

REPOSITORIO ACADÉMICO DIGITAL INSTITUCIONAL

Participación materna en los hábitos alimenticios del niño obeso en edad escolar

Autor: Victoria Eugenia Fernández Pineda

**Tesis presentada para obtener el título de:
Lic. En Nutrición**

**Nombre del asesor:
María José Tonajero Trejo**

Este documento está disponible para su consulta en el Repositorio Académico Digital Institucional de la Universidad Vasco de Quiroga, cuyo objetivo es integrar, organizar, almacenar, preservar y difundir en formato digital la producción intelectual resultante de la actividad académica, científica e investigadora de los diferentes campus de la universidad, para beneficio de la comunidad universitaria.

Esta iniciativa está a cargo del Centro de Información y Documentación "Dr. Silvio Zavala" que lleva adelante las tareas de gestión y coordinación para la concreción de los objetivos planteados.

Esta Tesis se publica bajo licencia Creative Commons de tipo "Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada", se permite su consulta siempre y cuando se mantenga el reconocimiento de sus autores, no se haga uso comercial de las obras derivadas.





ESCUELA DE NUTRICIÓN

**Con Reconocimiento de Validez Oficial de
Estudios N° 2004444 de fecha 8 de noviembre de
2004**

TESIS

PARTICIPACIÓN MATERNA EN LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DEL NIÑO OBESO EN EDAD ESCOLAR

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN NUTRICIÓN**

PRESENTA:

VICTORIA EUGENIA FERNÁNDEZ PINEDA

ASESORA: LIC. MARÍA JOSÉ TINAJERO TREJO

AGRADECIMIENTOS

Señor mío, y Dios mío, te doy las gracias, por todos tus grandes beneficios y bendiciones, y por haberme permitido estudiar y concluir mi carrera. Gracias señor.

A la Universidad Vasco de Quiroga, por haberme dado la oportunidad de realizar mis estudios, en esta prestigiosa Universidad.

Mi eterno agradecimiento a la Dra. Marcela Viveros Sandoval. Directora de la Licenciatura en Nutrición, por haber contado siempre con su apoyo, y por haberme aceptado en esta bella Universidad. Dios la bendiga siempre.

A mi directora de tesis, la Lic. María José Tinajero Trejo, por su gran ayuda y su paciencia, muchas gracias.

DEDICATORIA

A la memoria de mis padres por haberme inducido al camino del bien; ya que:

NUNCA ES TARDE PARA APRENDER Y HAY QUE MORIR APRENDIENDO.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN	6
JUSTIFICACIÓN	8
ANTECEDENTES.....	9
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	11
1. OBESIDAD EN LA NIÑEZ.....	11
1.1 INFANCIA	11
1.2 OBESIDAD	14
1.3 ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD	15
1.4 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD	16
1.5 IMPLICACIONES FÍSICAS DE LA OBESIDAD	21
1.6 IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD	23
1.7 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO	24
2. LA RELACIÓN MADRE-HIJO.....	29
MATERNIDAD	29
2.1 CONCEPTO	29
2.2 MATERNAJE.....	32
2.3 VÍNCULO AFECTIVO.....	34
3. HÁBITOS ALIMENTICIOS	43
3.1 DEFINICIÓN	43
3.2 TABLAS DE RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL.....	43
3.3 EVOLUCIÓN DEL NIÑO Y NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN	45
3.4 INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN OBESIDAD.....	46
3.4 PREVENCIÓN NUTRICIONAL DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO.....	48
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	51
2.1 ENFOQUE METODOLÓGICO	51

2.2 TIPO DE ALCANCE.....	52
2.3 OBJETIVOS	52
2.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	52
2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
2.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	53
2.5 SUPUESTOS TEÓRICOS	54
2.7 PARTICIPANTES	54
2.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	54
2.8.1 ENTREVISTA A PROFUNDIDAD	54
2.9 ESCENARIO	55
2.10 PROCEDIMIENTO	55
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	57
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	70
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	74

RESUMEN

La obesidad infantil es un problema de salud mundial que tristemente va en aumento, existen muchos estudios estadísticos al respecto, se sabe que son las madres las responsables de su alimentación pero se desconoce de qué manera influyen en los hábitos alimenticios de los niños.

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la participación materna en los hábitos alimenticios de los niños con obesidad y describir como se relacionan con sus hijos con respecto a la alimentación.

Se trabajo con 5 niños y sus mamás por medio de entrevista a profundidad.

Los resultados obtenidos muestran que las madres tienen una participación pasiva en los hábitos de los niños permitiendo que estos elijan a libre demanda lo que desean comer y en qué cantidad.

Por otro lado se confirmo que hay muy poco conocimiento acerca de lo valores nutrimentales recomendados para la edad escolar y poco interés en mejorar la nutrición de los niños.

Palabras clave: maternidad, hábitos alimenticios, nutrición, compromiso materno.

INTRODUCCIÓN

México se encuentra ante una creciente población de niños con sobrepeso y obesidad, Calzada (2003) menciona que en México se está viviendo una transición en donde la cantidad de niños con desnutrición está siendo igualada por la de niños con sobrepeso. Esto se está convirtiendo en un problema de salud pública y en una amenaza para el futuro, pues probablemente los niños obesos serán adultos obesos.

Estudios anteriores han comprobado que las madres de niños obesos no perciben correctamente la condición física de sus hijos y por tanto no buscan alternativas de solución para el mismo.

En México culturalmente es la madre de familia la que se encarga de la alimentación, se cree que es esta quien controla los menús de la familia y las porciones de ingesta. Una de las causas principales de la obesidad es la falta de una dieta balanceada, de lo anterior se puede concluir que las madres no proporcionan una adecuada alimentación a los niños; sin embargo, no se conoce el trasfondo de esto.

La presente investigación tuvo como objetivo conocer cuál es la participación de la madre en los hábitos alimenticios del niño obeso y qué tanto control ejerce sobre la misma.

Los supuestos teóricos se plantearon en relación a que la madre tiene poco conocimiento de los hábitos alimenticios de su hijo y que propicia una relación estresante con el menor por lo que el niño concibe la alimentación como una obligación pero al mismo tiempo como la única forma de relacionarse con su madre.

El Capítulo I enmarca el contexto teórico de la obesidad, profundizando en sus causas, consecuencias y factores de riesgo, ubicando lo anterior en la etapa de desarrollo en que se encuentran los niños objeto de estudio, es decir, etapa escolar.

Por otro lado en el mismo capítulo se encuentra información acerca de la relación madre-hijo con cierto enfoque psicológico que permite entender el contexto en que el niño en la edad escolar concibe a su madre y como ésta puede influir en el pequeño de forma positiva o negativa, así mismo enmarca la importancia de la alimentación como parte del vínculo afectivo.

Por último en este mismo capítulo se encuentra todo lo relacionado con los hábitos alimenticios, su formación y su importancia, aterrizados en las necesidades nutricionales de los niños entre 6 y 12 años.

El siguiente Capítulo, describe la metodología utilizada, que en este caso fue de tipo cualitativa con un alcance descriptivo, donde se trabajó con 5 madres de familia cuyos hijos habían sido ya diagnosticados con obesidad a través de la técnica “entrevista a profundidad”.

El Capítulo III contiene la presentación detallada de los resultados de las entrevistas, ubicados en cuadros de contenido donde se puede observar el menú de un día común en las familias entrevistadas acompañado de un análisis y resumen de la información obtenida de las madres de familia.

El capítulo IV muestra las conclusiones de la investigación, contrastando los resultados con la teoría del Capítulo I y analizándolos a través de la metodología planteada en el capítulo II.

Para finalizar se incluye un apartado donde se comentan las principales limitantes encontradas al realizar la investigación y se hacen sugerencias con respecto a nuevas líneas que puedan dar seguimiento a la misma.

JUSTIFICACIÓN

México es el primer lugar mundial en obesidad infantil, situación que no representa orgullo para el país, la niñez obesa cada día preocupa más a las autoridades pues representa serios riesgos no sólo para la salud de los niños si no en general para la situación económica y social del país.

Tinajero (2011) menciona que los niños obesos están en constante riesgo no sólo físico sino psicológico y que las enfermedades que pueden padecer llegan a mermar seriamente su calidad de vida y llevarlos incluso a sufrir una muerte prematura.

La responsabilidad de los padres con respecto a la nutrición infantil es evidente, son ellos quienes se encargan de proveer los alimentos a sus hijos y de verificar qué y en qué cantidades comen los pequeños, sin embargo; también es evidente que en muchos de los casos los padres asumen su responsabilidad sin información y educación suficiente, lo que lleva a los niños a presentar cuadros de desnutrición y obesidad.

Son muy pocos los estudios realizados en el estado acerca de cómo la interacción madre-hijo influye en el estado nutricional del niño, igualmente es sabido que son pocos los pequeños que se encuentran en tratamiento nutricional pues las madres no tienen una adecuada percepción de la obesidad de sus hijos (Tinajero, 2009).

Atendiendo a lo anterior la presente investigación pretende hacer un diagnóstico de los hábitos alimenticios de los niños obesos y de cómo las madres participa o no en dichos hábitos, para conocer de esta forma que tan involucradas están en la crianza de sus hijos principalmente en el aspecto nutricional y que tanto conocimiento tienen de los requerimientos alimenticios de sus hijos de acuerdo con su edad y con su condición de obesidad.

Como se mencionó anteriormente se están llevando a cabo algunos programas para combatir la obesidad sin embargo; se ha descuidado la importancia de la madre en la alimentación infantil, en el estado de Michoacán existen muy pocos estudios respecto a la diada madre-hijo y cómo influye en la situación nutrimental del niño.

ANTECEDENTES

Se tomará como antecedente directo la investigación realizada por Tinajero (2011) llamada “Percepción de la obesidad en madres de niños obesos y su influencia en la autoestima del niño” enfocada a la relación madre-hijo cuando existe obesidad obtuvo como resultado, entre otros, que las madres perciben la obesidad como un problema muy grave pero no aceptan el hecho de que sus hijos la padecen por lo que, al sentirse rechazados los niños presentan baja autoestima.

Por otro lado existe también el antecedente de la investigación realizada por Tinajero (2009) acerca de la obesidad y el sobrepeso en niños y adolescentes llamada “Percepción materna de la malnutrición: ¿Las madres de familia reconocen el sobrepeso y la obesidad en sus hijos? cuyos resultados arrojaron que el 95% de las madres subestiman el peso de sus hijos si estos padecen sobrepeso u obesidad.

Otras investigaciones como la de Torres (2008) nos muestran que hay una relación directa entre la obesidad y una relación conflictiva madre-hijo.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La importancia de la presente investigación radica en que, como sabemos, en México culturalmente es la madre quien se encarga de la alimentación de los hijos y al estar estos últimos en una etapa tan crucial y tan vulnerable como es la niñez, las costumbres alimentarias de la madre fundamentan los hábitos de los niños, por lo que si no hay un adecuado balance de los mismo los niños pueden desarrollar serios problemas de salud.

Los niños objeto de estudio ya han sido diagnosticados con obesidad por lo que podemos dar por sentado que no llevan una adecuada dieta; sin embargo, no se conoce la responsabilidad que toma la madre en dichos hábitos, para poder intervenir y mejorar la situación de los niños con obesidad es necesario conocer el nivel de compromiso que tienen sus madres con ellos pues en esto se basará el éxito de una intervención.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1. OBESIDAD EN LA NIÑEZ

1.1 INFANCIA

1.1.1 DEFINICIÓN

Popularmente se le llama niño a toda aquella persona que se encuentre entre el nacimiento y el inicio de la pubertad, es decir, que no haya alcanzado la adolescencia. Es la primer etapa de la vida, donde se llevan a cabo procesos complejos de individuación e independencia, el ser humano nace siendo un ser indefenso que necesita de los demás para todo y en todo momento, conforme avanza la infancia esto cambia, los niños adquieren diversas habilidades y conocimientos que los ayudan a adaptarse al medio y hasta cierto punto a dominarlo (Tinajero, 2011).

Papalia y Wendocks (2001), dividen la infancia en 3 periodos fundamentales:

- Periodo de lactancia y primeros años: Inicia con el nacimiento y termina alrededor de los tres años de edad, el bebé adquiere rápidamente habilidades sociales y motrices, aprende a hablar, a caminar, a comer por sí solo, a ir al baño logrando tener relación de juego con sus pares.
- Infancia temprana: De los 3 a los 6 años, durante este periodo los cambios continúan de una manera no tan acelerada como en la primera etapa; perfecciona su independencia, llega a ser capaz de integrar otras perspectivas y dejar a un lado su pensamiento egocéntrico. Completa la identificación sexual.
- Infancia intermedia: De los 6 años al comienzo de la adolescencia (12 años aproximadamente) el crecimiento es aún más lento, se da la primera identificación con los pares a los que se comienza a dar prioridad, se forma un auto-concepto complejo, la autoestima se puede ver afectada por múltiples causas. El estudio y aprendizaje son fundamentales, las construcciones mentales son cada vez más complejas. En cuanto al desarrollo físico, se da de forma importante un aumento en las aptitudes atléticas y se eleva la estatura.

1.1.2 DESARROLLO FÍSICO DURANTE LA NIÑEZ

El desarrollo físico del niño influye de manera determinante en su comportamiento, es decir; un niño que presenta un desarrollo físico adecuado para su edad, podrá desempeñar tareas a la par que otros niños de su edad, mientras que un niño que muestre un desarrollo inferior se verá en serias dificultades para lograrlo y muy probablemente se enfrentará a la exclusión y burlas de compañeros tanto escolares como de juegos (Tinajero, 2011).

En cuanto al crecimiento físico Hurlock (1998) considera 4 periodos, 2 lentos y 2 rápidos de desarrollo. El primero es el periodo que comprende la etapa prenatal y los 6 primeros meses donde el crecimiento es muy rápido. El segundo periodo es de los 6 meses hasta el inicio de la pubertad donde el crecimiento tiende a desacelerarse y se da un desarrollo lento y uniforme hasta el inicio de la pubertad, desde ahí hasta los 15 o 16 años se puede observar nuevamente un crecimiento acelerado determinado por el paso a la madurez sexual. Al terminar este periodo donde se alcanza la estatura final se comienza el envejecimiento de forma lenta y gradual hasta la defunción.

El tamaño corporal en general se ve influenciado por características genéticas y ambientales. La parte hereditaria, es ejecutada por la hormona del crecimiento, siempre y cuando no se presente alguna alteración en la tiroides o en las gónadas, estas últimas son las encargadas de ponerle fin al aumento de estatura al influir directamente en la deposición de calcio, lo que sella los huesos (Tinajero, 2011).

Los factores ambientales se dividen en prenatales y postnatales. Los factores prenatales incluyen:

- Condiciones nutrimentales de la madre en un inicio y del niño a partir del nacimiento, la desnutrición o la obesidad materna influye en el bajo o exceso de peso en el bebé. La obesidad materna puede desencadenar diabetes gestacional que afecta directamente al feto haciéndolo aumentar de peso desmedidamente.

- La exposición al humo de cigarro o alcohol es sabido que fumar durante el embarazo es causa directa de bajo peso en el recién nacido y que el alcohol genera serios síndromes.
- Atención médica adecuada en la cual, la prescripción de ácido fólico y hierro durante el primer trimestre del embarazo puede prevenir problemas de retraso mental y retardo en el crecimiento.

Los factores postnatales que pueden afectar el adecuado crecimiento del niño son:

- Enfermedades: contraídas durante o después del parto.
- Hábitos alimenticios: tipo de lactancia y periodo de ablactación.
- Estrés emocional: Hurlock (1988), menciona que niños sometidos a situaciones de estrés emocional como el maltrato tienden a mostrar un aumento en la ingesta de alimento.
- La situación étnica y geográfica afecta igualmente la forma en que el niño se desarrollara.

En cuanto al peso dentro del desarrollo físico del niño, al momento del nacimiento, el peso normal oscila entre 2,524 y 3,632 kg para la población norteamericana, sin embargo hay datos de neonatos que pesan tan sólo 1.362 y hasta 7.26 kg.

El desarrollo normal del niño implica que al 4º mes de nacimiento haya duplicado su peso de recién nacido, al final del primer año lo habrá triplicado a los 5 años un niño típico pesa aproximadamente 5 veces más que su peso al nacer. Entre los 10 y los 12 años la mayoría de los niños presentan un engordamiento puberal que suele durar alrededor de dos años hasta que el niño alcanza la madurez sexual, esta acumulación de grasa se da normalmente en zonas visibles: abdomen, papada, mejillas, sin llegar a significar obesidad.

Durante el crecimiento gran parte del peso corporal no lo ocupa la grasa sino los huesos y los músculos en la última parte de la infancia representan el 45% del peso corporal (Hurlock, 1988. p119).

Además de los huesos, los músculos y las grasas representan también parte primordial del peso, la proporción entre músculo y grasa depende en gran medida del tipo de cuerpo: los niños que tienden a presentar una conformación endomórfica tendrán más tejido adiposo que músculo, los de tipo mesomórfico poseerán más tejido adiposo blando que músculos, los que tienen la forma ectomórfica no tendrán predominancia de ninguno de los dos (Tinajero, 2011).

1.2 OBESIDAD

Obesidad viene del latín “*obesus*” que significa: “robusto, regordete, que se ha puesto gordo por comer”

La obesidad se puede definir como el aumento progresivo e inadecuado de grasa magra en el cuerpo lo que equivale inevitablemente a aumento de peso. En los niños se define como aumento de peso acelerado con respecto al aumento de estatura (Tinajero, 2011).

Está relacionado con un consumo de energía mayor al gasto de la misma. Está demostrado que es una enfermedad progresiva y crónica, Moreno (2007) menciona que es vital dejar de considerarla una enfermedad benigna cuyo principal problema es estético.

La obesidad es un padecimiento que no sólo afecta la apariencia física de la persona sino que conlleva serios problemas a nivel fisiológico, como el daño de órganos vitales y la pérdida de la homeostasis en procesos hormonales, así como una disminución considerable de la autoestima.

La obesidad está relacionada con la acumulación de grasa en proporciones diferentes a lo largo del cuerpo, ocurre cuando se rompe el equilibrio nutricional (Calzada, 2003) que consiste en:

1. La regulación del apetito por acción hipotalámica.
2. Ingesta, digestión y absorción de nutrimentos.
3. Repleción de depósitos energéticos, de glucógeno hepático, muscular y de triglicéridos.

4. Aporte constante de de glucosa y ácidos grasos durante periodos de ayuno.
5. Gasto de energía basal.
6. Gasto ligado a actividad física y crecimiento
7. Energía perdida mediante excretas (orina, heces, sudor)

Actualmente la obesidad infantil se considera una epidemia creciente y descontrolada que está invadiendo una gran parte del mundo. La obesidad tiene implicaciones biológicas, psicológicas y sociales muy negativas. La responsabilidad sobre la presencia de este trastorno en niños no recae en éstos, sino como menciona Moreno (2007) recae en los poderes públicos, la familia, la escuela, la comunidad, la industria y la sociedad en general; que no sólo permite sino que propicia esta condición de los pequeños.

1.3 ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD

A través de la historia, la obesidad ha tenido diferentes significados, dependientes todos de los factores culturales que la engloban. De esta manera a pasado por ser denominada símbolo de belleza, fertilidad, prosperidad económica, salud y bendición divina (Tinajero, 2011)

En la cultura Griega, eran admirados los cuerpos atléticos por lo que la obesidad no era muy bien aceptada, además ya era considerada un problema de salud, Hipócrates (citado en Méndez, 2005) decía “los muy gruesos tienden a morir antes que los delgados”

Otro que ya reconocía las implicaciones perjudiciales de la obesidad fue Cornelio Celos, al decir que las personas obesas mueren por enfermedades agudas y sofocantes y en su mayoría de forma repentina, lo que no sucede casi nunca con las delgadas (Méndez, 2005).

Galeno, distinguido médico, se acercó con sus investigaciones a la clasificación actual de obesidad. Describió un tipo de obesidad moderada que no representaba demasiados riesgo para el que la padecía y una obesidad inmoderada que podía desembocar en Polisarkía; enfermedad caracterizada por un exceso de humores

malos en el cuerpo, específicamente un exceso de sangre cuyas características principales coincide con las atribuidas a la obesidad mórbida.

Contrastante con lo anterior durante la Edad Media, debido a las constantes crisis alimenticias, se llegó a considerar a la obesidad una bendición divina, relacionada directamente con la gula, únicamente era permitido a los clérigos y los estratos más altos, ya que ésta se consideraba un pecado capital al que esperaba un castigo ejemplar según el infierno de Dante. Entre los artistas de la época es común encontrar obras alusivas al sobrepeso de personajes famosos, reyes principalmente. La obesidad en este estrato social era considerada una moda, una gracia (Méndez, 2003).

Con el paso del tiempo la demostración de que efectivamente los obesos tienen una calidad y tiempo de vida menor a aquellos que poseen pesos adecuados a su edad y estatura, al instituir la delgadez como estereotipo de belleza, sobretudo en la mujer, la constante lucha de mercado llevo a los publicistas a extremar el bajo peso de las modelos y a despreciar todo aquello que apenas sobrepasara estas medidas, esto ha tenido repercusiones serias en la autoestima de muchas personas, especialmente aquellas que padecen sobrepeso u obesidad (Tinajero, 2011).

En México, particularmente el aumento de la obesidad es alarmante. La 2ª Encuesta Nacional de Nutrición (citada por Calzada, 2003) realizada de octubre de 1998 a marzo de 1999 mostró que 18.8% de los niños entre 5 y 11 años padecen sobrepeso u obesidad, el norte del país resulta el más afectado, seguido muy de cerca por el Distrito Federal. Según datos de la encuesta el inicio de las actividades escolares está directamente relacionado con el aumento en el porcentaje de niños obesos.

1.4 DIAGNÓSTICO Y CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD

Existen diferentes teorías acerca de la clasificación de la obesidad. Puede ser clasificada de acuerdo a sus causas, a la forma en que se encuentra distribuida la grasa en el cuerpo o la cantidad de la misma, actualmente la clasificación más aceptada es aquella que se basa en el IMC, Índice de Masa Corporal.

Wadden (2005, citado en Tinajero, 2011) propone que la obesidad debe ser clasificada tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- **Anatómico:** se clasifican en hipertróficas e hiperplásicas, el primer subtipo, es aquel en que la obesidad se manifiesta por aumento en el tamaño de las células grasas, se considera menos riesgoso y de fácil revertimiento. La obesidad hiperplásica, por su parte, se presenta cuando la cantidad de células grasas aumenta considerablemente, representa muchos más riesgo para la salud.
- **Cuantitativo:** De acuerdo al porcentaje en el que se supere el peso ideal se consideran los riesgo para la salud, es decir, un 20% arriba del peso ideal se determina riesgo mínimo; 25% bajo riesgo, 30% riesgo moderado, 35% riesgo alto, 40% riesgo muy alto y del 50% hacia arriba peligroso.
- **Distributivo:** De acuerdo a las zonas donde se encuentre ubicada la grasa.
- **Energético:** Inducida por inactividad ya sea voluntaria u obligatoria debido a alguna enfermedad o discapacidad. Contrastado con un exceso de ingesta de energía calórica, que, como ya se mencionó anteriormente, tiene como consecuencia la acumulación de energía que se convertirá de no ser utilizada en exceso de peso.
- **Etiológico:** Factores fisiológicos y químicos, como desordenes endócrinos.
- **Genética:** predisposición o síndromes hereditarios.
- **Endocrinológica:** Relacionada con disfunciones en la secreción de la hormona del crecimiento, hiperfunción suprarrenal, hipotiroidismo, hiperinsulinismo.
- **Fármacos:** Los antidepresivos tienden a provocar la retención de grasa no abdominal.
- **Factores psicológicos:** El autor menciona que existe un tipo de obesidad denominada reactiva, donde, el sujeto responde comiendo de forma excesiva a sucesos de índole traumática.

Otra clasificación es la propuesta por Méndez (2005) que divide la obesidad de acuerdo a la forma en que está distribuida la grasa como:

- Androide: La grasa magra se acumula principalmente en la zona del abdomen y el vientre, también se denomina grasa visceral, este tipo de obesidad se considera el más riesgoso debido a que el hígado se encuentra expuesto directamente a una gran cantidad de ácidos grasos lo que le impide un adecuado funcionamiento. La observación y medición de la cintura puede llevar a una conclusión acertada acerca de la cantidad de grasa acumulada.
- Ginecoide: La grasa magra se encuentra distribuida alrededor de las caderas y en la parte alta de las piernas, se denomina ginecoide por ser más común en las mujeres.

Para fines prácticos y para facilitar su diagnóstico los autores concuerdan en que el Índice de Masa Corporal (IMC) es la forma más sencilla de clasificar y diagnosticar la obesidad.

Esta medición fue descrita por Quetelet en 1986 (Wadden, 2005), obteniendo la fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Talla}^2}$$

De acuerdo a los valores obtenidos de la medición Quetelet clasificaba la obesidad de la siguiente forma:

Grado 0	20-24.9 IMC
Grado 1	25-29,9
Grado 2	30-40
Grado 3	40 o más

La OMS (citado en Méndez, 2005) propone la clasificación en: Bajo peso, Peso saludable, Sobrepeso y Obesidad. Hace una comparación entre etnias caucásicas y orientales determinando así diferencias en el diagnóstico (Tabla 1).

Caucásicos	Clasificación de la OMS	Clasificación popular	Asiáticos	Clasificación	Riesgo de comorbilidad
<18.5	Bajo peso	Delgado	<18.5	Bajo peso	Bajo (pero aumenta el riesgo de otros problemas clínicos) Promedio
18.5-24.9	Normal	Peso saludable	18.5-22.9	Rango normal	En riesgo Aumentado
25.0-29.9	Sobrepeso	Sobrepeso	≥23	Sobrepeso	
30.0-34.9	Obesidad grado 1	Obeso	23-24.9	En riesgo	Moderado
35.0-39.9	Obesidad grado 2	Obesidad grave	25-29.9	Obeso I	Intenso
≥40	Obesidad grado 3	Obesidad mórbida	≥30.0	Obeso II	

Tabla 1. La OMS (Citado en Méndez, 2005), propone diferentes valores para determinar el peso y por tanto el grado de obesidad de los individuos de acuerdo a la etnia a la que pertenecen.

En la tabla se demuestra que los índices de masa corporal varían de acuerdo a la etnia a la que se pertenece, incluso puede llegar a variar de una comunidad a otra. La acumulación y la distribución de grasa son distintas en cada individuo, por lo que se considera que la genética juega un papel determinante en la predisposición y aparición de la obesidad.

Al momento de realizar la medición es muy importante considerar el nivel socioeconómico y la edad de la población ya que, como menciona Wadden (2005):

“Sobre todo en niños de bajos recursos, la talla (altura) no siempre es la que se estandariza para su edad, es por esto que se requiere secundar con un análisis de grasa acumulada, pues se ha demostrado que estos niños que no alcanzan su altura ideal y sin embargo presenta un Índice de Masa Corporal elevado no necesariamente es grasa lo que produce el sobrepeso.”

Calzada (2003) menciona algunas de las limitaciones de IMC, que se relacionan con lo anteriormente explicado, pues este tipo de medición deja fuera el grado de madurez sexual así como la raza, condiciones de salud y nivel socioeconómico.

El autor menciona que la población latinoamericana tiene características muy distintas a la población de referencia, siendo que en muchas ocasiones el sobrepeso no está relacionado con acumulación de grasa magra sino con que el tórax tiende a ser más largo y por tanto contribuye de forma significativa al peso del individuo, el hecho de tener un segmento inferior más corto y por tanto obtener un IMC elevado no diagnóstica acumulo de grasa. Sin embargo; la efectividad del método está respaldada por los altos índices de mortalidad de los individuos que presentan Obesidad tipo III (Wadden, 2005).

Otros métodos para diagnosticar obesidad son: la ecografía y la tomografía axial computarizada, ésta última muestra claramente los depósitos de grasa a lo largo del cuerpo haciendo muy sencilla su localización y la determinación de la densidad (Tinajero, 2011)

1.5 IMPLICACIONES FÍSICAS DE LA OBESIDAD

Los riesgos e implicaciones físicas de la obesidad varían de acuerdo a la distribución y densidad de la grasa acumulada. Como se mencionó anteriormente la obesidad androide es la más riesgosa pues se ve comprometido el hígado que es sometido a altos niveles de ácidos grasos a los cuales responde sintetizando más triglicéridos y lipoproteínas de muy baja densidad. También presenta una sensibilidad disminuida a la insulina aunado a la disminución de insulina transportada por la vena porta (Tinajero, 2011).

Lo anterior tiene como consecuencia una elevación de los niveles de insulina periférica, que junto con la circulación aumentada de citosina genera una resistencia generalizada a la insulina en tejido muscular y adiposo. La adiposidad abdominal está íntimamente relacionada con el síndrome metabólico que actualmente representa en México una preocupación considerable (Méndez, 2005).

Calzada (2003) realiza una clasificación de las implicaciones físicas de la obesidad de acuerdo a su mediatez:

- Consecuencias inmediatas: Son aquellas que se presentan desde el momento en que existe un sobrepeso mayor a 15% y hasta 35%, incluyen alteraciones ortopédicas, cambios funcionales neurológicos, pulmonares, gastrointestinales y endocrinos.
- Consecuencias intermedias: Se presentan en un lapso no mayor a 4 años a partir de la aparición de la obesidad, en general están relacionados con enfermedades cardiovasculares.
- Consecuencias tardías: Aumenta el riesgo y severidad de enfermedades vasculares, así como la incidencia de cáncer.

De acuerdo al tipo de alteración, diversos autores concuerdan en que las implicaciones físicas se pueden clasificar en:

I. Alteraciones cardiovasculares

Se presentan cuando el sobrepeso es de 20% a 30% por encima del peso ideal. Entre las más significativas se encuentran:

- Hipertensión arterial, causada por un consumo excesivo de sodio lo que desencadena un gasto cardíaco mayor, también está relacionada con la aparición de resistencia periférica a la insulina.
- Hipertrofia leve de cavidades cardíacas: Predominante en el ventrículo izquierdo, se debe a la demanda de bombeo que tiene la grasa que se va acumulando.
- Ateroesclerosis. Es común durante la adolescencia, se presenta con cuadros de sudoración, palidez, palpitaciones, sensación de fatiga e incluso pérdida del conocimiento; se debe a la vasoconstricción, consecuencia directa del requerimiento de transportación de sangre oxigenada por gasto de energía que rebasa la capacidad del corazón.
- Alteraciones pulmonares: Se relacionan principalmente con hipoventilación, generado por la obstrucción parcial de los conductos respiratorios, se presenta también apnea del sueño, tiene consecuencias directas sobre la concentración y la capacidad de retención. En momentos de actividad física se puede llegar a presentar hipoxia.

II. Alteraciones endócrinas

Testiculares (oligospermia, baja de testosterona), ovárica (menarcas tempranas, menopausias tardías, aumento de estrógenos y mayor incidencia de cáncer), hiperinsulinismo (baja del aclaramiento de insulina por el hígado), HG (una disminución de la hormona de crecimiento se relaciona con el aumento de grasa).

III. Alteraciones ortopédicas

El sobrepeso y la obesidad implican una carga mayor para las articulaciones que la que de forma normal debieran soportar lo que suele deformar la postura. Las primeras manifestaciones de estas alteraciones suelen ser: dolor de espalda,

dolor de rodillas y pies. Estas alteraciones repercuten en las habilidades físicas de la persona, convirtiéndolo en “torpe” lo que conlleva ser sujeto de burlas y sobrenombres en muchas ocasiones insultantes. (Calzada, 2003).

Sin duda una de las principales consecuencias de la obesidad es la diabetes no insulino dependiente, caracterizada por la existencia de producción de insulina suficiente para la supervivencia del enfermo, comúnmente se presenta después de los 40 años pero se ha demostrado que en personas que padecen obesidad grave se puede presentar desde la juventud (Barry, 1991).

Por otro lado se encuentra el síndrome metabólico, descrito por Zimmet (2005) como el conjunto de alteraciones metabólicas constituido por obesidad central (androide), disminución de las concentraciones de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad, aumento de concentración de triglicéridos, aumento de la presión arterial e hiperglucemia.

Se ha demostrado también una incidencia mayor de cáncer principalmente de colon, mama, próstata, gónadas y útero, en individuos que padecen obesidad.

En cuanto a las consecuencias físicas de la obesidad infantil Moreno (2007) menciona que la calidad de vida de un niño obeso es equiparable a la de un niño con cáncer.

“El estudio GALLINUT demostró que los niños y adolescentes obesos tienen 1.8 veces más probabilidades de tener niveles de grasa elevados, 7.6 de incrementar la tensión arterial sistólica, 10 de Triglicéridos elevados, 2.6 de HDL bajo. Así mismo el notable desequilibrio del metabolismo de la insulina y la glucosa favorece la aparición de diabetes tipo 2 que junto con el aumento de presión arterial aumenta el riesgo de padecer síndrome metabólico”. (Moreno, 2007, p.71).

1.6 IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD

Las alteraciones psicológicas como consecuencia de la obesidad tienen que ver principalmente con un autoconcepto disminuido. Los niños con sobrepeso son agredidos dentro y fuera del núcleo familiar, tienden a ser blanco de burlas y sobrenombres ofensivos, no es raro escuchar dentro de las familias al o la “gordita”, “cachetoncito”, “bolita” etcétera, y si se traspasa el hogar se llegan a

encontrar apodosos mucho más fuertes entre los compañeros de juego y escolares (Tinajero, 2011)

Hurlock (1988) menciona que como niño no hay conciencia del tamaño corporal a menos que represente una desviación grave. Los niños un poco más bajos o un poco más robustos no son molestados; sin embargo, niños que presentan obesidad tipo II o III sobresalen por su dificultad para realizar actividades físicas lo que les vale la exclusión de círculos sociales.

La mayoría de los niños con obesidad se reconocen como torpes y recientes el rechazo de los niños “normales”, perciben también el rechazo y en ocasiones la lástima que los adultos sienten por ellos, esto puede desencadenar un círculo vicioso pues lleva al niño a ingerir una cantidad mayor de alimentos en la búsqueda de mitigar la ansiedad.

Calzada (2003) y Hurlock (1988) coinciden en que los niños entre 10 y 11 años prefieren tener en su círculo de amigos a niños con discapacidad que a niños que padezcan algún grado de obesidad.

Lo anterior tiende a crear en los niños obesos la fantasía de tener cuerpos atléticos y agilidad física, el carecer de esto la mayoría de las veces trae como consecuencia: autoagresión, disminución de la expresividad afectiva, suicidio, promiscuidad, adicciones, bulimia, anorexia y enuresis entre otras.

1.7 INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

En los últimos años, se ha reconocido a la obesidad como un problema de salud pública, la OMS en 1995 (citado en Méndez, 2005) publicó que el impacto sobre la salud es mucho mayor que el causado por el bajo peso, al terminar el estudio en 1997 la OMS concluyó que la obesidad era el mayor problema de salud no reconocido en el mundo.

Las características de la sociedad mexicana, sitúan actualmente al país en una transición epidemiológica, donde aún la prevalencia de desnutrición es alta; sin embargo, es también reconocido a nivel internacional por su alto índice de niños con obesidad. Dicha transición desencadena que al bajar el número de niños con desnutrición crece desmedidamente el porcentaje con obesidad (Méndez, 2005).

Algunos datos estadísticos que nos ayudan a ubicar la problemática; Méndez, (2005) menciona que (a ese año) existía una población de 1.7 billones de adultos obesos en el mundo y por lo menos 155 millones de niños en edad escolar con problemas de sobrepeso u obesidad. La edad promedio de desarrollo de diabetes tipo II es 10 años menor que hace 20 años.

Moreno (2007) menciona que en la unión europea se estima un total de 14 millones de niños y adolescentes con sobrepeso de los cuales 3 millones son obesos.

Con respecto a los factores de riesgo se pueden dividir en ambientales y genéticos, en general los ambientales son los componentes de la dieta, que tendría que ser alta en grasas; así, como la baja actividad física. Los factores genéticos tienen que ver con las reacciones fisiológicas a estos niveles de ingesta y de sedentarismo. Si bien es clara la correlación entre predisposición genética y ambiente en la aparición de obesidad, es importante destacar que cada individuo presenta una combinación genética y una exposición ambiental muy particular y esto hace que varíe el grado y la distribución de la obesidad (Tinajero, 2011).

Los principales factores de riesgo encontrados son:

- La obesidad o adiposidad parental: Calzada (2003) menciona que los niños de padres obesos comúnmente desarrollarán obesidad, y no sólo por el componente genético sino por los hábitos alimenticios que seguramente adquirirán y que por el antecedente de obesidad se puede concluir que no son los apropiados. En las familias con obesidad se presenta una mayor preferencia y consumo de alimentos grasos y azucarados con relación a las familias con peso normal.
- El peso de recién nacido: Los niños con macrosomía neonatal tienen tendencia a la obesidad si no se les proporciona una dieta adecuada de nutrientes, por otro lado se encuentran los bebés con bajo peso al nacer que comúnmente son inducidos a la obesidad por la necesidad de la madre de verlos recuperando peso, lo que la lleva a sobrealimentarlos.
- La alimentación durante el 1º año de vida: Se ha demostrado que los niños alimentados con fórmulas lácteas tienden a aumentar de peso más rápido y

menos proporcionadamente que los niños amamantados, esto puede tener que ver con los contenidos de azúcares y complementos que las fórmulas contienen y que no siempre son fácilmente metabolizados por el infante, por otro lado la alimentación con biberón permite a la madre el control de volumen de alimento proporcionado siendo en las mayoría de las veces mayor que el requerido por el niño.

- La ablactación temprana, antes de los 4 meses, influye también en el aumento desmedido de peso, ya que la introducción de alimento sólido con contenido graso, azúcares o almidones favorecen la acumulación de energía, siendo que el niño en esta etapa duerme la mayor parte del tiempo y su gasto energético es bajo.
- Hábitos alimenticios en la infancia temprana: Un estudio realizado en 1987 por Story y Brown, en E.U.A (citado en Latirgue, 1998) concluyó que si se le da libertad al niño de elegir entre lo que desea comer de forma natural se inclinará por aquellos alimentos que cubran sus necesidades nutricionales, Latirgue, refuta la investigación basándose en que entre los alimentos presentados a los sujetos de la investigación no había grasas saturadas ni alimentos con alto contenido de azúcar (debido probablemente a la crisis que atravesaba el país en esa época).

Empíricamente se ha comprobado que los niños que tienen la posibilidad de elegir que desean comer se inclinan por alimentos con alto contenido de carbohidratos y grasas, lo anterior puede tener que ver con condicionamiento operante, el utilizar los postres como premio, es decir, se le da derecho a postre si termina los vegetales o si no deja nada en el plato, lo anterior crea la idea en el pequeño de que “el postre debe ser el mejor alimento y lo demás por lógica debe ser malo pues al ingerirlo se hace acreedor a un premio”. (Latirgue, 1998).

Por otro lado, se encuentran los niños que no acostumbran desayunar pero comen una colación durante las horas de escuela, en estos niños la acumulación energética es mayor debido a que el cuerpo al encontrarse en ayuno tiende a guardar reservas para momentos de hambre más prolongados.

También se considera un factor de riesgo la costumbre de comer fuera de casa, pues el alto contenido de grasas y azúcares que se ingieren, especialmente en los

restaurantes de comida rápida son muy difícilmente equiparables con los ingeridos si la comida es preparada en casa.

- Factores hormonales: Moreno (2007) menciona que el inicio temprano de la pubertad influye en la aparición de obesidad, niños y niñas que presentan madurez sexual prematura tienden a acumular mayor cantidad de grasa que los que llevan un proceso normal a retardado.
- Nivel socioeconómico: Se observa que en los estratos más bajos el consumo de alimento con altos valores calóricos contrasta con la ingesta de alimentos frescos que se da en los más altos (Moreno, 2007), esto está relacionado directamente con la economía familiar, se observa que mientras los alimentos frescos (frutas, verduras, carnes de alta calidad) tienden a aumentar sus precios de forma periódica, los alimentos altos en azúcares y grasas (refrescos, carnes procesadas, comida rápida) los mantienen haciéndose más accesibles para personas de bajos recursos.
- Sedentarismo: Se debe a diversos factores: El aumento en tecnologías que no estimulan el gasto físico de energía es uno de ellos.

Factores ambientales como la falta de espacios de recreación o deporte, o la inaccesibilidad a estos son también influyentes en el hecho de que los pequeños no realicen actividad física, podemos aumentar a esto la creciente inseguridad y la preferencia de los padres por mantenerlos en casa.

Las horas que un niño pasa frente a la televisión, están relacionadas directamente con el gasto de energía, la posición que adopta el cuerpo al ver la televisión nulifica cualquier movimiento y por tanto existe una carencia total de actividad física que repercute en la acumulación de energía y por tanto el aumento de peso. Cada hora que se pasa frente al televisor aumenta un 10% más de riesgo de obesidad. (Moreno, 2007).

- Estrategias mercadotécnicas: Aunado al sedentarismo encontramos variadas campañas publicitarias enfocadas a niños y adolescentes ofreciendo productos con altos niveles de azúcar, grasa y sodio que ofrecen complementos adecuados a la nutrición “adicionado con

vitaminas”, los pequeños que pasan horas frente al televisor suele introyectar estas campañas e ingerir de forma periódica dichos productos, si se suma esto a la ignorancia de los padres que permiten la ingesta de estos alimentos ya sea como un premio para el niño o como suplemento de aquello que el niño no desea comer, sólo para completar la cantidad o el número de comidas que se cree que requiere.

Otro factor de riesgo muy importante es la percepción errónea de la obesidad de los hijos, estudios han demostrado que los padres de hijos obesos no los perciben como tal y que en caso de hacerlo no dan la importancia o muestran la preocupación debida por la condición de su hijo y el alto riesgo en el que se encuentra su salud.

La estimulación por parte de los padres es fundamental en la creación de hábitos de ejercicio o bien de sedentarismo, estos representan la principal motivación para el niño a realizar alguna actividad que represente gasto calórico, la poca preocupación de los padres o bien la falta de un hábito propio influye de forma muy significativa en el ahorro y por tanto acumulación de energía de los pequeños.

2. LA RELACIÓN MADRE-HIJO

MATERNIDAD

2.1 CONCEPTO

Se ha visto influido por una serie de factores sociales y culturales a través del tiempo, el término se ha modificado a la par de la noción que se tiene de la mujer, la reproducción y la crianza (Tinajero, 2011).

2.1.1 ANTECEDENTES

En un inicio se consideraba a la mujer como la única dadora de vida, es decir, corría a su cargo la preservación de la especie por lo que la organización era matriarcal, se respetaba y veneraba la feminidad.

Eisler (citado en Molina, 2006) menciona que este tipo de organización no era de dominación, sino que eran regidas por un principio de vinculación cuya principal base era la solidaridad. Las civilizaciones que poseían esta ideología fueron poco a poco sustituidas por civilizaciones patriarcales donde la mujer fue rebajada y sometida al hombre.

Particularmente en la cultura griega la diosa (representación divina de la mujer) fue convertida en esposa y madre; así mismo, aparecieron muchas deidades femeninas que representaban una distinta característica de la mujer. Algunas de ellas las denominadas “Vírgenes” muestran la faceta fuerte e independiente, siendo diosas egocéntricas y autosuficientes.

Por otro lado se veneraban las diosas “vulnerables” aquellas que jugaban el rol de madre, hija y esposa abnegada y sobajada por las deidades masculinas. De lo anterior, podemos decir que la mujer, en cuanto se convierte en madre deja de lado su independencia sustituyéndola por la abnegación y le entrega incondicional a los hijos y el esposo (Tinajero, 2011).

Dicha entrega incondicional se ve representada en las diosas representativas de la tierra, siendo símbolo de fertilidad y de preocupación por la alimentación y subsistencia de todo aquel que se encuentre bajo su protección.

El nacimiento de la religión cristiana impactó el concepto de maternidad, pues la mujer religiosamente hablando pasó a convertirse en un complemento del hombre, sin autonomía, subordinada a este. De acuerdo al Génesis la mujer fue creada para cubrir la necesidad de compañía del hombre, lo que colocó a éste en un lugar privilegiado con múltiples requerimientos y a la mujer como la satisfactora, metiendo a la pareja en un rol de madre-hijo.

Otro legado al concepto de maternidad tiene que ver con la figura de María la Virgen, que por un lado regresa a la mujer ese empoderamiento que poseía en la época del matriarcado al ser elegida para humanizar a Dios, por otro la coloca, hasta cierto punto, como mártir que camina el mundo cargada de sufrimiento y de hijos (Molina, 2006).

Con la llegada de la Edad Media se acentuó la concepción de la mujer como corrompedora del hombre y por tanto indigna. La visión de la maternidad es dominada por los aspectos fisiológicos: procreación, gestación, parto y amamantamiento. Siendo el amor materno algo entendido como natural y obligatorio pues la mujer siente más placer al amar que al ser amada (Molina, 2006). La maternidad en esta época era vista como obligación, y aquella que no conseguía engendrar era señalada como castigada o condenada.

En cuanto a las obligaciones de educación eran repartidas entre ambos padres, siendo mayoritariamente responsable el padre dejando a la madre únicamente las tareas de guía religiosa para la salvación del alma. En cuanto a las hijas se encargaban de la educación sexual, es decir, inculcaban los valores necesarios para la veneración de la virginidad y la prevención de la promiscuidad.

Teniendo en cuenta esta visión histórica de lo que es maternidad, podemos decir que la mujer en su condición de madre ha sido venerada y a la vez sobajada, a lo largo del tiempo la maternidad se ha reducido a simples tareas mecánicas e instintivas. Ahora bien en la era actual también se ha visto seriamente afectado el término con la inclusión de nuevas actividades en la rutina femenina así como la

inclusión de estudios científicos en los métodos de crianza de los niños (Tinajero, 2011).

Con la llegada del S. XX comienza a identificarse maternidad con crianza. Hays (1998, citado por Molina, 2006) menciona que la madre es ahora la encargada de mejorar la sociedad a través del apoyo moral y emocional que brinda a su esposo e hijos. Esto reivindica a la mujer-madre sin menospreciar su labor biológica pero acrecentando su actividad en el acompañamiento y educación de los hijos.

En este aspecto la importancia de la mujer crece a tal grado que menosprecia al hombre, volviéndolo dispensable en la crianza de los hijos, el hombre no tiene las habilidades necesarias para cubrir al 100% las necesidades de los niños por lo que es mejor dejarlo a un lado, para así evitar que los niños no sean atendidos de la mejor manera.

La inclusión de la ciencia en el campo de la crianza infantil trajo grandes avances en cuanto a la comprensión de la conducta pero también elevó el nivel de responsabilidad de la madre, dando por entendido que las fallas de la mujer como madre son la causa de la psicopatología del adulto, la mujer sigue siendo la más comprometida con la educación de los niños.

A la par de lo anterior llega la idea de la madre omnipotente, es decir, se habla de que la mujer tiene las herramientas suficientes para formar seres humanos perfectamente funcionales y cualquier fallo en dicha funcionalidad es culpa de la criadora (Hays, 1998, citado en Molina 2006).

En esta primera mitad del siglo los estilos de crianza se inclinaron hacia lo permisivo, la libre demanda del niño regía en su mayoría los hogares, las exigencias y reprimendas eran mal vistas y era el niño el que de acuerdo a su necesidad o deseo movía al resto de la familia, en este contexto continúa siendo la madre la encargada de la satisfacción total de las necesidades de los pequeños.

La segunda mitad del siglo ha sido marcada por una fuerte revolución femenina, la mujer ha luchado por obtener espacios en el área educacional y laboral; así mismo, ha defendido su derecho a decidir sobre si desea o no tener hijos y cuando traerlos al mundo. En muchos ámbitos se le ha dado la libertad de elegir

si interrumpir un embarazo cuando las condiciones no son consideradas, por ella misma, las óptimas. La permisividad ha sido rechazada en muchos ámbitos sociales, argumentando que los niños criados de esta forma se vuelven incompetentes para la vida adulta pues no están acostumbrados a la obediencia ni al trabajo duro (Hays 1998, citado en Molina, 2006).

Es importante identificar la influencia de la cultura en el desempeño de la maternidad, siendo esto algo que definitivamente es influido por el aprendizaje y las exigencias del medio. Si bien gran parte de la maternidad viene de lo biológico, esta parte sólo afecta un pequeño fragmento del espectro de crianza.

2.1.2 CONCEPTO DE MATERNIDAD

Dentro de los estudios sociológicos, existen ciertas concordancias que se pueden resumir en 3 principios fundamentales que parten del hecho de que la crianza es algo natural.

La primera afirmación tiene que ver con la crianza como algo instrumental, la satisfacción de las necesidades fisiológicas del niño corre a cargo de la madre, la forma en que satisfacen dichas necesidades es en gran parte aprendido de la propia experiencia con la madre o de la observación del cuidado y crianza de niños a nuestro alrededor. La satisfacción de dichas necesidades asegura la supervivencia del niño y se puede interpretar como las primeras señales de “amor” por parte de la madre.

La segunda afirmación asegura que el amor materno-filial es algo natural, hasta cierto punto instintivo que carece de valor social, la madre se ve obligada a amar a sus hijos por su constitución biológica.

La última afirmación tiene que ver con que el proceso de crianza es privado, se concibe a la madre y el bebé como una sociedad aparte, donde, mientras dure el proceso de crianza, nadie es admitido.

2.2 MATERNAJE

Se considera como la práctica de dedicar tiempo al cuidado de la vida, a sostener y cuidar la vida (Magallón, 2006). Para Ruddock (citado en Magallón, 2006) madre

es la persona que toma para sí la responsabilidad de la vida de los niños y niñas; aquella para la que proporcionar cuidado a la infancia es una parte sustancial y regular de su trabajo y de su vida.

El maternaje exige el desarrollo de una serie de habilidades cognitivas, conductuales y afectivas, el cuidar de otro ser humano implica no sólo procurar el crecimiento físico, sino también el ahuyentar las amenazas, propiciar el crecimiento y desarrollo psicológico e intelectual así como la preparación para la integración a la sociedad, es decir, la madre debe darle al niño las herramientas necesarias para socializar y por tanto tener sentido de pertenencia en el medio en que se desenvolverá.

La práctica del maternaje comienza con la imagen de vulnerabilidad que proyecta un niño pequeño, lo que despierta la necesidad de protegerlo. Para Ruddock (1989, citado en Magallón, 2006) el maternaje es una práctica que no requiere amor sino simplemente el compromiso con la vida, la adecuada percepción de la vulnerabilidad del pequeño que lleva a proveerle seguridad en vez de abuso. Otra característica del maternaje es darle responsabilidades y libertades al niño para propiciar el crecimiento y aprendizaje del niño.

Con la llegada del embarazo, la mujer deja de ser mujer para convertirse en madre, es un proceso con el cual se refuerza el rol materno y se resta importancia al rol femenino en el resto de sus ámbitos. Algunas mujeres lo pueden percibir como detrimento de su sexualidad y rol. Dicho proceso denominado maternaje está sujeto a un sinnúmero de acontecimientos que sólo terminan cuando lo hace la vida de la mujer (Tinajero, 2011).

El proceso del maternaje conlleva una serie de implicaciones que González (2001) enlista:

- Comenzando con el miedo que puede generar en la mujer el parto, debido a las creencias y especulaciones que se generan en torno a este, la mujer que comienza su carrera en el maternaje puede crear fantasías de extremo dolor e incluso la posible pérdida de la vida, propia o la del producto.
- Todo lo respectivo a la crianza del hijo, que va desde la distribución del tiempo que antes era administrado a propia conveniencia ahora debe ser

repartido de acuerdo a los horarios y condiciones del hijo, el temor por no saber criar o las expectativas de cada una de las etapas de la vida con respecto a la educación suelen generar en la madre un gran temor, por otro lado la conservación de la salud, la nutrición y la seguridad que deben transmitir al niño también puede generar tensión en la madre y en la pareja.

- El maternaje en cuestión de relaciones de pareja coloca a la mujer en el dilema de no sólo tener que entregarse en cuerpo y alma a los hijos sino también a su esposo, es decir, no puede darse el lujo de dejar de ser una buena esposa, quedando ella siempre después de todos los demás.
- Aunado a lo anterior esta la posposición de todas sus necesidades biológicas y materiales pues no se concibe una madre que se satisfaga a sí misma cuando sus hijos no están satisfechos.
- La madre durante el cumplimiento de su labor se ve sometida al juicio de prácticamente todas aquellas personas que conviven con ella y que son testigos de su estilo de crianza, dichos juicios pueden ser en ocasiones agradables o reconfortantes, pero también pueden contribuir a la baja autoestima e inseguridad de la mujer en relación a su figura como madre, pues las comparaciones y/o correcciones de lo que hace o deja de hacer pueden resultar lacerantes.

2.3 VÍNCULO AFECTIVO

Hoy sabemos que la necesidad de establecer vínculos afectivos es tan primaria como la de comer, dichos vínculos constituyen una poderosa fuerza de unión con los demás y las causa primordial de la conducta prosocial. Los principales componentes de los vínculos afectivos son: la empatía, el apego, el afecto y la amistad. La vinculación permite hacer cosas por el otro, identificarse con él e incluso mostrar conducta de obediencia hacia la persona con la que se ha vinculado (Tinajero, 2011).

El niño recién nacido se muestra ante el mundo como un ser totalmente indefenso que presenta respuestas sensoriomotrices (reflejos) no controladas y respuestas

emocionales poco específicas dependientes de la satisfacción o insatisfacción de sus necesidades básicas.

Aún cuando la interacción del niño con el medio es precaria, su capacidad de aprendizaje y percepción es muy grande, lo anterior le permite hacer distinción entre las personas que están en contacto con él y por tanto no generar vínculos de la misma magnitud con todos. López (s/f) menciona que es por esto que durante el primer año de vida el niño se convierte en un activo buscador de la interacción con las personas que logra identificar.

Como se mencionó anteriormente las personas con las que se vincula el niño tienen cierto poder sobre él y son las responsables de moldear su conducta, estimular la independencia y satisfacerle las necesidades básicas.

En la actualidad la generación del vínculo afectivo materno-infantil está influida no sólo por las características personales de la madre y del niño sino por el bombardeo de información acerca de lo que se debe o no hacer con el niño respecto a sus demandas expresadas por llanto, por ejemplo el que si el niño ha comido, está limpio y no está enfermo se debe dejar llorar, este tipo de argumentos pueden llegar a confundir a las madres con respecto a cómo relacionarse con sus hijos.

López describe una secuencia mediante la cual el niño elige a las personas con las que se vinculará y la forma en que lo hace:

- Preferencia por la propia especie: Es un estadio donde el niño no logra diferenciar personas de su familia y desconocidos, acepta igualmente los cuidados de su madre que de cualquier otra persona, sin embargo parece darse cuenta de las características globales de los cuidadores. Este periodo dura hasta los 3 meses.
- Interacción privilegiada con las figuras de apego sin rechazo a los desconocidos: Si bien el niño aún acepta los cuidados de extraños, reconoce cuando está en contacto con sus cuidadores primarios (madre por lo general), cambia su conducta y tiende a tranquilizarse cuando se acercan.

- Interacción privilegiada con figuras de apego y rechazo a los desconocidos: La vinculación con los padres es sumamente fuerte, se ven claras muestras de júbilo cuando estos aparecen y angustia cuando no están cerca, el cuidado de extraños es en general rechazado sobre todo si el encuentro es inesperado o involuntario.

En un primer lugar la vinculación afectiva está al servicio de la supervivencia pues las figuras de apego son aquellas que satisfacen las necesidades fisiológicas del menor. En segundo término la vinculación está al servicio de la salud física y psíquica. Los niños con vínculos afectivos estables son aquellos que logran sentirse contentos, seguros y confiados. Al relacionarse con adultos y otros niños es notoria su facilidad para entablar relaciones adecuadas.

Los niños que no logran establecer vínculos afectivos adecuados o bien que los pierden a corta edad, tienden a ser agresivos, inseguros y desconfiados. Buscan constantemente vincularse con personas que perciben como posibles satisfactoras, dichos vínculos son ansiosos.

2.3.1 TEORÍA DEL APEGO

Bowlby (2006) designa como teoría del apego a la descripción de la forma en que los humanos creamos vínculos con personas determinadas y a los múltiples trastornos emocionales que se derivan de la amenaza de pérdida o bien de la pérdida de dicho vínculo. La base de su teoría son todas las consideraciones acerca de relaciones objetales, dependencia, necesidad, simbiosis e individuación.

Los partidarios de la teoría del apego sostienen que múltiples trastornos psíquicos pueden atribuirse a deficiencias en el desarrollo del apego o bien, en menor medida, al fracaso de éste.

Esta teoría menciona que los seres humanos forman vínculos a partir de la consciencia de que para la satisfacción de la mayoría de las necesidades es indispensable un "otro". El bebé por ejemplo es incapaz de valerse por sí mismo

en ningún aspecto, por lo que genera un vínculo afectivo con la persona encargada de su cuidado.

Las necesidades o impulsos que son disminuidos o satisfechos por la interacción con otros se clasifican en primarios (nutrición, sexo) y secundarios (dependencia).

Bowlby (2006) argumenta que existe una íntima relación causal entre la experiencia de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos, las alteraciones en la formación de dichos vínculos se ve reflejada en problemas maritales y problemas con los hijos.

La formación del vínculo se basa en dos principales variables: a) La capacidad de los padres para proporcionar al niño una base segura y b) La posibilidad que le dan de explorar a partir de ellos.

El éxito del proceso de vinculación según Bowlby tiene que ver con la capacidad que tienen los padres de identificar la necesidad de apego en sus hijos y en la disposición que tengan para proporcionarle una base segura desde la satisfacción de sus necesidades primarias, complementado por el reconocimiento de que una de las principales causas de ira y enfado por parte del niño es la frustración de su necesidad de amor y que su ansiedad refleja la incertidumbre acerca de si podrá o no seguir contando con su padres como fuente de satisfacción y seguridad.

La segunda variable es también responsabilidad de los padres, pues deberán tener la apertura suficiente para distinguir el deseo de un apego fuerte con el niño y la necesidad de tenerlo y cuidarlo siempre y de todo, es decir, es fundamental darle la libertad de explorar su entorno y poco a poco ampliar sus relaciones tanto con otros niños como con adultos cercanos.

En la teoría del apego una persona que tiene un apego adecuado, es considerada capaz de ayudar a los demás y merecedora de la ayuda de otros en caso de necesitarla (Bowlby, 2006). En psicoanálisis se le considera una persona con un Yo fortalecido a aquella que es capaz de considerar al otro y estar dispuesto a ayudarlo y permitir que éste le ayude.

Las personas que no desarrolla un apego adecuado tienden a presentar síntomas neuróticos, de inmadurez, inseguridad, dependencia. En general los patrones de los progenitores que no permiten el adecuado desarrollo del vínculo son:

- Uno o ambos de los padres no reaccionan a las peticiones del niño y lo ignoran o descuidan activamente.
- Discontinuidades en los cuidados parentales.

Amenazas controladoras por parte de padres que no aman al hijo.

- Amenazas de abandonar el hogar como medio para controlar la conducta del niño o bien de la pareja.
- Amenazas de lastimar al otro padre o al niño, o incluso de cometer suicidio.
- Inducir al niño a sentirse culpable de la enfermedad o muerte de uno de los progenitores.
- La presión por parte de la madre para que el niño se convierta en figura del vínculo invirtiendo los papeles.

El apego entre el niño pequeño y su madre o cuidador primario puede ir desde el apego seguro hasta el trastorno de apego reactivo en la infancia, en los niveles intermedios se encuentra el apego inseguro que se divide en evitante y resistente, el apego desorganizado y las alteraciones de la base de seguridad (Boris y Zerah, 1999 citado en Reyes, 2000).

Reyes (2000) postula que la expresión de afectos positivos como sonrisas, gestos y tonos de voz especiales generan en el niño reacciones igualmente positivas, en cuyo modelo descansa 5 hipótesis acerca de la interacción madre-infante:

- 1) El proceso de interacción comienza cuando la madre recibe positivamente la actuación de su hijo.
- 2) La expresión positiva del infante es una respuesta a la expresión positiva de la madre.
- 3) Aún cuando el niño pase por un estado neutral y se voltee cuando la madre busque contacto, el estado positivo de la madre no se altera.
- 4) La madre y el bebé no cambian de estado de ánimo sino en turnos.
- 5) La interacción y los cambios de ánimo están regidos por estado de la diada madre-infante y no por otras causas.

Así mismo, se postula que la interacción madre-hijo es bidireccional y mutuamente regulada. La regulación normal consiste en la fluctuación de estados positivos a negativos llegando a estados incoordinados y posteriormente de regreso a afectos positivos. Entendiendo que los procesos negativos son cortos y limitados (Tinajero, 2011).

2.3.2 PROCESO DE SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN

El infante humano nace biológicamente en un proceso rápido, observable y espectacular; en cambio, su nacimiento psicológico se da de forma lenta.

Mahler (1995), llama al nacimiento psicológico proceso de separación-individuación, el resultado de dicho nacimiento es la posibilidad de diferenciar el propio cuerpo del resto del mundo sin dejar de estar consciente que se es parte de dicho mundo. El proceso de individuación es tan extenso como el ciclo vital, en cada parte de dicho ciclo se alcanzan nuevas metas en cuanto al desarrollo psicológico; sin embargo, los mayores logros se dan entre el 4º y el 30º mes de vida.

El proceso de separación e individuación se conciben como complementarios, el primero consiste en dar por terminada la fusión simbiótica con la madre y el segundo es la detección de las características individuales que facilitan al niño el alcance de logros. Estos dos procesos si bien son complementarios no necesariamente ocurren al mismo tiempo, puede darse uno de forma más acelerada sobre todo si se ve influido por aceleración del desarrollo físico-motriz del niño (Tinajero, 2011).

Mahler (1977) define la separación como un logro intrapsíquico de separación de la madre y con ésta del resto del mundo. Por otro lado define simbiosis como un estado intrapsíquico, un estado inferido, donde dentro del desarrollo cognitivo-afectivo no ha ocurrido la diferenciación entre sí-mismo y la madre.

El proceso de separación-individuación es crucial para el desarrollo adecuado del Yo y para el establecimiento funcional de la relaciones objetales, tiene como principal característica la ansiedad de separación que es la prueba de que el niño

se da cuenta de que es una persona distinta a su madre y que esta lo puede dejar.

Mahler describe el proceso de separación individuación en 4 sub-fases:

- Fase autística normal: en esta fase hay una relativa ausencia de catexia de los estímulos externos, el infante permanece en un estado de semisueño y semivigilia, es decir sólo es despertado cuando alguna necesidad no está cubierta (hambre, frío, suciedad). Ribble (1943, citado en Mahler 1977) menciona que lo que saca gradualmente al infante de este estadio de autismo normal es el maternaje, es decir la madre es la encargada de propiciar que la catexia libidinal fluya del interior (principalmente en los órganos abdominales) hacia el exterior. Aún cuando durante esta fase la relación con el medio es únicamente en función de satisfacción de necesidades internas y no existe consciencia de la existencia de otros, esto no significa que el niño no reconozca y reaccione a cierto estímulos externos.
- Comienzo de la fase simbiótica: A partir del segundo mes de vida aparece una percepción limitada (consciencia oscura) de la figura materna como la que se encarga de satisfacer las necesidades del niño, dicha satisfacción va en complemento de lo que él mismo hace por reducir su ansiedad (vomitar, defecar, orinar, estornudar etc.). Al percibir que él junto con su madre son capaces de reducir al mínimo la ansiedad provocada por los impulsos internos del niño éste lo interpreta como una dualidad omnipotente, donde existe una mutua dependencia (siendo la del niño absoluta hacia la madre y la de la madre relativa hacia el niño). La característica principal de la simbiosis es la fusión somatopsíquica omnipotente, alucinatoria o delusiva del límite entre los dos individuos, es decir, dicho límite no es percibido. La simbiosis en esta etapa de la vida tiene una función adaptativa pues proporciona al niño las bases para las relaciones sociales y le garantiza la supervivencia.

En el campo de la imagen corporal “el cambio de una catexia predominantemente propioceptiva-enteroceptiva a una catexia sensorio-perceptiva de la periferia es un

paso fundamental en el desarrollo” este paso constituye un prerrequisito fundamental para la formación de un Yo corporal adecuado.

El proceso de simbiosis normal: en este estadio el niño ya logra diferenciar estímulos internos de externos, aunque no ha conseguido diferenciar entre sí mismo y el otro (madre), logra percibir la forma en que la madre se relaciona con él, una madre cariñosa y atenta logra un proceso de simbiosis mucho más exitoso que la madre que aunque esté al pendiente de todas las demandas del niño las cubra de forma mecánica o siendo exigente para con las respuestas del infante.

- Consolidación de la individualidad: Esta etapa tiene una doble tarea la primera consiste en el logro de una individualidad definida y en hasta cierto punto, vitalicia; la segunda, el logro de cierta constancia objetal. La constancia objetal consiste en la catexia de la madre en tanto esta sea suficientemente buena en el cumplimiento de su labor, por otro lado es también la integración de lo bueno y lo malo dentro de ésta y la regulación del odio cuando aparece ira hacia el objeto de amor; en este punto el objeto de amor permanece aún cuando físicamente se encuentre ausente y es añorado y no odiado por dicha ausencia. En cuanto a la individuación definida se observa por la capacidad del niño de jugar alejado de la madre por periodos más prolongados; sin embargo, se presenta la necesidad de acercamiento cuando se percibe peligro. El niño en esta etapa está capacitado para entrar al jardín de niños pues es capaz de alejarse de mamá sin someterse a altas dosis de ansiedad por el abandono de ésta.

2.3.3 VÍNCULO AFECTIVO Y ALIMENTACIÓN

Entre los cuidados que la madre debe proporcionar al bebé están el de la alimentación y nutrición, una madre ansiosa de sus propios hábitos alimenticios durante y después del embarazo, así como aquella que se encuentre inconforme con su corporalidad puede interferir seriamente con la alimentación de sus hijo lo que puede repercutir en la aparición de trastornos alimentarios posteriores (Tinajero, 2011).

La relación del niño con la madre es el nexo más importante que tiene lugar durante la primera infancia, la responsabilidad de la satisfacción del niño recae completamente en la madre.

Bowlby (citado en Betancourt, 2007) menciona tres factores de riesgo en cuanto a la crianza a la relación madre hijo: La actitud inconsciente de rechazo oculta tras otra de afecto, la exigencia exagerada de cariño por parte de la madre o el padre, la satisfacción desmedida experimentada por la madre o padre a partir de la conducta del niño a pesar de condenarla abiertamente.

Bowlby (citado en Betancourt, 2007) describe una situación llamada vinculación angustiante donde la presencia de la madre es constante pero muestra insensibilidad a las necesidades del hijo.

Winnicott (citado en Betancourt, 2007) define las bases de la salud mental como dependencia, menciona que el niño sólo puede salir adelante si la madre le proporciona las bases suficientes. El Yo de la madre suple al Yo del niño teniendo una función de espejo, si la madre no logra reflejar realmente al niño y sólo expresa sus propia rigidez y defensas el niño no consigue tener un adecuado intercambio con el medio.

Los trastornos alimentarios denotan la no individuación del hijo, es decir, prevalece la diada simbiótica no permitiendo una diferenciación entre el hijo y su madre, resultado de ésta simbiosis es la alteración perceptiva del niño con respecto a sí mismo y a su entorno. En la mayoría de los trastornos alimenticios hay una excesiva involucración entre madre e hijo como si la existencia de uno dependiera de la existencia del otro (Tinajero, 2011).

Existen ciertos comportamientos favorecidos por la madre que sirven como predispositores para los trastornos alimenticios como son: la pica, la rumiación, el packing y la intolerancia a cambios de texturas y sabores.

Investigaciones demuestran que los hijos de madres con historial de trastornos alimenticios son más propensos a presentar disfunciones en los patrones alimentarios a partir de los 5 años volviéndose cada vez más graves conforme avanza la infancia. Agres (citado en Betancourt, 2007), concluye que las madres con sobrepeso e inconformidad con su apariencia corporal tienden a preocuparse

demasiado por el peso de sus hijos, dicha ansiedad lleva a los pequeños a evitar comer o bien a comer en exceso.

3. HÁBITOS ALIMENTICIOS

3.1 DEFINICIÓN

Los hábitos alimenticios son el conjunto de conductas adquiridas por cada individuo, por la repetición de actos en cuanto a la selección, la preparación y el consumo de alimentos, en general están relacionados con las condiciones sociales, económicas y culturales de la comunidad.

3.2 TABLAS DE RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL

Se sabe que no existen alimentos buenos ni malos sino una adecuada o inadecuada cantidad y frecuencia de los mismos al elaborar el menú.

Las tablas de recomendaciones nutricionales son aquellas que recogen los valores de ingesta recomendados según la edad, el sexo, peso, altura y situación geográfica específica. Estas tablas son elaboradas por organismos científicos especializados, se considera que cada país debe tener sus propias tablas de recomendación; sin embargo a nivel internacional se reconocen las elaboradas por las siguientes instituciones:

1. **FAO/OMS:** Establece sus tablas de acuerdo a estudios realizados con individuos representantes de todo el mundo, por lo que puede ser aplicada en cualquier población.
2. **Food and Nutrition Board:** Del consejo nacional de investigación de Estados Unidos. Es el comité responsable de las RDA, recomendaciones elaboradas para la población americana. Por su rigor científico han sido ampliamente utilizadas por varios países.

3. Departamento de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid: Ha elaborado las tablas de ingesta recomendadas de energía y nutrientes para la población española.

Simón (2006) menciona que las características de dichas tablas se presentan en filas y columnas y son las siguientes:

1. En la primera fila aparecen los encabezamientos de cada una de las columnas indicando el sexo, la edad en años y los nutrientes recomendados con sus unidades de medida.
2. En la primera columna se ubican las categorías o grupos de edad, en la siguiente se puede observar el peso y la estatura estándar, la siguiente columna contiene los valores propuesto de ingesta de energía y nutrientes
3. Las ingestas recomendadas vienen expresadas en cantidad de nutrientes por persona y día, pero no es necesario realizar una ingesta estricta diaria sino que se considera una media de ingesta durante 5 a 10 días.
4. Las recomendaciones de energía están calculadas para un determinado nivel de actividad física.
5. Las tablas se plantean para cubrir las necesidades de prácticamente toda la población sana, por lo que no se plantean requerimientos mínimos ni máximos.

La siguiente tabla muestra los valores de ingesta recomendados para prevenir el sobrepeso y la obesidad de acuerdo a la edad.

ALIMENTOS	FRECUENCIA	TAMAÑO DE LAS RACIONES (g)			
		<6años	6-8años	9-11años	>12años
Pan	2-3/diarias	25	25	30	40
Cereales/pasta	2-3/diarias	45(crudo)	50(crudo)	50(crudo)	60(crudo)
Patatas	1/diaria	120	130	135	140
Frutas	3/diarias	75	75	100	100
Hortaliza fresca	>1/diaria	20	20	50	75
Hortaliza cocinada	>1/diaria	150	200	220	250
Legumbres	3/semana	150	160	180	190

Leche	3-4/diarias	125	175	200	220
Queso	3-4/diarias	20	20	40	40
Yogur	3-4/diarias	125	125	125	125
Carnes	3-4/semana	50	60	80	100
Pescado	4-5/semana	60	65	80	90
Huevos	4-5/semana	60	50	100	100
Precocinados Aperitivos de bolsa Bollería industrial Derivados cárnicos	Ocasional				

3.3 EVOLUCIÓN DEL NIÑO Y NECESIDADES DE ALIMENTACIÓN

Existen evidencias de que las características alimentarias durante la niñez y los valores nutricionales obtenidos en esta etapa son determinantes para la aparición de factores de riesgo durante la edad adulta.

La edad escolar (6-12 años) como ya se ha mencionado es una etapa de crecimiento estable, durante esta etapa las niñas ganan poco más peso y talla al año en comparación con los niños.

Durante esta etapa de acuerdo a la madurez de los niños y los requerimientos de crecimiento, desaparecen los caprichos alimenticios y la ingesta se vuelve mucho más variada; así mismo los horarios de alimentación se establecen más claramente, se agudiza la falta de desayuno por distintos factores entre los que se mencionan: ausencia de la madre, falta de tiempo, entrada a la escuela muy temprano.

Serra (2006) menciona algunas recomendaciones para la dieta durante esta etapa de vida:

1. Debe proporcionar un equilibrio positiva de nutrientes estructurales, a fin de satisfacer la reserva energética que precede al brote pre-puberal.
2. Debe permitir al niño realizar una importante actividad física y dar la capacidad de rendir apropiadamente en las tareas académicas.
3. Es recomendable distribuir la ingesta calórica en varias porciones al día y dar especial importancia al desayuno.
4. Evitar el consumo de calorías vacías entre comidas y propiciar la toma de bocadillos elaborados en casa, preferiblemente altos en fibra y bajos en grasa.
5. Si las entre-comidas (colaciones) son tomadas en el colegio es muy importante que se conozca a la perfección el menú para que el resto de las comidas realizadas en casa sean complementarias.
6. Es deseable que se alternen con mayor frecuencia pescados y carnes, se aumenten la raciones de legumbres y verduras en general, los lácteos semidescremados son más apropiados para esta edad.

Los valores nutricionales recomendados por el autor son los siguientes:

1. El aporte de grasa no debe ser menos al 20% de las calorías ingeridas ni superar el 30% de las mismas a lo largo de varios días.
2. Los aportes de ácidos grasos saturados no serán mayores al 10% y los de colesterol no han de superar 300mg/día considerando medias durante varios días.

3.4 INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN OBESIDAD

En la antigüedad la palabra dieta tenía un significado holístico que no se reducía a hábitos alimenticios únicamente, sino que encerraba un orden de vida complejo, ahora se sabe que en efecto no sólo lo que se come influye en el estado de salud y nutrición de la persona sino que todo aquello que nos rodea es también causa de bienestar o enfermedad.

La intervención nutricional está enfocada a mejorar los estilos de alimentación entre poblaciones de riesgo, como se ha mencionado los casos de niños cono

obesidad han aumentado de tal forma en los últimos años que se ha llegado a considerar la infancia como una etapa crucial para tratar y prevenir la obesidad.

Los autores concuerdan que gran parte de los niños que padecen obesidad no contemplan el desayuno como parte crucial de la alimentación, por lo que mencionan que la mejor forma de combatir la obesidad reducir la ingesta de grasas y aumentar la de hidratos de carbono; así como un adecuado desayuno.

Es muy importante dirigir esfuerzos hacia la vigilancia de qué tan al alcance tienen los niños alimentos con altos contenidos grasos y qué tan inaccesibles son para ellos los alimentos sanos.

Una intervención nutricional es definida como la serie de acciones que realiza un nutricionista o nutriólogo para mejorar la situación nutrimental de una persona o de un sector de la población que presente problemas de malnutrición o malos hábitos alimenticios.

Para realizar una adecuada y exitosa intervención nutricional es importante que el profesional encargado analice cuidadosamente el tipo de intervención que mejor se adapte a las características del o los sujetos que se verá sometidos a la misma, este análisis se lleva a cabo mediante la comparación minuciosa de los costos-beneficios de cada intervención.

La FAO **(s/f)** contempla 8 criterios principales para la selección de la intervención nutricional a realizar.

1. Pertinencia en cuanto al problema nutricional.
2. Factibilidad.
3. Integración con programas similares existentes.
4. Efectividad
 - a) Impacto nutricional.
 - b) Reducción de las desigualdades.
 - c) Estímulo a la participación y la autosuficiencia.
 - d) Fortalecimientos de otros componentes del proyecto.
 - e) Otros efectos sobre el desarrollo.
5. Factibilidad de dirigirlos a una población específica.
6. Relación costo-efectividad.
7. Facilidad de evaluación.

8. Posibilidad de continuidad a largo plazo.

3.4 PREVENCIÓN NUTRICIONAL DE LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO

Serra (2006) hace hincapié en la importancia de evitar la sobre-ingesta por lo que recomienda que el número de comidas al día no debe ser menor a 4. Repartiendo los niveles energéticos de la siguiente manera: 25% entre desayuno y comida, 30-35% en la comida, 15% en la merienda y el resto durante la cena.

El autor da las siguientes recomendaciones a contemplar en la alimentación de niños y jóvenes con el fin de prevenir la obesidad:

1. Variar lo más posible los alimentos de cada grupo para evitar la monotonía y mejorar la calidad nutricional del menú.
2. Cuidar lo más posible la presentación.
3. Elegir preferiblemente alimentos ricos en fibra como legumbres, verduras, hortalizas y frutas, ya que tienen mayor poder saciante.
4. Los días que se ponga pasta italiana, arroz, legumbre o patatas debe considerarse como plato único y ser complementado con algo de carne, pescado o verdura.
5. Cocinar las legumbres sólo con patatas y verduras, evitando los embutidos y la grasa.
6. Elegir carnes magras, quitando siempre la grasa visible. No sobrepasar la oferta de ellas más de 3 veces/semana. En el pollo, pavo etc. Quitar la piel antes de cocinar.
7. Reducir los embutidos y la bollería industrial.
8. Aumentar la oferta de pescado 2-3 veces/semana.
9. Emplear en la comida y cena platos de baja densidad calórica como sopas, purés, ensaladas.
10. Procurar reducir el tamaño de las porciones que se sirven. Sacar a la mesa las raciones justas, evitando que se sirvan de más para que no sobre.
11. Utilizar caldos de verduras desgrasados como base de las sopas, salsas y purés.
12. Aportar siempre pan en cantidad aproximada de 40g.

Existen variados tipos de dieta para tratar el sobrepeso y la obesidad; sin embargo cuando están son aplicadas a niños suelen repercutir en su crecimiento, diversos autores coinciden en que no es recomendable someter a los pequeños a un riguroso sistema dietético por lo que más bien se considera ciertos menús que ayuden en el control del peso.

Serra **(2006)** propone una estrategia de 10 puntos para la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil y juvenil que no pone en riesgo el crecimiento adecuado de los niños.

1. Hacer 4-5 comidas al día, sin saltarse ninguna.
2. No comer entre horas.
3. Utilizar frutas y alimentos desnatados en el almuerzo y la merienda.
4. Acompañar los segundos platos con guarnición de verdura o ensalada.
5. Tener a mano alimentos hipocalóricos para los momentos de hambre.
6. Manejar listados de alimentos hipercalóricos e hipocalóricos.
7. Eliminar de la compra diaria y de la nevera alimentos poco saludables como: embutidos, chocolate, aperitivos de bolsa y refrescos.
8. Utilizar solamente agua como fuente de bebida, incrementando su ingesta.
9. Limitar las bebidas blandas, tomándolas sólo de forma ocasional.
10. Prohibir las bebidas alcohólicas.

Por otro lado Romm **(2006)** divide los alimentos de la siguiente manera:

1. Agua: Una cantidad insuficiente de agua puede producir pereza mental, depresión, irritabilidad y estreñimiento. Se recomienda una ingesta de 6 a 8 vasos diarios de agua.
2. Carbohidratos complejos: Proporcionan energía duradera al cuerpo, también se necesitan para la digestión y eliminación, además proporcionan fibra dietética. Se recomienda una ingesta de 6 a 11 porciones diarias.
3. Proteínas: son esenciales para el crecimiento, para el desarrollo y reparación de todos los tejidos, así como para la temperatura, energía y producción de hormonas. Se recomienda una ingesta de 2 a 3 porciones diarias.
4. Grasas: Las grasas saludables son necesarias para regular la temperatura del cuerpo, construir paredes celulares y el saludable desarrollo del cabello, piel y uñas.

5. Vitaminas solubles en agua: B1 (corazón, sistema nervioso y músculos), B2 (cabellos, piel y uñas), B3 (sangre, piel, tracto digestivo, sistema nervioso), B5 (glándulas suprarrenales, senos nasales, neurotransmisores), B6 (glóbulos rojos y anticuerpos, sistema nervioso central), B12 (mielina y síntesis de ADN), Biotina (cabello, piel, nervios, médula espinal y glándulas sudoríparas), Ácido Fólico (producción de ADN y ARN) Vitamina C ((construye y mantiene el tejido conectivo, curar heridas, antioxidante, neurotransmisores, hormona suprarrenal, dientes, huesos y ligamentos).
6. Vitaminas solubles en grasas: Vitamina A (sistema inmunológico, tracto digestivo, respiratorio, urinario y glándulas suprarrenales), Vitamina D (huesos, dientes, músculos, tiroides), Vitamina E (membranas celulares, arterias, sangre y enzimas), Vitamina K (coagulación y formación de huesos).
7. Minerales: calcio (dientes, huesos, coagulación, corazón, contracciones musculares), Magnesio (relajación muscular, equilibrio del azúcar en la sangre, ADN y ARN), Fósforo (crecimiento y reparación celular, riñones, sistema muscular), Zinc (energía, calor, sana las heridas, órganos reproductivos, piel saludable, síntesis de ADN y ARN).

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1 ENFOQUE METODOLÓGICO

La presente investigación fue seleccionada mediante el paradigma cualitativo. Los principales intereses de este enfoque de investigación se pueden resumir en:

1. Significado atribuido a los hechos por parte de los actores.
2. Acciones e interacciones en un contexto histórico-social.
3. Significado atribuido a los hechos por parte del investigador.

En general la investigación cualitativa busca comprender desde adentro la interacción sujeto-objeto, penetrar a profundidad en la complejidad dialéctica, contradictoria y en permanente movimiento del hecho social, abordar pocos casos para facilitar la profundización, comprender holísticamente la esencia tras las apariencias, explicitar los supuestos ideológicos del investigador y exponer resultados a través del lenguaje natural (Sirvent,2003).

Grinell y Creswell (1997, citados en Hernández-Sampieri, 2006) describen a las investigaciones cualitativas como estudios:

1. Que se conducen en ambientes naturales, donde las variables no se definen con la intención de ser manipuladas por el investigador.
2. Donde las preguntas de investigación pueden no estar definidas por completo.
3. La recolección de los datos está fuertemente influido por las experiencias y las prioridades de los participantes y no tanto por la aplicación de instrumentos estandarizados.
4. Donde los significados se extraen de los datos y no necesitan reducirse a números ni deben analizarse estadísticamente.

Para la presente investigación se utilizó este enfoque debido a la posibilidad que ofrece de construir creencias propias sobre fenómenos estudiados como se realiza en un grupo de personas único.

2.2 TIPO DE ALCANCE

Se define de acuerdo al conocimiento actual del tema de investigación y a la perspectiva que el investigador pretenda dar a su investigación.

En los antecedentes de esta investigación encontramos variables suficientes para sustentarla por lo que el tipo de alcance es descriptivo. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis (Danhke, 1989, citado en Hernández-Sampieri, 2006).

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer la participación de la madre en los hábitos alimenticios del niño cuando este último padece obesidad.

2.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer la percepción de la madre de la alimentación familiar.

Conocer la relación existente entre la madre y el niño obeso con respecto a los hábitos alimenticios.

Describir el nivel de conocimiento de la madre con respecto a una dieta balanceada.

2.4 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Organización Mundial de la Salud en 1997 (citado por Tinajero, 2011) determinó que la obesidad era el principal problema de salud no reconocido a nivel mundial y que sus consecuencias son mucho mayores que las provocadas por el bajo peso.

La situación nutricional de los niños en México se ha convertido en una de las principales preocupaciones de las autoridades. Se han tomado algunas medidas para prevenir la obesidad o bien mermar los efectos de este padecimiento en los niños de edad escolar; la más importante es la reciente ley que prohíbe la venta de comida “chatarra” (con alto contenido calórico) dentro de las primarias y en las cercanías de las mismas, promoviendo así la venta de alimentos sanos.

La realidad es que si bien muchos niños consumen lo que es vendido en la escuela, muchos de ellos ingieren también un refrigerio preparado en casa, refrigerio que no puede ser controlado por las autoridades escolares, de igual manera dentro de la ley no se contempla el resto de la dieta de los pequeños, es decir, todo lo que sus madres permiten o no que coman, la frecuencia y las raciones.

Las realidad económica y social ha llevado a muchas mujeres a tener que salir de casa a cumplir extenuantes jornadas laborales para poder mantener a sus familias, el factor tiempo es crucial en la preparación de alimentos sanos, lo antes mencionado a llevado a las madres a cambiar las dietas de sus familias y basarlas en lo que es sencillo y rápido: alimentos pre-cocidos, enlatados, congelados y comida rápida, que está demostrado contiene altas cantidades de grasas y azúcares.

Existen numerosos estudios acerca de las causas y las consecuencias de la obesidad, cómo diagnosticarla y las diferentes opciones de tratamiento, sin embargo la mayoría de los niños no llegan a recibir atención médica a menos que desarrollen un problema de salud subyacente como: diabetes, fatiga crónica o incluso discapacidad motriz (Tinajero, 2011).

La pregunta que se pretende responder con esta investigación es:

¿Cuál es la participación de la madre en los hábitos alimenticios del hijo obeso?

2.5 SUPUESTOS TEÓRICOS

1. Las madres de niños obesos tienen poco conocimiento de los hábitos alimenticios de los niños.
2. La relación madre-hijo obeso en cuanto a los hábitos alimenticios es estresante y debido a esto los niños tienden a tener una dieta poco equilibrada.
3. Las madres tienen poco conocimiento acerca de los valores nutricionales recomendados para la edad de sus hijos.

2.7 PARTICIPANTES

Para la investigación se seleccionó un grupo de 5 niños, este número debido a que se conocían los antecedentes de poca disposición por parte de las madres, los niños se ubican entre los 6 y 12 años de edad, todos estudian en la escuela primaria “José María La Fragua” de Morelia.

2.8 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1 ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Una entrevista es una conversación que tiene una estructura y un propósito. Álvarez-Gayou (2005) menciona que en la investigación cualitativa la entrevista busca entender el mundo desde la perspectiva del entrevistado, y desmenuzar los significados de sus experiencias. Seteinar Kvale (1996, citado en Álvarez-Gayou, 2005) delimita doce elementos para la comprensión de la entrevista en investigación cualitativa:

1. Mundo de la vida.
2. Significado.
3. Calidad.
4. Descripción.

5. Especificidad.
6. Ingenuidad propositiva.
7. Focalización.
8. Ambigüedad.
9. Cambio.
10. Sensibilidad.
11. Situación interpersonal.
12. Experiencia positiva.

La entrevista a profundidad, se considera semi-estructurada pues permite que el entrevistado profundice sus respuestas y le da al entrevistador la posibilidad de cambiar el rumbo de la entrevista de acuerdo a las respuestas.

2.9 ESCENARIO

La investigación se llevó a cabo en cada una de las casas de los participantes, ubicadas todas en una zona urbana, en una ciudad media (más de 600,000 habitantes). La colonia es considerada de interés social, aproximadamente tiene 10 años de construida y en general la clase social es media.

Cuentan con todos los servicios y está bien comunicada.

En general las casas de los participantes muestran que tienen una buena calidad de vida, cuentan con muebles nuevos y bien cuidados, 3 de las 5 fueron ampliadas y tienen un número de habitaciones adecuado para los integrantes de la familia.

2.10 PROCEDIMIENTO

Se seleccionó a los sujetos de investigación basándose en los resultados de la investigación realizada por Tinajero (2011), debido a que estos sujetos ya se habían diagnosticado con obesidad y se tenían también datos de la relación con la madre.

Se realizaron las citas correspondientes con las madres de los niños para aplicar el formato de entrevista a profundidad.

Una vez obtenidos los datos se realizaron los cruces de información con el resto de los participantes y se contrastaron con la teoría citada en el capítulo I.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos de las entrevistas divididos en cuadros de contenido, el objetivo de los cuadros es contrastar los hábitos alimenticios de la madre con los del niño (a), se tomó como ejemplo un día al azar en el menú de la familia y se completo la información con las generalidades de las rutinas familiares.

Entrevista 1.

Sra: A.Z.B. **Edad:** 32años **Ocupación:** Ama de casa

Niño: I.A.B **Edad:** 11 años.

Hábitos alimenticios madre					
Hora	Contenido	Cantidad (Platos/ piezas)	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación, sensaciones)
9:15 am	Café y sándwich de pan integral con jamón y verdura variada.	1 taza 1 Sándwich	Comedor de la casa	Sin compañía	Viendo televisión
11:00 am	Fruta (manzana, platano)	1 pieza	Comedor de la casa	Sin compañía.	Viendo televisión.
2:30 pm	Arroz, carne, verduras, Frijoles,	½ plato 1 pieza ¼ plato 1 plato	Comedor de la casa	Hijas	Viendo televisión, no hay conversación.

	Agua de fruta. Tortillas	2 vasos 3 a 4 piezas.			
8:30 pm	Café y pan integral	1 taza 2 rebanadas	Comedor de la casa	Hijas	Viendo televisión.

Cuadro 1. Respuestas obtenidas de la madre respecto a sus hábitos alimenticios.

Hábitos alimenticios del niño					
Hora	Contenido	Cantidad (Platos/ piezas)	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
7:30 am	Leche con chocolate	1 Vaso	Comedor de la casa.	Sin compañía.	Viendo la televisión.
10:30 am	Torta de jamón/salchicha agua de sabor	1 bolillo 600ml de agua	En la escuela	Compañeros	Conversando acerca de la escuela y juegos.
2:30 pm	Arroz, carne, verduras, Frijoles, Agua de fruta. Tortillas	½ plato 1 pieza No come 1/2plato 1 vaso 3 piezas	Comedor de la casa	Madre y hermanas	Viendo televisión no hay conversación.
5:30 pm	Galletas ó churros ó chicharrón	1 paquete	Sala de estar	Hermanas	Viendo televisión.
8:30	Leche Pan dulce	1 vaso 1 pieza	Comedor de la casa	Madre y hermanas	Viendo televisión, no hay conversación.

Cuadro2. Respuestas obtenidas de la madre respecto a los hábitos alimenticios del niño.

Análisis: Se puede observar que existe una disparidad entre los hábitos alimenticios de la madre y de la niña, la madre tiene la costumbre de desayunar pero no lo fomenta en su hija, así mismo la madre ingiere alimentos mucho más saludables bajos en harinas refinadas y se mantiene alejada de la comida chatarra pero permite que su hija los ingiera a libre demanda.

El tiempo que tarda la niña en comer varía entre 20min y media hora lo que se considera saludable.

En este caso también se observa que la televisión es parte importante de los hábitos familiares y que se encuentra presente en todas las horas de comida.

La madre menciona, refiriéndose a su hija, que “se la pasa comiendo”, aunque no le da dinero para gastar en la escuela porque no sabe lo que pueda comprar, en las tardes le permite adquirir en la tienda o puestos cercanos a la casa lo que la niña desea sin control alguno.

La niña come únicamente lo que le gusta y la madre no suele ser insistente en cuanto a frutas y verduras, menciona que alguna vez intentó sustituir la torta por 1 o 2 sándwiches pero la niña se negó y ella prefirió seguir mandándole torta.

La madre menciona que en una ocasión un médico le hizo ver el riesgo que corría la pequeña por su sobrepeso y el nivel de azúcar en sangre y le recomendó un régimen alimenticio que excluía por completo las frituras y los azúcares saturados; sin embargo como la niña mostró un serio descontento al respecto y la madre prefirió no continuarlo.

Entrevista 2

Sra: L.I.G Edad: 25 años Ocupación: Persona Física.

Niño: J.J.M.I Edad: 8 años.

Hábitos alimenticios de la madre					
Hora	Contenido (Platos/piezas)	Cantidad	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
9:30 am	Capuccino Pan con cajeta	1 taza 2 rebanadas	Recamara	Sin compañía.	Viendo televisión.
12:00 pm	Fruta	1 pieza	Recamara	Sin compañía	Viendo televisión.
3:30 pm	Sopa aguada Frijoles de la olla con chicharon prensado Agua	1 plato 1 plato 2 vasos	Comedor de la casa.	Hija.	Televisión encendida desde el cuarto, no hay conversación.
5:00 pm	Fruta o algún postre	1 pieza	Recamara	Sin compañía.	Viendo televisión.
9:00 pm	Capuccino Cereal integral	1 taza 1 plato	Recamara	Sin compañía	Viendo televisión.

Cuadro 3. Respuestas obtenidas de la madre respecto a sus hábitos alimenticios.

Hábitos alimenticios del niño					
Hora	Contenido	Cantidad (Platos/ piezas)	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
7:45	Danonino	1	Camino a	Madre.	Caminando en

am			la escuela		silencio mientras come.
10:30 am	Sandwich de jamón con salchicha Jugo Jumex	1 500ml	En la escuela	Compañeros	Relajda, conviviendo con los amigos.
3:30 pm	Sopa aguada Frijoles con chicharrón prensado	1 plato 1 plato	Comedor de la casa	Madre	Televisión encendida desde el cuarto, no hay conversación alguna.
5:00 pm	Fruta ó galletas ó cereal	1 pieza o paquete	Recamar a	Sin compañía	Viendo televisión.
9:00 pm	Cereal con platano	1 plato	Recamar a	Sin compañía.	Viendo televisión.

Cuadro4. Respuestas obtenidas de la madre respecto a los hábitos alimenticios del niño.

Análisis: Se observa una disparidad entre los hábitos alimenticios de la madre y de la niña, pues en general no desayunan ni cenan los mismo alimentos, igualmente se puede ver que la madre tiene una tendencia más marcada a los alimentos altos en fibra y a la fruta en general, lo anterior no es fomentado correctamente en la menor.

La televisión forma parte esencial de los hábitos alimenticios, pues absolutamente todas las comidas se hacen con este aparato encendido.

En general se observa muy poca convivencia entre la madre y la niña durante la alimentación pues comúnmente la realizan cada quien en su recamara y con las puertas cerradas. La única hora que comparte en el comedor de la casa es la “comida” de medio día; sin embargo, la madre menciona que la pequeña tiene prohibido hablar mientras come pues tiende a distraerse o a hablar con la boca llena.

La niña ingiere sus alimentos en un lapso de 10 a 12 minutos lo que sugiere que prácticamente se atraganta con los mismos, no hay una correcta masticación ni se permite llegar la sensación de satisfacción a buen tiempo.

La madre menciona que las raciones ingeridas por la menor son prácticamente equivalentes a las que ella ingiere y que normalmente pide un postre o un complemento a la comida, la madre dice que trata de hacer que la niña coma menos pero como casi siempre está encerrada en su cuarto no se da cuenta cuando la niña entre comidas busca alimento en la cocina.

La madre menciona que si fuera por la niña se la pasaría todo el día comiendo.

Además del lunch que lleva a la escuela le dan dinero para comprar en el recreo, la madre reconoce desconocer los alimentos que adquiere, pero sospecha que en general son dulces o churros.

Entrevista 3

Sra: M.S.G. **Edad:** 40 años **Ocupación:** Ama de casa

Niño: S.M.G **Edad:** 10 años.

Hábitos alimenticios de la madre					
Hora	Contenido (Platos/piezas)	Cantidad	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
9:30 am	Huevo guisado con jitomate Té	2 piezas 1 taza	Comedor de la casa	Hija mayor	No hay televisión.
11:00 am	Fruta	1 pieza	Comedor de la casa	Sin compañía	No TV
1:30 pm	Birria, Arroz	½ plato ½ plato	Comedor de la	Esposo e hijos	No TV, hablan de la escuela

	Agua Tortillas	2 vasos 3 piezas	casa		o el trabajo.
9:00pm	Birria Arroz Agua Tortillas	2 tacos ¼ plato 1 vaso	Comedor de la casa	Esposo e hijos	No tv, no hay conversación.

Cuadro 5. Respuestas obtenidas de la madre respecto a sus hábitos alimenticios.

Hábitos alimenticios del niño					
Hora	Contenido	Cantidad (Paltos/ piezas)	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
7:30 am	Cereal con leche	1 plato	Comedor de la casa	Hermana	Come con rapidez para llegar temprano a la escuela.
10:30 am	Sandwich de jamón Agua natural	1 600ml	Escuela	Compañer os	Relajado, juego.
1:30 pm	Birria, Arroz Agua Tortillas	1 plato 1 plato 2 vasos 4 toritllas	Comedor de la casa	Papás y hermanos	No TV, plática de la escuela.
5:00 pm	Galletas	1 paquete	Recamara	Sin compañía	Viendo televisión.
9:00pm	Birria, Arroz Agua Tortillas	3 o 4 tacos 2 vasos	Comedor	Hermanos y papás	Sin TV, no hay conversación formal.

Cuadro6. Respuestas obtenidas de la madre respecto a los hábitos alimenticios del niño.

Análisis: En el caso de esta familia se observa que existe un acuerdo a las horas de comida, en donde todos se reúnen y se evita tener encendidos aparatos electrónicos, se le permite al niño expresarse durante la alimentación.

A decir de la madre el niño presenta ingesta excedida de manera que las porciones que ingiere son equivalentes a las que come el padre de familia.

La familia come carne roja en diferentes presentación hasta 6 veces a la semana, lo anterior a petición del padre pues “siente que no come” si no hay carne. La birria y otros preparados altos en grasa son comunes en los menús de la casa.

Muy rara vez el niño recibe dinero para gastar en la escuela, pero cuando lo hace en general tiende a comprar chicharrones o churros, gusta de comer seguido paletas de dulce.

La madre menciona que el niño tiende a tomar mucha agua, hasta 10 vasos al día, y que en general aunque no le disgusta come poca fruta y casi nada de lácteos.

Las comida del medio día dura un tiempo estimado de 40 min, incluyendo la sobremesa; sin embargo, la madre reconoce que el niño come con mucha ansiedad y que tiende a masticar y tragar rápidamente pero se toma su tiempo para platicar principalmente con su hermana menor.

En general son pocas las verduras que se observan en el menú y la madre reconoce no hacer demasiado esfuerzo por inculcar en su hijo el gusto por los vegetales, así mismo se le permite no comer lo que no desea y repetir de aquello que si le gusta, desequilibrando de esta manera la cantidad y frecuencia de alimentos recomendada.

Entrevista 4

Sra: P.L.L.L

Edad: 27 años

Ocupación: Programador

Niño: I.R.N.L

Edad: 6 años.

Hábitos alimenticios de la madre					
Hora	Contenido	Cantidad (Platos/piezas)	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
7:30 am	Huevo con jamón. Café	2 piezas 1 taza	Comedor	Esposo e hijo.	TV encendida, premura por salir a trabajar y a la escuela.
3:30 pm	Caldo de verdura. Pechuga empanizada. Ensalada Agua	1 plato 1 pieza ½ plato 2 vasos	Comedor	Esposo e hijos.	No TV, hay pocos comentarios, hay premura por volver al trabajo.
8:00 pm	Cereal con leche	1 plato	Comedor	Esposo e hijos.	Hay mucho cansancio, TV a veces.

Cuadro 7. Respuestas obtenidas de la madre respecto a sus hábitos alimenticios.

Hábitos alimenticios del niño					
Hora	Contenido	Cantidad (Platos/piezas)	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
7:30 am	Huevo con jamón Leche	2 piezas 1 vaso	Comedor de la casa	Papás y hermano	TV encendida, premura por ir a la escuela.
10:3	Jugo y	250 ml	Escuela	Compañero	Juego

0 am	galletas	1 paquete		s.	
3:30 pm	Caldo de verdura. Pechuga empanizada a Ensalada Agua	1 plato 1 pieza ½ plato 2 vasos	Comedor de la casa	Papás y hermano	No TV, hay pocos comentarios, hay premura por volver al trabajo.
8:00 pm	Cereal con leche	1 plato	Comedor de la casa	Papás y hermanos.	Hay mucho cansancio, TV a veces

Cuadro8. Respuestas obtenidas de la madre respecto a los hábitos alimenticios del niño.

Análisis: En este caso podemos observar que la madre y el niño ingieren los mismos alimentos a la misma hora del día, lo que muestra que existen horarios bien definidos y por tanto un rutina.

La madre menciona que tiene que ser muy estricta con el niño en cuanto a los alimentos pues éste puede pasar todo el día comiendo y que ha accedido a servirle raciones de adulto porque de otra forma busca el momento más oportuno para robar comida del plato de su hermano menor.

La madre menciona que normalmente come muy apresuradamente pues tiene que ir a la escuela o sus padres volver al trabajo y por esto lo presionan, comúnmente termina de comer en 15 o 20 minutos máximo.

Por otro lado menciona que no le dan dinero para gastar en la escuela pero que con cierta frecuencia le compran alguna golosina a la salida de la misma.

La madre comenta que cuando se siente nervioso o después de haber sido regañado con frecuencia se dirige a la cocina a buscar alimento.

Recuerda que una vez un doctor le propuso un tratamiento nutrimental por observar sobrepeso en el pequeño, pero no creyó que fuera necesario pues piensa que no es tan grave y que cuando “se estire” lo superará.

Es de destacar que en la familia es el único que padece sobrepeso, sus padres y hermanos son de complexión delgada.

Sra: P.A.M **Edad:** 36 años **Ocupación:** Empleada

Niño: J.P.M **Edad:** 11 años.

Hábitos alimenticios de la madre					
Hora	Contenido (Platos/piezas)	Cantidad	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
9:00 am	Café	1 taza	Trabajo	Compañeros de la oficina	Comienza la jornada laboral, enciende la computadora.
10:30 am	Fruta Quesadilla Jugo	1 pieza 1 pieza 1 vaso	Cafetería de la empresa	Compañeros de la oficina	Come con premura para volver al trabajo, ve la televisión que está en la cafetería y comenta con sus compañeros cosas de la oficina.
5:30 am	Sopa de verduras Pollo frito Agua	1 plato 2 piezas 2 vasos	Comedor de la casa.	Hijas.	Viendo la televisión y descansando.

Hábitos alimenticios del niño					
Hora	Contenido	Cantidad (piezas/platos)	Lugar	Compañía	Ambiente (TV, radio, conversación sensaciones)
7:30 am	Licuada	1 vaso	Comedor de la casa	Sin compañía	Apresurada para llegar a tiempo a la escuela.
10:30 am	Torta de jamón Refresco	1 torta 600ml	Escuela	Compañeros	Relajada y platicando de la escuela.
2:40 pm	Sopa de verduras Pollo frito Agua	1 plato 2 piezas 2 vasos	Casa de los abuelos.	Abuelos y hermanas	No hay televisión, plática con sus abuelos y pelea con su hermana menor.
5:30 pm	Galletas	1 paquete	Comedor de la casa	Mamá y hermanas	Viendo televisión mientras su mamá come.
8:45 pm	Tacos de bistec	3 tacos	Comedor de la casa	Mamá y hermanas	No hay televisión es cuando platican del día y la escuela.

Análisis: Es claro que los hábitos alimenticios de la madre son muy diferentes a los de la niña pues al pasar la mayor parte del tiempo en el trabajo son los

abuelos los que se encargan tanto del almuerzo como de la comida de la pequeña.

La madre únicamente realiza dos comidas fuertes durante el día, pasa muchas horas sin alimento e ingiere irritantes y grasas frecuentemente. La niña tiene una dieta alta en grasas, come con mucha frecuencia carnes rojas y mariscos.

Prácticamente a diario come galletas o frituras como colación por las tardes, los fines de semana que es cuando la madre se encarga de la alimentación opta por comida rápida pues menciona que se encuentra muy cansada y no le dan ganas de cocinar.

La niña en general come de todo, le gustan muchos las verduras y las frutas; sin embargo, las porciones que ingiere son equivalentes a las de un adulto.

La madre reconoce no tener injerencia en el menú de la niña pues los abuelos no tienden a consultar con ella lo que le darán de comer, en general se muestra satisfecha con lo anterior pues considera que sus padres son buena influencia para la niña. Además de que ésta última disfruta mucho pasar mucho tiempo en casa de sus abuelos.

Es importante mencionar que la madre permite que el fin de semana sea la niña quien elija que comer pues lo considera una forma de compensar el tiempo que no está con ella durante la semana.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

A continuación se presentan una serie de conclusiones parciales obtenidas a lo largo de la investigación que posteriormente serán integradas en conclusiones generales de acuerdo a las teorías consultadas, la metodología utilizada, los objetivos planteados; así como los supuestos teóricos y las preguntas de investigación.

- Las madres de niños con obesidad tienden a tener dietas distintas a las de sus hijos, mostrando mayor cuidado en los contenidos, cantidades y horarios en los que ingieren los propios alimentos y siendo mucho menos estrictas en las rutinas de sus hijos.
- Los niños con obesidad tienden a comer porciones mayores a las establecidas para su edad y en general su forma de comer es concebida como exagerada o poco organizada, incluso las propias madres reconocen que sus hijos podrían pasar todo el día con algo de comida en la boca.
- Los niños muestran preferencia por alimentos altos en azúcar y grasas
- Los niños con obesidad tienden a picar entre comidas, muchas ocasiones los hacen a escondidas de sus padres pues saben que su forma desmedida de comer causa descontento en estos últimos.
- Los niños con obesidad tienden a ingerir los alimentos de forma rápida, en general terminan de comer en un promedio de 15 a 20 min, en ocasiones esto tiene que ver con los tiempos establecidos por las familias, pero denota también la ansiedad que buscan mermar por medio de la comida.
- Las madres de niños con obesidad optan en muchas ocasiones por dar de comer a los niños lo que estos aceptan con facilidad y prácticamente nunca buscan inculcar en los niños hábitos alimenticios más sanos.
- Las madres no buscan formas de hacer que las entre-comidas sean saludables y prefieren dar libertad a los niños de elegir en las tiendas cercanas lo que desean comer dándoles dinero.
- Siguiendo con lo anterior a pesar de que las madres tienen un amplio conocimiento de los hábitos alimenticios de los niños, no están involucradas en ellos y no se hacen responsables de los mismos, pues en su mayoría son los pequeños los que eligen que comer y en que cantidad.

- Las madres tienen muy poco conocimiento de los valores nutricionales recomendados para las edades de sus hijos pues en general se muestra satisfechas de las dietas que estos llevan y consideran que tienen los pros y los contras de cualquier niño de su edad al mostrarse reacios a comer ciertos alimentos y gusto por otros.
- La relación madre-hijo con respecto a los hábitos alimenticios tiende a ser agresiva pues las madres presionan constantemente a sus hijos con que coman menos y les hacen ver de forma poco cariñosa que no pueden comer todo el tiempo, lo que estresa a los pequeños y les genera ansiedad que los lleva a continuar comiendo.
- Contrastando la situación de los niños objeto de estudio con la teoría de Latirgue (1998) encontramos que efectivamente en su mayoría son niños que tienden a desayunar muy poco y en ocasiones nada y que durante las horas de escuela ingieren una colación fuerte, según el autor esto hace que el cuerpo retenga más grasas preparándose para ayunos prolongados.
- Por otro lado se encuentra que los niños tienden a hacer muy poca actividad física lo que repercute en su estado físico pero también en su necesidad de mantenerse comiendo, pues la falta de actividad los lleva a idealizar el alimento como forma de matar el tiempo o como complemento ideal de la televisión.
- Contrastando los datos con la teoría de Serra (2006) se concluye que la alimentación de los niños es muy poco balanceada pues los niños están sometidos a altos contenidos de grasas y carnes rojas, así como a azúcares saturadas y alimentos pre-cocidos.
- De acuerdo a los casos revisados no hay mucha diferencia en el nivel de compromiso para con los hábitos alimenticios de los niños entre las madres que trabajan y las que se dedican al hogar, los comentarios que realizan con respecto a sus hijos son muy similares y se muestra en casi todos los casos diferencias marcadas entre la forma de comer de la madre y la del niño.

De acuerdo con todo lo anterior se concluye que el objetivo general de la investigación se cumplió satisfactoriamente pues se obtuvieron datos suficientes para decir que las madres aún cuando en teoría toman en sus manos la

educación nutricional de sus hijos, en general participan de forma pasiva en los mismos permitiendo que sean los niños quienes organicen sus menús y elijan las cantidades que ingieren.

En cuanto a los objetivos particulares, se concluye que la investigación fue exitosa pues se obtuvieron datos suficientes para describir la percepción que tiene la madre de los hábitos alimenticios, la relación entre ella y su hijo con obesidad y como existe rechazo hacía los hábitos del niño pero no el compromiso de mejorarlos; también se comprobó el poco conocimiento que hay de los valores nutricionales adecuados para los niños en edad escolar.

Los supuestos teóricos se cumplieron en su mayoría, pues se descarto que las madres tuvieran poco conocimiento de los hábitos alimenticios de los niños, los casos estudiados muestran que las madres conocen muy bien lo que comen sus hijos; sin embargo, no se comprometen, como ya se ha mencionado, con contribuir a la salud de los mismos.

La metodología utilizada fue apropiada pues para poder atacar el problema de la obesidad infantil es importante conocer a fondo las circunstancias nutricionales a las que están sometidos los niños y esta investigación aporta datos para la realización de una intervención exitosa.

Por último a manera de conclusión general la respuesta a la pregunta de investigación planteada es: La participación materna en los hábitos alimenticios del niño obeso es pasiva pues no busca intervenir ni mejorar los mismos.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las principales limitantes que se encontraron al realizar la investigación fueron:

- La poca disposición de las madres, cuando se les planteó la posibilidad de participar en una investigación enfocada a mejorar los hábitos alimenticios de sus hijos se mostraron a la defensiva, en un principio no deseaban hablar a fondo del tema, omitían detalles importantes como la frecuencia con que los niños comían golosinas, fue necesario realizar preguntas muy directas para conocer a fondo las rutinas de los niños.
- Aunado a lo anterior concertar las citas para realizar las entrevistas fue complicado pues las madres ponían muchos pretextos y cancelaban frecuentemente, fue necesario hacer las citas con pocas horas de anticipación para evitar las cancelaciones.

De la presente investigación se desprenden las siguientes líneas:

- Realizar una intervención nutricional en las familias para mejorar los hábitos alimenticios de los niños.
- Realizar una intervención psicológica de sensibilización en las madres de familia con respecto a la importancia de la salud nutricional no sólo por las repercusiones físicas que está traerá en los niños sino por las ventajas psicológicas y de aceptación social de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, R. (2006). *Obesidad y autoestima*. México: Plaza y Valdez.

Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.

Asebey, A. (2004) ¿Maternidad versus sexualidad? En: Revista electrónica de psicología la misión facultad de Psicología de la Universidad de Querétaro. Feb.

Barry T. (1993) *La relación más temprana padres, bebés y el drama del apego inicial*. Paidós: Barcelona

Betancourt, L. (2007) *Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario*. En: Revista Universidad medica 48 n°3

Bowlby J. (2006). *Vínculos afectivos, formación desarrollo y pérdida*. Morata: Madrid.

Calzada, R. (2003). *Obesidad en niños y adolescentes*. México: ETM

Dalmau, J. (S/F). *Obesidad infantil recomendaciones del comité de nutrición de la asociación española de pediatría, parte II. Diagnóstico, comorbilidad y tratamiento*. España: Asociación española de pediatría

Dolto, F. (2004). *Psicoanálisis*. Francia: SXXI.

Espino, E. (2008). *La autoestima ante la presencia de obesidad infantil: un estudio comparativo*. Tesis. Michoacán: UMSNH.

Everingham C. (1997). *Maternidad: autonomía y dependencia. Un estudio desde la psicología*. España: Narcea.

Hernández, M. (1999). *Tratado de nutrición*. Madrid: Díaz de Santos.

Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ªed). México: McGraw Hill.

Hurlock E. (1988). *Desarrollo del niño*. México: McGraw hill

- Latirgue, B. (1998) *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo. Una visión de profesionales de la salud*. México: Plaza y Valdés
- López, F. (s/f) La formación de vínculos sociales.
- Magallón, C (2006). *Mujeres en pie de paz*. España: S. XXI
- Mahler, M. (2002). El nacimiento psicológico del infante humano, simbiosis e individuación. Enlace editorial
- Maier, H. (1984). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Méndez-Sánchez, N. (2005). *Obesidad, conceptos clínicos y terapéuticos*. México: Masson Doyma.
- Molina M. (2006) *Psykhé Santiago de Chile* v.15 n2
- Moreno, B. Charro A. (2007). *Nutrición, actividad física y prevención de la obesidad*. Estrategia Naos. Barcelona: Panamericana.
- Organización de las naciones unidas para la agricultura y la alimentación. (1984). *Selección de intervenciones para mejorar la nutrición*. Roma.
- Papalia, E. (2001). *Desarrollo Humano. Colombia: McGraw Hill*.
- Peña, M. (2000). *La obesidad en la pobreza, un nuevo reto para la salud pública*. México: Organización Panamericana de la salud.
- Reyes N. (Comp.) (2000) *Observación de bebés*. Plaza y Valdés: México.
- Rodríguez, M. (1988). *Autoestima: Clave del éxito personal*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez-Santos, F. (2008). *Psicología y nutrición*. Masson: España.
- Ruiz, M. (2003). *Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes*. España: Díaz de Santos.
- Serra, L. (2004). *Nutrición infantil y juvenil*. Masson: Barcelona.
- Serra, L. (2006). *Nutrición y salud pública*. Masson: Barcelona.

Shaffer, D. (1999). *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia*. México: Thompson.

Simon, M. (2009). *Alimentación y nutrición familiar*. México: Editex

Sirvent, M. (2003) "El proceso de investigación, las dimensiones de la metodología, y la construcción del dato científico. México: Facultad de Filosofía y letras.

Tinajero, M. (2009). *Percepción materna de la malnutrición: ¿las madres de familia reconocen el sobrepeso y la obesidad en sus hijos?* Michoacán: UVAQ.

Tinajero, M. (2011). *Percepción de la obesidad de madres de niños obesos en edad escolar y su influencia en la autoestima del niño*. Tesis. Michoacán: UVAQ

Torres, E. (2008). *Psicodinamia de la obesidad infantil: Estudio de caso*. Tesis. Michoacán: UMSNH.

Vázquez, V. (2001). *Psicología y la obesidad*. En: *Revista de endocrinología y Nutrición* (vol. 9, nº2), (versión electrónica). México: Sociedad Mexicana de nutrición y endocrinología.

Wadden T. (2005) *Obesidad guía para los profesionales de la salud mental*. Barcelona: Masson

Yamasaki, M. (2004). *Tofu. Vida natural*: Chile.

Zazzo, R. *Tratado de psicología del niño*. 2ªed. Morata. Francia. 1980.245-252.

Zimmet, P. (2005). Una nueva definición mundial de síndrome metabólico propuesta por la federación Internacional de diabetes: fundamentos y resultado. En *Revista española de cardiología* (58,12)