativo | de los chicos les gustaría ser más delgados). Sin embargo, el sobrepeso / obesidad de escolares exhiben un mayor grado de insatisfacción: 76,4% de las niñas y el 63,4% de los niños. Entre ellos, el 73,6% de las niñas y el 58,3% de los chicos habría gustado ser más delgada, mientras que sólo el 2,8% de las niñas y el 5,1% de los chicos prefieren ser más pesado. En el sobrepeso / obesidad, una inadecuada o errónea percepción de la imagen corporal se muestra en un 5,7% de los varones y el 8,8% de las mujeres. Entre ellos, el 2,5% de los chicos y el 3,4% de las niñas erróneamente se perciben a sí mismos como más delgados |
| Revelación a los padres sobre el estado de peso de sus niños: Impacto psicológico de un programa de chequeo de peso. | Londres 2008 Grimmett, et al. | Cuantitativo | 358 niños y 287 padres | Se realizó un análisis de co varianza para determinar las relaciones del peso de los grupos de niños, también se realizaron pruebas t para comparar la pre retroalimentación y la post retroalimentación. | Los padres de niños con peso normal 12% (n= 28) lo selecciono como bajo peso, el 87 % (n= 202) peso normal y el 1% (n= 2) con sobrepeso antes de la retroalimentación. Los padres con niños con sobrepeso ninguno lo describió con bajo peso, el 61 % (n=26) lo eligió con peso normal y el 39% (n= 17) lo eligió con sobrepeso. Los padres fueron más precisos en identificar en sus hijas el sobrepeso que en sus hijos (59% vs 27%). Después de la retroalimentación, pocos padres que tenían hijos con peso normal cambiaron la percepción del peso, mientras que más padres con hijos con sobrepeso identificaron el sobrepeso de sus hijos (del 40% al 49%). |
| Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición | España 1999 Madrigal-Fritsch, et al. | Cuantitativo | 517 hombres y 483 mujeres mayores de 15 años | Las variables fueron sexo, edad, nivel educativo, IMC e imagen corporal percibida. Las diferencias entre grupos se estimaron con la prueba de χ^2 . La capacidad de clasificación de la imagen corporal se comparó con el IMC empleando la sensibilidad y la especificidad | La percepción de la imagen corporal fue distinta entre sexos, así como por edad y nivel educativo. La comparación entre el IMC y la imagen corporal notificó valores superiores a 0.90 para sensibilidad y especificidad, así como para los valores predictivos positivos y negativos en sujetos que presentaron un estado nutricional que alcanzaba los rangos extremos. La precisión fue mayor para la sensibilidad que para la especificidad. La capacidad de clasificación fue mejor en mujeres que en hombres. La correlación de Spearman fue mayor en mujeres que en hombres y la concordancia W de Kendall notificó valores altos para ambos sexos |
| Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante | Madrid 2004 Montero, Morales y | Cuantitativo | 158 personas 65 hombres y 93 mujeres; 18-30 años | Se diseñaron 7 modelos anatómicos para ambos sexos con valores de IMC de 18, 22, 25, 27, 30, 35 y 40 | El 52,3% de los hombres y el 38,7% de las mujeres eligen modelos que corresponden a sus IMC reales, es decir, los |

| | | | | | |
|---------------------------|----------|--|--|---|---|
| modelos anatómicos | Carbajal | | | kg/m ² . Cada persona debía elegir el modelo con el que mejor se identificaba. Posteriormente, se tallaron y pesaron y se calculó el IMC real comparándolo posteriormente con el IMC percibido | hombres se auto perciben más correctamente que las mujeres. El 29,2% de los hombres se ven más delgados de lo que son y el 18,5% más gordos. El 8,6% de las mujeres se ven más delgadas de lo que son y el 41,1% se auto perciben más gordas. Las mujeres con valores de IMC real correspondientes a normo peso y sobrepeso (IMC entre 20 y 29,9) se ven más gordas de lo que son en realidad, mientras que las obesas (IMC>30), se auto perciben más delgadas. Por el contrario, los hombres con normo peso y los obesos se auto-perciben más delgados de lo que son mientras que los que presentan sobrepeso se clasifican correctamente. |
|---------------------------|----------|--|--|---|---|

Estudios sobre obesidad infantil

| TÍTULO | PAIS, AÑO. AUTOR | DISEÑO DEL ESTUDIO | MUESTRA | ANÁLISIS ESTADÍSTICO | RESULTADOS |
|---|--|--------------------|---|--|---|
| Prevalencia de sobrepeso y obesidad en una escuela primaria de Culiacán, Sinaloa, México | Culiacán Sinaloa México 2007 López, et al. | Cuantitativo | 363 estudiantes fueron evaluados, con un rango de edad de 6 a 13 años. | Se tomaron medidas antropométricas de peso y talla, se utilizó el programa Epi Info Versión 3.3.2 para calcular, el índice de masa corporal (IMC) estableciendo como obesidad \geq al percentil 95 y el sobrepeso \geq al percentil 85 y $<$ al 95 de acuerdo con la edad y genero | 19.6% de la población estudiada presento sobrepeso y 26.4% obesidad. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños fue de 47.8% mientras que en niñas 46.5%. |
| Epidemiología de la obesidad en escolares de un área rural de NUEVO LEÓN | Nuevo León México 2006 Rodríguez, et al. | Cuantitativo | 650 niños (6-12 años), alumnos de escuelas primarias públicas del municipio de Cerralvo | Se realizó la toma de peso y la talla tomando como referencia un modelo estándar. Se obtuvo el índice de masa corporal (IMC) y se clasificó el estado nutricional de acuerdo con las gráficas de los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) del año 2000 | De los 661 niños evaluados se excluyeron 11 pacientes, 8 por tener peso bajo (1.2%), y 3 (0.4%) por negarse a participar. De acuerdo con las tablas de percentiles de IMC se encontraron 380 niños (57.5%) con peso normal, 111 niños (16.8%) con sobrepeso y 162 (24.5%) con obesidad. |
| Estado nutricional de adolescentes: riesgo de sobrepeso y obesidad en una escuela secundaria pública | Nuevo León México 2003 Briones y Cantú | Cuantitativo | 120 adolescentes de primero a tercer grado de secundaria, entre 12 y 15 años de edad | transversal, descriptivo de Prevalencia; se desarrolló en la Escuela Secundaria Técnica #25 T.M. del área de influencia del Centro de Salud 21 de Enero en el municipio de Guadalupe | El 51% de los adolescentes estaba entre 14-15 años y el 49% entre los 12-13 años, con una edad media de 13.8 \pm 1.01 años de edad. Desglosando la distribución de la edad por género; en el género masculino el 54.4% |

| | | | | | |
|--|------------------------------|--------------|---|---|---|
| | | | | | tenía entre 14-15 años; para el género femenino el 54% estaba entre 12-13 años de edad, con una edad media para este género de 13.8±.98 años y para el género masculino, el promedio de edad fue de 13.8±.12 años de edad, el género femenino presentó el 25% de "riesgo de sobrepeso" y un 11% de "sobrepeso", mientras los adolescentes masculinos el 16% se encontró en "riesgo de sobrepeso" y el 26% en "sobrepeso". |
| Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. estudio Ponce (prevalencia de obesidad en niños de CEUTA) 2005 | España 2005 Briz, et al. | Cuantitativo | 514 niños, 277 niños y 237 niñas, de 6 a 13 años de edad | Se han definido el sobrepeso y la obesidad utilizando como criterio el valor del Índice de Masa Corporal. Se han considerado como puntos de corte los valores correspondientes a los percentiles 85 (sobrepeso) y 97 (obesidad), | La prevalencia de obesidad en niños de Ceuta de 6 a 13 años de edad se estima en un 8,75% y para el sobrepeso se estima un 13,81%. En conjunto sobrepeso y obesidad suponen el 22,57%. La prevalencia de obesidad es más elevada en las mujeres (9,28%) que en los varones (8,50%), diferencia estadísticamente no significativa. En ninguno de los dos sexos se encontraron diferencias significativas según la edad |
| Obesidad infantil y juvenil en España. resultados del estudio ENKID (1998-2000) | España 2003 Serra, et al. | Cuantitativo | Muestra representativa de la población española de 2 a 24 años (n = 3.534). | Epidemiológico transversal. Se determinaron el peso y talla con instrumentos homologados. La obesidad y el sobrepeso se definieron como valores del índice de masa corporal iguales o superiores a los valores de los percentiles 97 y 85 | La prevalencia de obesidad en España es del 13,9%, y la de sobrepeso y obesidad, del 26,3% (sólo sobrepeso, 12,4%). La obesidad es mayor en varones (15,6%) que en mujeres (12%), y también el sobrepeso. Por edades, los jóvenes de 6 a 13 años presentan valores más elevados de obesidad. Por zonas |

| | | | | | |
|--|------------------------------------|--------------|--|---|--|
| | | | | | geográficas, Canarias y Andalucía tienen las cifras más elevadas, y el nordeste peninsular las más bajas. La obesidad es mayor en niveles socioeconómico y de estudios más bajos, y entre aquellas personas que no desayunan o desayunan mal. |
| Prevalencia de obesidad en una población de 10 a 19 años en la consulta pediátrica | Argentina 2005 Kovalskys et al. | Cuantitativo | 806 mujeres (66,6%), y 483 varones (37,4%) | Se obtuvieron datos demográficos y se les pesó y midió para investigar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, siguiendo los criterios de la <i>International Task Force</i> . | El 20,8% de los sujetos presentaban sobrepeso y 5,4% obesidad. Un 18,8% de las mujeres y 24,1% de los varones tenían sobrepeso ($p=0,02$); presentaban obesidad el 7,9% de los varones y 3,4% de las mujeres. La prevalencia de sobrepeso fue mayor para el grupo de 10 a 12 años (34,3%) y la de obesidad fue significativamente más baja en los mayores de 16 años. No se observaron diferencias de prevalencia entre las diferentes regiones del país |
| Tendencias en el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes: 1999-2007 | E.U. 2008 Benson | Cuantitativo | Datos médicos electrónicos de 60.711 | Regresión logística para examinar el impacto de las características de los pacientes en el diagnóstico y para investigar las tendencias durante el período de estudio. Pacientes de 2 a 18 años de entre junio 1999 y octubre de 2007 | En una revisión retrospectiva de las mediciones del IMC de los pacientes registrados durante el período de estudio, el 19% de los niños tenían sobrepeso, el 23% eran obesos, y el 8% (33% de los pacientes obesos) fueron severamente obesos. |

Estudios de prácticas de alimentación

| TITULO | PAIS, AÑO, AUTOR | DISEÑO DEL ESTUDIO | MUESTRA | ANÁLISIS DE LOS DATOS | RESULTADOS |
|----------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------|--|---|
| Intervenciones para | E.U. 2006 Flodmark, et al. | Cuantitativo | 24 estudios con 25 896 | Se utilizaron estudios controlados con seguimiento | De los estudios ocho informaron de que la |

| | | | | | |
|---|--|---------------------|---|--|--|
| <p>prevenir la obesidad en niños y los adolescentes: una revisión sistemática de la literatura</p> | | | <p>niños</p> | <p>de al menos 12 meses y resultados de medidas de índice de masa corporal y el porcentaje de sobrepeso / obesidad. Revisión bibliográfica sistemática. Artículos publicados hasta 2004</p> | <p>prevención tiene un efecto positivo estadísticamente significativo sobre la obesidad, 16 informaron de los resultados eran neutrales y ninguno informo que la prevención proporciona un resultado negativo. Estudios incluidos en otras cinco revisiones sistemáticas dan en total, 15 estudios con resultados positivos, 24 con neutro y ninguno con resultados negativos. Así, el 41% de los estudios, incluyendo el 40% de los 33 852 los niños estudiados, mostró un efecto positivo de la prevención.</p> |
| <p>Influencia de los padres sobre las preferencias alimentarias en niños de dos escuelas primarias con diferente estrato económico. estudio ESFUERSO</p> | <p>México 2007 López, et al</p> | <p>Cuantitativo</p> | <p>Participaron 300 niños de una escuela primaria del Estado (EPE) y 368 de una escuela privada (EPP)</p> | <p>Se obtuvieron promedios y desviaciones estándar, se compararon variables continuas, se realizó la t de Student para muestras independientes. Se calcularon y graficaron curvas de Andrew, para identificar alimentos atípicos y la existencia de posibles conglomerados de alimentos. Además, se calcularon por separado los intervalos a 95% de confianza para el índice promedio de las preferencias alimentarias</p> | <p>Las escuelas estudiadas no mostraron diferencias en el índice de masa corporal de los padres y sus hijos, sólo en las madres (EPP 24 ± 4 vs. EPE 26 ± 4, $p < 0.001$). La CC indicó que las madres influyen 30% en las preferencias de sus hijos; esta asociación fue mayor en EPE. La preferencia por alimentos ricos en hidratos de carbono simples se observó sólo en los niños, sin mayor influencia de los padres. Los refrescos regulares mostraron alta preferencia en ambas escuelas; el refresco de dieta es preferido por EPP, pero ambas escuelas prefieren no dar refresco de dieta a los niños</p> |
| <p>La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar un acercamiento a la cotidianidad</p> | <p>Medellín, Colombia 2005 Restrepo y Maya</p> | <p>Cualitativo</p> | <p>29 escolares, 16 madres de familia y 12 profesores de la escuela Tomas Carrasilla</p> | <p>Entrevistas grupales semiestructuradas a escolares, subdivididas en grupos según el estado nutricional. Con los profesores se realizaron talleres formados por 3 grupos de 4 personas. Se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas con madres de los escolares. Se realizó 1 entrevista individual semiestructurada a la persona</p> | <p>Tener accesos a alimentos en cantidad, variedad y frecuencia depende de los ingresos que genera un empleo estable y se convierte en un factor determinante que incide en la dieta de la familia y de los escolares, pero esto no es suficiente para explicar sus</p> |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------|---|---|---|
| | | | | encargada de la tienda de la escuela | condiciones nutricionales debido a que estas familias encuentran en la conformación familiar, en las redes de apoyo social y sus estrategias de vida una forma de minimizar su situación de precariedad económica y de marginidad |
| Elementos teóricos psico-socio-culturales por considerar en el diseño de una intervención educativa para combatir la obesidad escolar | Costa Rica 2004 Núñez y Elizondo | Cualitativo | Una escuela urbana pública de San José, Costa Rica. Se trabajó con niños(as) entre ocho y once años (n = 50), algunos de sus maestros(as) (n = 8) y progenitores (44 madres y 26 padres | Se organizó en tres fases. La fase 1 consistió en dos reuniones según las edades de los(as) niños(as). Para la primera reunión se agruparon niños(as) de ocho a nueve años y para la segunda, niños(as) de 10 a 11 años. Cada grupo estuvo compuesto por 25 niños(as). En la fase 2 se utilizó la técnica cualitativa grupo focal, para identificar los conceptos y las actitudes hacia la obesidad, sus causas y las estrategias para disminuir este problema. En la fase 3 se empleó la técnica de grupo focal, donde participaron los padres, las madres y los (las) maestros(as). | Los(as) niños(as) consideraron que “salud” es sentirse bien, no estar enfermo y estudiar. Entre los aspectos para sentirse bien y llevar una vida saludable señalaron tener una buena apariencia física, no estar gordo(a), ser querido(a) en el grupo, tener amigos(as) (calzar en el grupo), no ser vistos(as) como diferentes y que en la familia no falte el dinero. Los varones del grupo de ocho a nueve años manifestaron “no sentirse bien” cuando sus padres se enojaban con ellos por haberse portado mal. Para los niños (niñas) la obesidad es “...estar gordo(a) o “pasado”. Hubo confusión al intentar expresar el significado del término “sobrepeso”, al final concluyeron “ <i>es lo mismo que obesidad</i> ”. Los padres de familia no utilizaron los términos de “sobrepeso” u “obesidad”, utilizaron expresiones como “ <i>el peso</i> ”, “ <i>gordito(a)</i> ”, “ <i>pasadito(a)</i> ”, “ <i>gordura</i> ”. Para ellos(as) “el peso” representa un problema cuando se producen alteraciones médicas de gravedad. Manifestaron no tomar acciones al respecto porque el exceso de peso es una etapa superable para los(as) niños(as). Los(as) maestros(as) |

| | | | | | |
|---|--------------------------|-------------|---|---|--|
| | | | | | mencionaron que las clases sobre las buenas prácticas saludables recibidas por los(as) niños(as) en la escuela, no tienen continuidad en la casa. |
| Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica | Costa Rica 2007 Núñez | Cualitativo | 11 niñas obesas (8 de 4to y 3 de 3ero) y 6 niños obesos (5de 4to y 1 de 3ero) | Estudio cualitativo y transversal que utilizó el método etnográfico para poner en evidencia lo que acontecía cotidianamente en la vida escolar y extra-escolar de las niñas y los niños de tercero y cuarto año matriculados en una escuela pública y urbana de San José, Costa Rica; con el fin de aportar información sobre sus creencias acerca de la obesidad y sus prácticas de alimentación, recreación y actividad física, así como las de sus familias, docentes y personal administrativo del centro educativo. También se entrevistó a 15 madres y un padre, 12 docentes; 2 a cargo del servicio del comedor, la concesionaria a cargo de la soda escolar; 1 integrante de la Junta de Educación, 1 a cargo de la limpieza, el guardia y por 235 niñas y 225 niños de 2do a 6to, que comprendió el caso de estudio. | De los niños (83%) y sólo 45% de las niñas que presentan obesidad creen que la diferencia entre la obesidad y el sobrepeso estriba en el aumento de peso corporal. El 66% de las madres creen que "salud" es sinónimo de bienestar o de un estado dónde debe haber equilibrio o balance entre lo físico y lo mental. También, creen de manera similar a sus hijos obesos e hijas obesas (casos del estudio) que, salud es la ausencia de "dolor físico", alimentarse bien y tener una buena condición física. No obstante, algunas madres contemplan otros aspectos que le imprimen integralidad a la creencia de lo que es para ellas "salud". En contraste con lo que cree la minoría de los niños obesos y de las niñas obesas, la mayoría de las madres (73,3%) cree que la obesidad es una enfermedad o un problema de salud, pero hasta en la adolescencia y la adultez y no en los niños ni en las niñas que presentan actualmente esta condición. Además, creen que la obesidad es una característica física "temporal" que llega a desaparecer con el paso del tiempo y que si ésta persistiera, podría constituirse durante la adolescencia en un problema más de índole "estético" y de "socialización" que de salud física, especialmente en las niñas, y de |

| | | | | | |
|--|--|--------------|--|---|--|
| | | | | | agotamiento físico (cansancio, incomodidad, movilidad limitada) en los niños y las niñas |
| Promoción de hábitos alimentario saludables en una escuela primaria de Hermosillo Sonora México | Hermosillo Sonora México 2009 Abril, et al. | Cuantitativo | 235 alumnos inscritos en una escuela pública ubicada en una colonia de nivel socioeconómico bajo | Es un estudio cuasi experimental con mediciones pre y post intervención educativa. El cuestionario se aplicó durante el pre y post en los grupos de 2do a 6to grado. Se tomaron medidas de peso y talla al total de alumnos. Se realizaron dos grupos focales con los maestros, al inicio y al final. | El 51% (120) fueron mujeres y el 49% (115) fueron hombres. El 91% (215) eran de padres originarios de la entidad y el 9% (20) de otra entidad. El 4% presenta problemas de desnutrición y el 9% problemas de obesidad. El análisis por sexo no presenta diferencias significativas en ninguno de los indicadores, aunque en proporción las mujeres se ven más afectadas que los hombres en ambas problemáticas. En la preevaluación el 43% de los participantes sabía que alimentos debía comer con mayor frecuencia y el 21% de ellos respondieron de manera correcta sobre que alimentos deberían comer con menor frecuencia. Al concluir el programa los porcentajes aumentaron a 50% y 47% |

Estudios de actividad física

| TITULO | PAIS, AÑO, AUTOR | DISEÑO DEL ESTUDIO | MUESTRA | ANÁLISIS DE LOS DATOS | RESULTADOS |
|--|--|--------------------|--|---|---|
| Conocimientos y lagunas sobre la implicación de la nutrición y la actividad física en el desarrollo de la obesidad infantil y juvenil | Barcelona 2004 Bautista-Castaño, et al. | Cuantitativo | Se seleccionaron 31 artículos con población de 0 a 18 años. Estudios publicados entre 1993 y 2003. | Estudios de diseño transversal o longitudinal. Como términos de búsqueda se utilizaron las palabras clave « <i>obesity</i> », « <i>children</i> », « <i>childhood</i> », « <i>energy intake</i> », « <i>physical activity</i> », así como distintas combinaciones de ellas: « <i>childhood obesity</i> », « <i>childhood obesity and energy intake</i> », « <i>childhood obesity and physical activity</i> », « <i>breakfast childhood obesity</i> ». | Se indica que la disminución del aporte de grasas y el incremento del aporte de hidratos de carbono en la dieta, junto con un desayuno adecuado y una actividad física regular durante el tiempo libre, serían los factores determinantes para la prevención de la obesidad infantil y juvenil. |
| Educación para la | Jaén España | Cuantitativo | 171 pacientes | Estudios descriptivos de | Durante el |

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|---|---|--|
| <p>salud: un instrumento eficaz para la reducción de peso</p> | <p>2006 Sánchez, et al</p> | | <p>(134 mujeres y 37 varones) la media fue de 38 años.</p> | <p>frecuencias, ANOVA y correlación bilateral. Los pacientes fueron sometidos a una valoración nutricional y se les recomendó una dieta hipocalórica equilibrada, se les realizó una encuesta sobre sus costumbres nutricionales.</p> | <p>seguimiento, la pérdida de peso y el porcentaje de pérdida de peso fueron significativamente mayores en los varones que en las mujeres (9,61 frente a 6,71 kg, respectivamente. La pérdida de peso se relacionó con la realización de ejercicio físico (8,91 kg en quienes lo practican frente a 4,45 kg en los que no; y con la toma de fibra dietética (7,82 kg en quienes la toman frente a 3,9 kg en los que no).</p> |
| <p>Validez y reproducibilidad de un cuestionario de actividad e inactividad física para escolares de la ciudad de México</p> | <p>México 2000 Hernández, et al.</p> | <p>Cuantitativo</p> | <p>114 estudiantes, (10 a 14 años) de bajos y medianos ingresos de la cd. De México, entre mayo y diciembre de 1996</p> | <p>Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión y se estimó correlación de Pearson. Se desarrolló un cuestionario auto aplicado sobre la actividad e inactividad física, aplicado dos veces</p> | <p>Las correlaciones entre las horas al día dedicadas a la actividad e inactividad física del cuestionario de los estudiantes y las de los recordatorios de 24 horas ajustadas por edad, sexo, zona de residencia y enfermedad anterior a la administración del cuestionario fueron de 0.03 para la actividad moderada, de 0.15 para la actividad vigorosa y de 0.51 ($p=0.001$) para el tiempo dedicado a ver televisión. Al comparar con los recordatorios de 24 horas, el cuestionario sobrestimó el tiempo de ver televisión, leer o participar en actividades vigorosas, y subestimó el tiempo de actividad moderada. Se observaron coeficientes de reproducibilidad en seis meses aceptables para el tiempo de ver televisión, dormir, actividad moderada y actividad vigorosa.</p> |
| <p>Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile</p> | <p>Santiago, Chile 2006 Olivares, et al.</p> | <p>Cuantitativo/ Cualitativo</p> | <p>88 niños obesos de 8 a 11 años (41 niños y 47 niñas), alumnos de 7 escuelas públicas y sus madres</p> | <p>Constó de una fase descriptiva inicial en la que se determinó el estado nutricional y las actitudes y prácticas alimentarias y de actividad física en una muestra de niños obesos y una segunda fase en la que se realizó un estudio</p> | <p>Se encontró un bajo consumo de lácteos, verduras y frutas y un elevado consumo de alimentos de alta densidad energética y bebidas con azúcar. Más del 55% de los niños no realizaba</p> |

| | | | | | |
|---|--|---------------------|--|---|--|
| | | | | <p>cualitativo, exploratorio, utilizando la técnica de grupos focales, con niños obesos y sus madres.</p> | <p>actividad física fuera del colegio. Los niños mostraron escasas motivaciones y múltiples barreras para adquirir hábitos de alimentación saludable y actividad física, así como una baja autoestima y autoeficacia. Sus madres mostraron poca motivación y baja autoeficacia para apoyar a sus hijos obesos.</p> |
| <p>Estado nutricional, consumo de alimentos y actividad física en escolares y mujeres de diferente nivel socioeconómico de Santiago de Chile</p> | <p>Chile 2007 Olivares, et al.</p> | <p>Cuantitativo</p> | <p>204 niñas de 3° a 8° año básico de un colegio privado de NSE (Nivel Socioeconómico) medio alto y 358 niñas de NSE bajo asistentes a tres escuelas públicas.</p> | <p>En cada uno de los grupos de edad y NSE se calculó la distribución percentilar del consumo en gramos podría. Las comparaciones del consumo por grupos de edad se realizaron con el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. La comparación del consumo de alimentos de las niñas según NSE, se realizó con el test no paramétrico de Mann-Whitney. Para determinar diferencias entre el estado nutricional, horas de TV y actividad física con respecto a los grupos de edad y NSE, se utilizó el test de Chi-cuadrado o el test exacto de Fisher.</p> | <p>El consumo de verduras y frutas no mostró diferencias significativas (164 a 229 g/día), equivalentes a aproximadamente la mitad de lo recomendado (≥ 400 g/día) 31. El consumo de pan fue significativamente menor en las niñas de NSE medio alto en todos los grupos de edad (50 a 70 vs 217 a 250 g/día, respectivamente) ($p < 0,0001$). Con respecto al tiempo destinado a mirar televisión, se observó que existe una asociación entre el NSE y las horas de TV en los tres grupos de edad ($p < 0,05$). En el grupo de 8- 9 años, 17% de las niñas de NSE medio alto y 13% de las de NSE bajo veían más de tres horas de TV durante los días de colegio, en cambio en las niñas de 10-11 y 12-13 años, 48 y 41% de las de NSE medio alto y 27 y 38% de las de NSE bajo veían 3 o más horas diarias de TV, respectivamente. Al consultar por la frecuencia con la que realizaban actividad física durante los días de colegio, no se observaron diferencias significativas según NSE ($p > 0,05$). En ambos grupos, se observó que las niñas más activas eran las de 8-9 años (45%</p> |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|--------------|--|---|--|
| | | | | | realizaba actividad física 4 o más veces por semana), y las de 12-13 años las más inactivas (14,8% y 19,2% de las niñas de NSE medio alto y bajo nunca realizaban actividad física |
| Factores determinantes del exceso de peso en escolares: Un estudio multinivel | Chile 2007 Amigo, et al. | Cuantitativo | 504 niños de 2do año básico y sus madres | Se construyeron bases de datos mediante digitación doble. Al ser la variable respuesta continua (índice de masa corporal), se aplicó regresión lineal múltiple y al ser categórica (obesidad) se utilizó regresión logística binaria. | El sedentarismo del niño fue el mejor predictor de aumento del IMC, seguido de la obesidad en los padres y ver televisión. el mayor factor de riesgo de obesidad se obtuvo cuando el niño es sedentario según la madre, seguido por la obesidad materna con un riesgo de dos, en este tipo de análisis ingresa el ser mujer con un riesgo significativo superior a 1,75 y en el límite de la significación ingresa la obesidad del padre |

ANEXO 2
Formato de consentimiento de los padres

Sres. Padres de Familia

Estimados Padres de Familia:

Reciba un cordial saludo. El motivo de la presente es para solicitar su valiosa colaboración en la elaboración de un estudio sobre la percepción de la imagen corporal de su hijo y las prácticas de alimentación y ejercicio de la familia comprendido en niños de entre 9 y 10 años de edad.

Este estudio está avalado por la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL y la SEP donde los fines científicos es para determinar el estado nutricional de su hijo y contribuir con estrategias para prevenir la obesidad infantil. Para realizar el estudio en cuestión es necesario pasar y medir a los niños. Al finalizar el estudio, los resultados del estado nutricional de sus hijos será entregado a ustedes.

Adjunto una boleta de autorización para que su hijo participe en este estudio. Agradezco de antemano su colaboración y quedo a su completa disposición para resolver cualquier duda acerca del proceso.

María Natividad Ávila Ortiz
MC. con orientación y Trabajo Social

Boleta de autorización

Por este medio autorizo a mi hijo (a) _____ a participar en el estudio descrito previamente

Nombre del padre o responsable _____

Firma _____

Madre de Familia

¿Usted estaría dispuesta a participar en el estudio con una entrevista sobre la percepción que tiene de la imagen corporal de su hijo, las practicas de alimentación y ejercicio de la familia?.

Si _____ No _____

Nombre completo _____

Dirección _____

Teléfono _____

ANEXO 3

Procedimiento para toma de medidas

Para la toma del peso:

- a) Colocar la bascula sobre una superficie plana y firme.
- b) Equilibrar la bascula en cero antes de cada pesada.
- c) Colocar al niño sin zapatos sobre la pesa.
- d) Leer el peso y registrar la media inmediatamente.
- e) Repetir el procedimiento para validar la medida.

Para la toma de la talla

- I. Situar al niño con los pies sobre la plantillas, en posición firme con los talones juntos y las rodillas sin doblar. El sujeto debe estar zapatos y la cabeza sin gorros ni adornos.
- II. Asegurarse antes de medir, que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco y los muslos toquen la superficie vertical del tablero y que los talones no estén elevados, la cabeza debe estar levantada con la vista dirigida al frente. Los brazos deben colgar libremente a los lados del tronco con las palmas dirigidas hacia los muslos. El peso del sujeto debe estar distribuido por igual en ambos pies.
- III. Deslizar una regla hasta tocar la coronilla de la cabeza del niño.
- IV. Leer la cifra que indica y registrar el valor de la medida.
- V. Repetir el procedimiento para validar la medida.

ANEXO 4
Tabla de recolección de datos

| Nombre (Mamá) | Nombre (Hijo/a) | Fecha de nacimiento | Edad | Peso | Talla | IMC (Hijo/a) | IMC (Mamá) |
|----------------------|------------------------|----------------------------|-------------|-------------|--------------|---------------------|-------------------|
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | |
| 21. | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | |

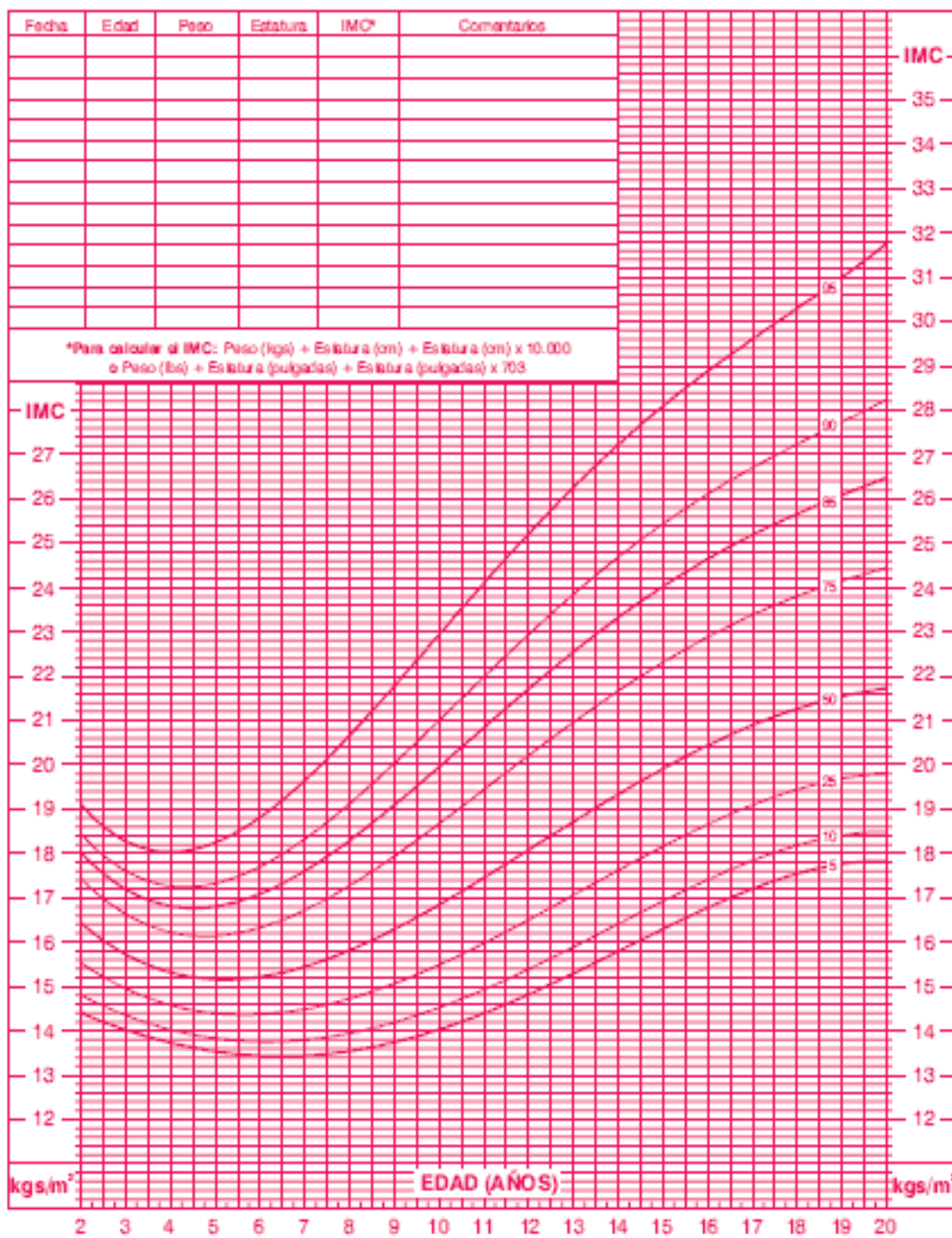
Anexo 5 Tabla CDC para niñas

2 a 20 años: Niñas

Nombre _____

Percentiles del Índice de Masa Corporal por edad

de Archivo _____



Publicado el 30 de mayo del 2000 (modificado el 16 de octubre del 2000).
 FUENTE: Desarrollado por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud en colaboración con el
 Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de Salud (2000).
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



ANEXO 6

Guía de entrevista

| | |
|--|---|
| <p>1 Percepción de la Imagen corporal</p> | <p>Para iniciar la entrevista me gustaría que me platicará</p> <p>¿Cómo es su hijo?</p> <p>Algún momento le ha preocupado el peso de su hijo</p> <p>Ahora me gustaría que usted observe estas figuras. Como puede ver, estos niños son de diferentes formas y tamaños. Según su opinión</p> <p>¿Cuál de estos niños considera que es más saludable? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuál de los niños le parece que tiene exceso de peso?</p> <p>¿Qué es lo que le hace pensar que esta pasado de peso y que cree que le causo estar en esta situación?</p> <p>¿Cuál de los niños le parece demasiado delgado?</p> <p>¿Qué cree que lo llevó a ser demasiado delgado?</p> <p>¿Qué piensa usted de los niños que tiene obesidad?</p> <p>¿Qué problemas cree que puede ocasionar la obesidad en los niños?</p> <p>¿Cómo cree que se puede combatir esta condición?</p> <p>¿Cuál de los dibujos representa a su hijo? ¿Por qué?</p> <p>¿Usted cree que su hijo está en riesgo de tener sobrepeso u obesidad? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué pensaría usted y que haría si le dijeran que su hijo presenta obesidad?</p> <p>En su familia se preocupan o se preocupaban por el aspecto físico</p> <p>Según su opinión ¿Cómo debe ser un niño sano?</p> |
| <p>Construcción de la percepción</p> | <p>¿Qué conoce usted sobre la obesidad, sobrepeso, peso normal y bajo peso?</p> <p>¿Qué comentarios hace su familia, amigos sobre los niños “gorditos” y “flaquitos”?</p> <p>De dónde obtiene la información sobre lo que se debe comer, el peso y la obesidad en los niños</p> <p>¿Qué escucha de la obesidad infantil en los medios de comunicación?</p> <p>¿Qué tan importante cree que son esos mensajes que le llegan de la alimentación y obesidad y cuáles de ellos toma en cuenta para aplicarlos en su vida diaria?</p> |

| | |
|---|---|
| <p>2 Prácticas de alimentación familiares es su infancia</p> | <p>¿Cómo fue la comida en su infancia? ¿Qué acostumbraba a comer de niña? ¿Qué alimentos no faltaban en casa? Momento de la comida en su familia: lugar, hora, quienes comían, ambiente a la hora de comer La comida que le prepara a sus hijos es parecida a la que usted comía ¿en qué se parece? ¿Qué la hizo cambiar su alimentación?</p> |
| <p>3 Prácticas familiares de alimentación actuales</p> | <p>Para usted ¿qué contiene una comida saludable? ¿Qué alimentos deben consumir los niños y por qué? ¿Qué tipo de alimentos tiene en la casa y cuáles no faltan? Platíqueme un día a la hora del desayuno, comida y cena (tipo de comida, preparación, lugar, quiénes comen) ¿Qué hacen en el transcurso de la comida? (hablan, discuten, ven tv.) ¿Cuándo comen fuera de casa? ¿Que comen? ¿Qué es lo que más les gusta comer a la familia y qué alimentos no? ¿Usted le prohíbe a su hijo algunos alimentos? ¿Por qué? ¿Cuál es la reacción de su hijo? ¿Cómo se siente y qué hace cuando su hijo no quiere comer algunos alimentos? ¿Cómo decide que alimentos comerá la familia o comprará? ¿Qué toma en cuenta usted cuando prepara los alimentos? Usted cree que su hijo debe de comer más de lo que come ahora ¿Por qué? Usted ha tratado de controlar el peso de su hijo ¿de qué forma?</p> |

ANEXO 7

Consentimiento informado

3.5.1 Se me ha invitado a participar en un estudio de investigación titulado “Estudio cualitativo sobre la percepción de madres con respecto al peso corporal de sus hijos/as y la relación de las practicas de alimentación”, la cual esta bajo la dirección de María Natividad Ávila Ortiz quien es estudiante del Posgrado de Trabajo Social de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Entiendo que el propósito de este estudio es conocer mi percepción de con respecto al peso corporal de mi hijos y la relación de las practicas de alimentación y ejercicio. Esta investigación ofrecerá información que puede ayudar a mejorar programas de servicio social y promover políticas de salud pública encaminadas a prevenir la obesidad. Entiendo que fui seleccionado como una participante de investigación porque reúno las características de elegibilidad que ellos están interesados en estudiar.

Yo seré una de las aproximadamente 24 entrevistadas de este estudio. La entrevista puede tomar aproximadamente 40 minutos y se que podría ser necesario reunirnos un par de veces. Se me ha explicado que las preguntas que se me harán están relacionadas con percepciones, ideas y sentimientos relacionados con los factores influyen en la obesidad infantil. Además, algunas veces en este tipo de estudio, se podrían hacer preguntas que tiene que ver con información personal o privada acerca de mi familia, hábitos alimenticios, hábitos de ejercicio. Si en las entrevistas aparecen preguntas que yo no quiero responder, lo haré saber y serán omitidas. Para respetar mi privacidad se me ha hecho saber que cualquier información que sea obtenida a través de este estudio será estrictamente confidencial y puede ser revelada solamente en forma anónima.

Yo entiendo que los beneficios que puedo obtener de este estudio son: primero que todos los participantes podrán tener un reporte de los resultados de este estudio después que la investigación sea publicada; segundo, basado en los resultados obtenidos, si así lo deseo la investigadora me dará a conocer el estado nutricional de mi hijo e información de cómo fomentar los hábitos de alimentación y ejercicio en la familia.

ANEXO 8

Cláusulas:

1. Entiendo que el consentimiento de información es requerido para todas las personas en este proyecto.
2. Que los procedimientos principales y alternativas incluyendo los procedimientos experimentales en este proyecto se me han explicado en un lenguaje claro que yo pueda entender.
3. Que los riesgos y los inconvenientes de los procedimientos se me han explicado.
4. Que los beneficios que se esperan obtener también se me han explicado.
5. Se me ha ofrecido que para responder a cualquier pregunta antes, durante o después del estudio, me puedo contactar con Natividad Ávila al teléfono 83-22 47-79 ó al 811-254-48-82 o con la Dra. Martha Leticia Cabello en la facultad de Trabajo Social al teléfono 83-52-13-09 o al 73 ext. 232
6. Así mismo se me ha hecho saber que mi participación en este estudio es voluntaria y que yo podría retractarme en cualquier momento durante el estudio sin ningún problema o consecuencia.
7. Yo tengo derecho a la privacidad y es de mi conocimiento que toda la información obtenida puede ser publicada en revistas científicas, siempre y cuando no sea identificado mi nombre.

Como persona entrevistada yo voluntariamente estoy de acuerdo en participar en dicho proyecto. Entiendo que me será dada una copia de esta forma de consentimiento que estoy firmando.

Fecha

Nombre y Firma

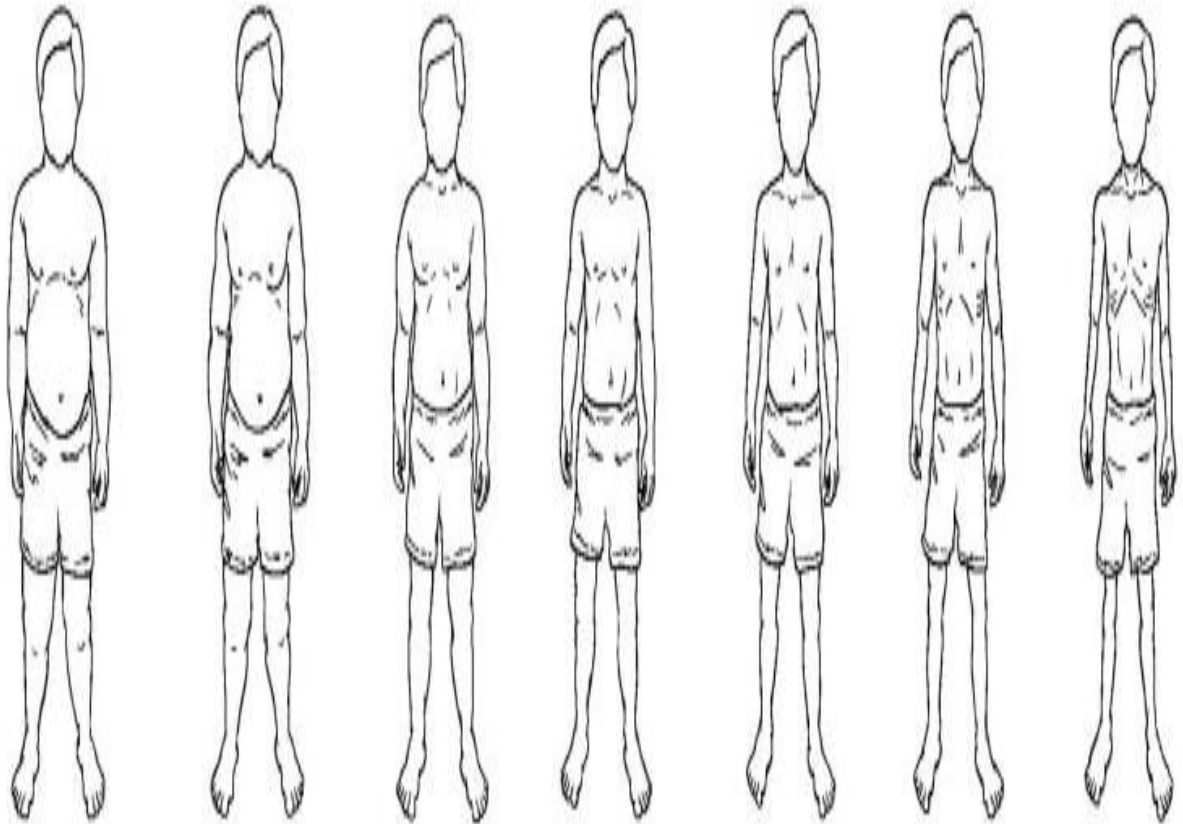
Usando un lenguaje entendible y apropiado, he discutido este proyecto sobre los aspectos antes mencionados con la persona que será entrevistada.

Firma del Investigador

DATOS DEMOGRÁFICOS**Nombre** _____**Edad** _____**Escolaridad** _____**Estado civil** _____**Ocupación** _____**Número de hijos** _____**Estatura** _____**Peso** _____**IMC** _____**Antecedente de obesidad en la familia** _____**Datos de su hijo****Nombre** _____**Fecha de nacimiento** _____**Peso** _____**Talla** _____**IMC** _____**Grado escolar** _____**Turno** _____

ANEXO 9

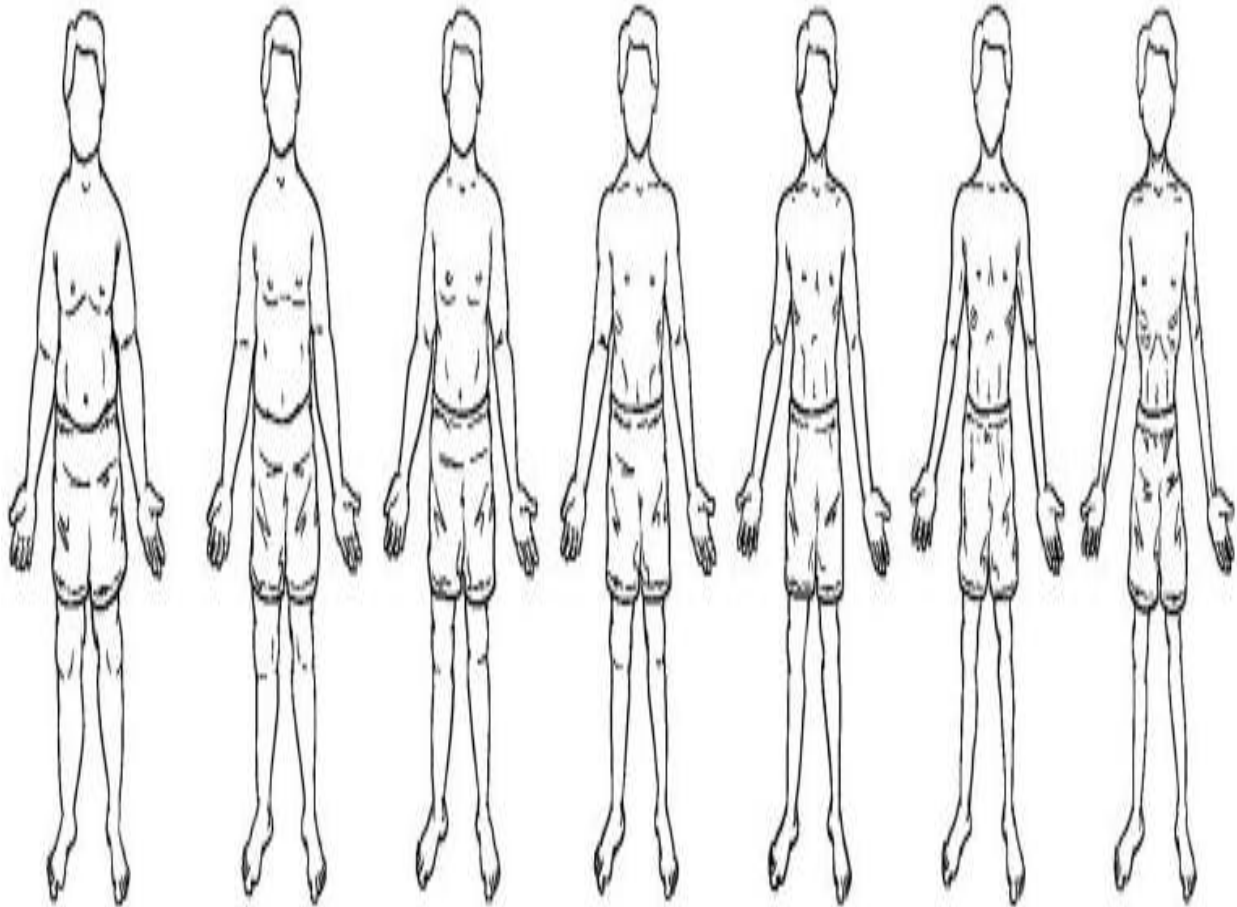
Figuras de niños de 6 a 9 años



Scott, 2003

ANEXO 9

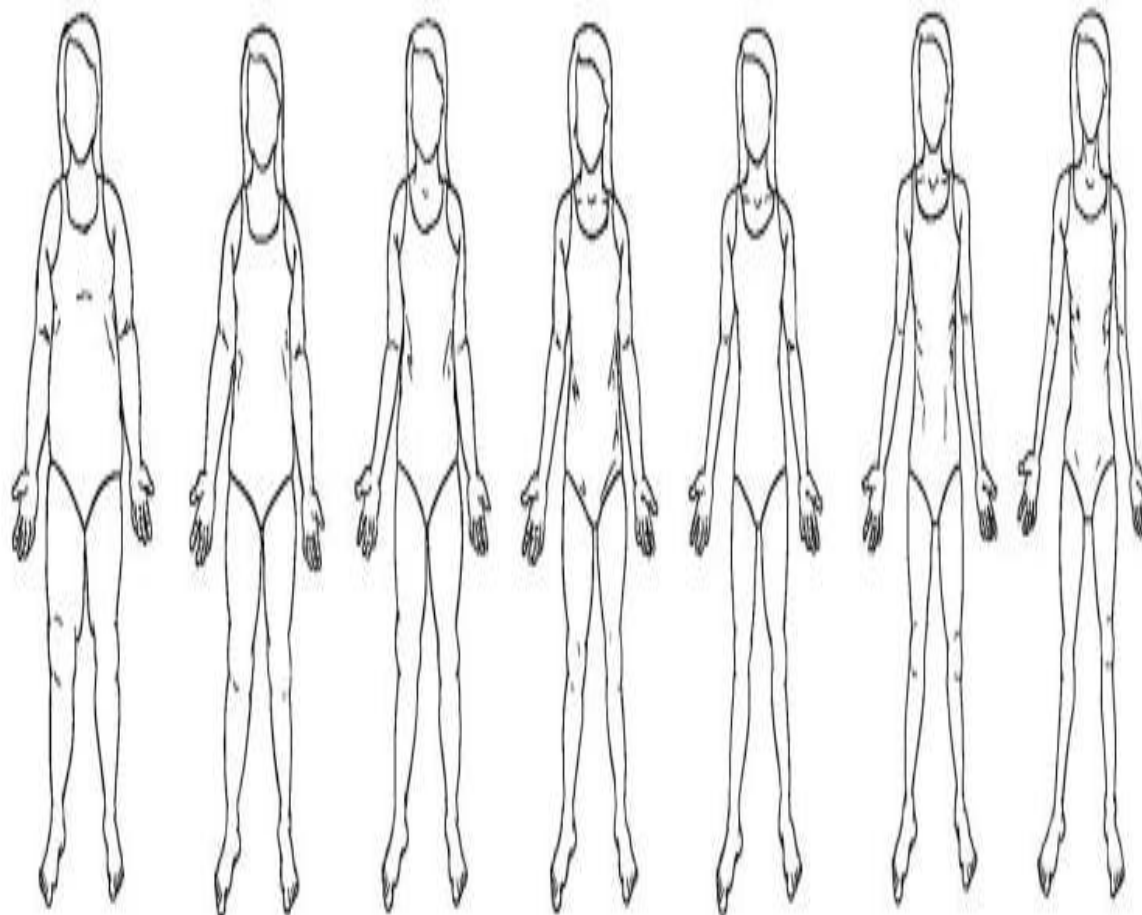
Figuras de niños de 10 a 13 años



Scott, 2003

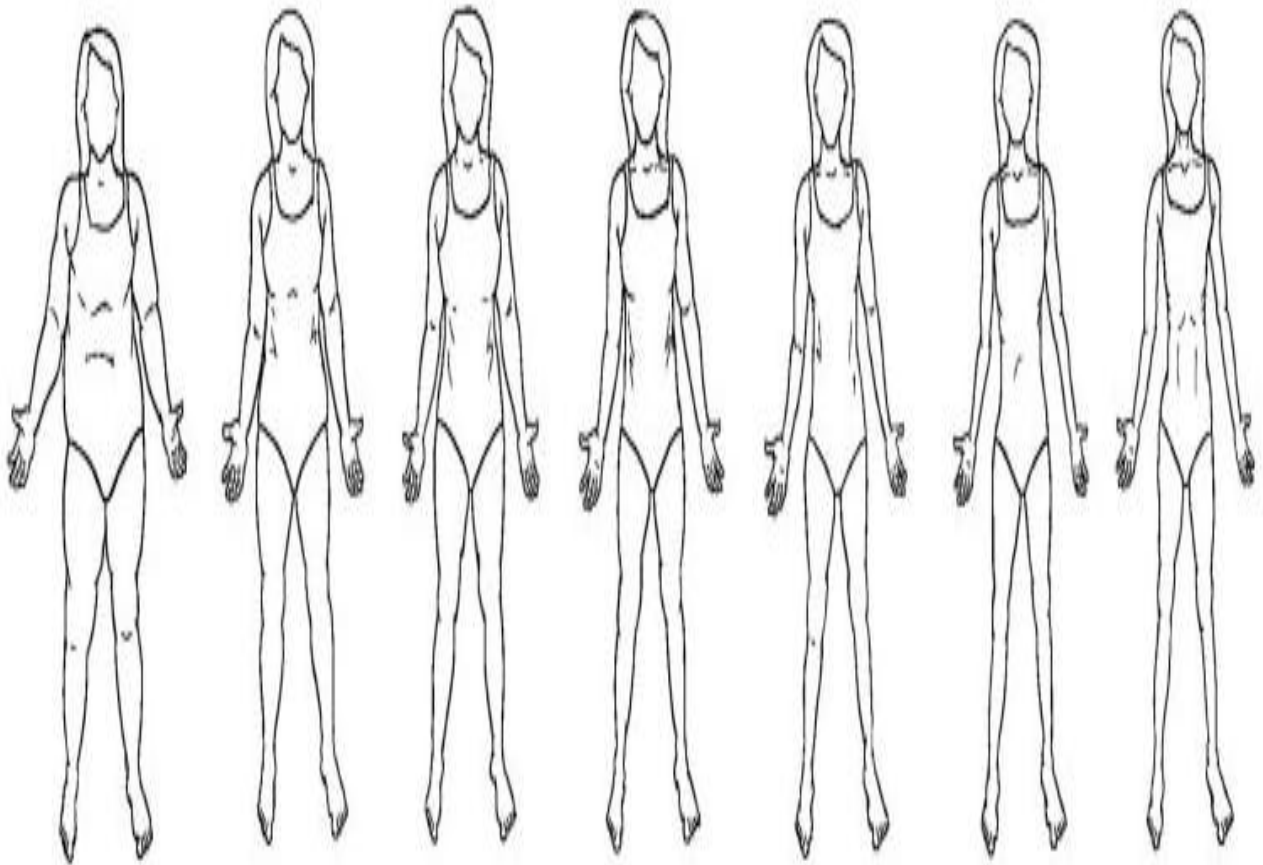
ANEXO 9

Figuras de niñas de 6 a 9 años



ott, 2003

Sc

ANEXO 9**Figuras de niñas de 10 a 13 años**

Scott, 2003

ANEXO 10

Seudónimos de las participantes

Grupo de bajo peso

| Número de Entrevista | Edad | Estado civil | Escolaridad | IMC | Hijo/a Edad | IMC | Código |
|----------------------|------|--------------|--------------|-----------|----------------|--------------|---------------------|
| 8 | 27 | Casada | Secundaria | Obesidad | Niña 7 años | Bajo Peso | E8-27-OB- NA-BP |
| 13 | 39 | Casada | Secundaria | Sobrepeso | Niño 9 años | Bajo Peso | E13-39-SB- NO-BP |
| 15 | 38 | Casada | Secundaria | Sobrepeso | Niña 7 años | Bajo Peso | E15-38-SB- NA-BP |
| 18 | 28 | Casada | Preparatoria | Sobrepeso | Niño 9 años | Bajo Peso | E18-28-SB- NO-BP |

Grupo peso normal

| Número de Entrevista | Edad | Estado civil | Escolaridad | IMC | Hijo/a Edad | IMC | Código |
|----------------------|------|--------------|--------------|----------------|--------------------|----------------|-------------------------|
| 4 | 45 | Casada | Maestría | Peso Normal | Niño 8 años | Peso Normal | E4-45- PN-NO- PN |
| 5 | 43 | Casada | Secretaria | Sobrepeso | Niña 7 años | Peso Normal | E5-43- SB-NA- PN |
| 7 | 28 | Casada | Maestría | Sobrepeso | Niño 8 años | Peso Normal | E7-28- SB-NO- PN |
| 9 | 30 | Casada | Secundaria | Peso Normal | Niña 10 años | Peso Normal | E9-30- PN-NA- PN |
| 16 | 36 | Casada | Preparatoria | Peso Normal | Niño 10 años | Peso Normal | E16-36- PN-NO- PN |
| 21 | 30 | Casada | Maestría | Sobrepeso | Niña 7 años | Peso Normal | E21-30- SB-NA- PN |

Grupo sobrepeso

| Número de Entrevista | Edad | Estado civil | Escolaridad | IMC | Hijo/a Edad | IMC | Código |
|-----------------------------|-------------|---------------------|--------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| 1 | 35 | Casada | Secundaria | Sobrepeso | Niña 8 años | Sobrepeso | E1-35-SB-NA-SB |
| 3 | 37 | Unión libre | Secundaria | Obesidad | Niño 11 años | Sobrepeso | E3-37-OB-NO-SB |
| 6 | 40 | Casada | Maestría | Sobrepeso | Niño 8 años | Sobrepeso | E6-40-SB-NO-SB |
| 11 | 38 | Casada | Preparatoria | Obesidad | Niño 10 años | Sobrepeso | E11-38-OB-NO-SB |

Grupo obesidad

| Número de Entrevista | Edad | Estado civil | Escolaridad | IMC | Hijo/a Edad | IMC | Código |
|-----------------------------|-------------|---------------------|----------------------------|------------|--------------------|------------|-----------------|
| 2 | 34 | Casada | Secretaria | Sobrepeso | Niño 9 años | Obesidad | E2-34-SB-NO-OB |
| 10 | 43 | Madre soltera | 4to semestre de enfermería | Sobrepeso | Niño 10 años | Obesidad | E10-43-SB-NO-OB |
| 12 | 38 | Casada | Preparatoria | Obesidad | Niña 9 años | Obesidad | E12-38-OB-NA-OB |
| 14 | 37 | Casada | Secundaria | Obesidad | Niño 10 años | Obesidad | E14-37-OB-NO-OB |
| 17 | 44 | Sepa-rada | Lic. En enfermería | Obesidad | Niño 9 años | Obesidad | E17-44-OB-NO-OB |
| 19 | 38 | Casada | Secundaria | Obesidad | Niña 9 años | Obesidad | E19-38-OB-NA-OB |

| | | | | | | | |
|----|----|-----------------|--------------------------|-----------|-----------------|----------|-----------------------------|
| 20 | 39 | Divor- ciada | Maestra de secundaria | Sobrepeso | Niña 10 años | Obesidad | E20- 39-SB- NA- OB |
|----|----|-----------------|--------------------------|-----------|-----------------|----------|-----------------------------|