

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

**CREENCIAS COMPARTIDAS EN TORNO A LA OBESIDAD EN FAMILIAS
CON NIÑOS OBESOS Y SU RELACIÓN CON LA EFECTIVIDAD DEL
TRATAMIENTO.**

**SEMINARIO DE TITULO PRESENTADO A LA FACULTAD DE MEDICINA,
ESCUELA DE PSICOLOGIA PARA OPTAR AL TITULO DE PSICÓLOGO Y
AL GRADO DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA.**

POR:

VIVIEN LYNG MUÑOZ

JESSICA PIZARRO ARTEAGA

DANIELA SALAZAR CONTALBA

ANTONELLA SANGUINETTI CARVAJAL

VALENTINA VALLEJO CORREA

PROFESORA:

LILIANA CONTRERAS ALARCÓN

VALPARAÍSO, DICIEMBRE 2006.

AGRADECIMIENTOS

“Para nosotras es muy importante expresar nuestros más sinceros agradecimientos a las personas que hicieron posible este trabajo.

En primer lugar, agradecemos a nuestras familias por brindarnos su ayuda y apoyo incondicional a través de todo el proceso que nos permitió cumplir con tan anhelada meta.

Nuestra profunda gratitud a las familias que participaron desinteresadamente en este estudio, por su tiempo, disposición y entrega, ya que sin ellas no habría sido posible llevar a cabo esta investigación. Asimismo, al equipo de Salud de las Postas Rurales de Zapallar y Catapilco por la acogida, voluntad e invaluable ayuda que facilitaron nuestro trabajo.

Al profesor Sr. Dagoberto Salinas por entregarnos su tiempo y conocimiento desinteresado que nos entregó luz en momentos de sombra.

Al cuerpo docente de la Escuela de Psicología y a nuestra profesora guía Sra. Liliana Contreras por conducirnos en este camino y entregarnos sus conocimientos y experiencias para culminar nuestro proceso académico.

Finalmente, a los expertos que asesoraron y validaron nuestro estudio, Dra. Bárbara Graf, Nutrióloga Clínica, Dra. Elinor Zumelzu, Endocrinóloga Infantil y Sra. Glenda Fleta Azas, Nutricionista.”

DEDICATORIAS

*A todos aquellos capaces de luchar
por sus sueños.
Vivien.*

*“Los sueños y la perseverancia son una poderosa combinación”
A ustedes que permitieron mi crecimiento
a través de su amor y compañía.
Jessica.*

*“El futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños”
A mi familia y amigos.
Daniela.*

*A los míos: Robertina, Hajime,
Samuel, Mercedes,
Carla y Marcos.
Gracias por iluminar mi vida.
Antonella.*

*A mi familia por ser el motor de mis días.
A mis abuelos por su apoyo incondicional.
Y a ti por darme el regalo más preciado y empezar este proyecto
que nos hace soñar día a día.
Valentina.*

RESUMEN

En el presente estudio se revisaron las creencias compartidas por las familias en una población de niños obesos, diagnosticados por el Equipo de Salud que labora en Postas Rurales pertenecientes a la Municipalidad de Zapallar, Comuna de Petorca, V Región.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas en torno a temas generales relacionados con la salud, el sobrepeso, hábitos y tratamiento. Tras el análisis cualitativo de estos testimonios, se extrajeron creencias relacionadas con aquellos tópicos más recurrentes, los que fueron categorizados y ordenados desde una dimensión general, a una más particular.

La sistematización de estas creencias abrió el camino para establecer algunas correspondencias y puntos comunes entre familias que presentaron distintos niveles de adherencia, lo que permitió construir un modelo que relacionó aquellos aspectos arraigados en los esquemas cognitivos de estas familias, con la efectividad del tratamiento propuesto por un Equipo de Salud, que no contempla la dimensión psicológica.

Un análisis medular de los conceptos vertidos, tanto por los niños afectados como por las personas responsables de la administración de los recursos, permitió establecer que las dinámicas familiares muestran puntos críticos dentro del tratamiento destinado a eliminar el sobrepeso.

Se pudo establecer que el primer obstáculo lo constituyó la conciencia de enfermedad, noción que no siempre estuvo presente. Luego de este aspecto, la designación del agente activo de cambio se presentó como un elemento determinante en un tratamiento exitoso, sin embargo, el principal filtro por el que deben atravesar las creencias lo constituye un valor de los alimentos que escapa de lo nutricional y que se denominó valor simbólico, que rescata las variables afectivas y la relación que se hace de éstos con conductas reforzantes.

Todos estos aspectos, sin embargo, se vieron atravesados por un cambio en los hábitos de vida como pilar fundamental de esta cruzada. Un cambio de esta naturaleza necesariamente deberá ser apoyado, guiado y mantenido por un equipo multidisciplinario y es aquí donde los psicólogos tendrán que dar cuenta de su quehacer y proponer políticas que orienten a una promoción y prevención de la obesidad, que por la evolución epidemiológica que presenta, se ha llamado la *epidemia del Siglo XXI*.

CAPITULO I

INTRODUCCION

El análisis de la problemática de la salud infantil en Chile, muestra una variación importante a nivel epidemiológico en las últimas dos décadas. Hace algunos años, la preocupación central en el País en materia nutricional se refería a la desnutrición infantil, pero siguiendo la tendencia de las sociedades industrializadas, durante las últimas décadas, se ha producido un aumento considerable en la obesidad, constituyéndose este problema en una situación preocupante para la salud pública (INJUV). Al analizar la problemática en la década del noventa y comparándola con las estadísticas de los años ochenta, en Chile, la obesidad aumentó del 5% al 17% entre 1986 y 1996 en escolares de 6 a 16 años. Por otra parte, en un estudio realizado por el INTA en el año 2001, con 1702 escolares de 3° a 7° básico de escuelas municipalizadas de Arica, Buin y Puerto Montt, se obtuvo un 15% de obesidad y un 20% de sobrepeso (INTA).

En relación a la etiología se han postulado diversas teorías. Por un lado, por medio de estudios con niños adoptados se ha llegado a concluir que el carácter hereditario de la masa corporal grasa fluctúa entre un 40% y 70%. Otros estudios postulan que la programación metabólica es resultado de la exposición en útero a una pobre nutrición fetal, lo que deteriora el desarrollo y función de células y tejidos, que posteriormente facilitarían la aparición de enfermedades metabólicas, como la obesidad (Hales C., cit. por Miller, 2004).

Como contrapartida a las teorías anteriores se considera además que los factores ambientales, tales como los hábitos alimentarios y el estilo de vida actual, han contribuido enormemente al aumento y desarrollo de la obesidad (Livingstone y Saelens, cit. por Miller y cols., 2004).

Estudios actuales provenientes de una variedad de disciplinas, incluyendo epidemiología pediátrica y nutricional, han demostrado que la obesidad infantil no tiene solamente una causa, más bien, tiene un origen multifactorial. Algunos de estos factores incluyen: predisposición genética, demografía familiar, prácticas y creencias parentales en torno al sobrepeso infantil, tiempo que los niños ven televisión y utilizan el computador, actividad física, “el alimento como recompensa”, aumento del agitado estilo

de vida familiar, grandes porciones de comida y alimentos ricos en grasas (Gable, S. & Lutz, S., 2000).

La mayoría de los factores de riesgo de la obesidad infantil están relacionados directamente con los padres y los procesos familiares. El Modelo Ecológico en Salud reconoce que hay interacción entre los individuos, familias, grupos psicosociales, instituciones y sociedad (Caple & Salicido, 1995). Estas interrelaciones entre los sistemas han tenido un impacto significativo en el comportamiento y funcionamiento del ser humano. El modelo Ecológico postula además, que algunos factores de riesgo que tocan directamente a la obesidad infantil están asociados con aspectos de la dinámica familiar (Gable, S. & Lutz, S., 2000 cit. en Vick, J. (University of Georgia) 2001).

De acuerdo a lo anterior, y siguiendo con el Modelo Ecológico de Salud Familiar que actualmente se utiliza para dar explicaciones integrales al desarrollo y mantención de los problemas de salud, la familia cumple un rol muy importante, ya que se considera una instancia intermedia entre los factores de carácter macrosocial y los individuales. En la familia se satisfacen las necesidades materiales y psicológicas básicas para el fomento y la conservación de la salud y el bienestar. Bajo su influencia se aprenden los comportamientos saludables, se producen los mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad, sus secuelas y la muerte.

Las familias, en tanto unidad, desarrollan paradigmas o creencias compartidas acerca de cómo funciona el mundo. Estas creencias determinan el modo en que las familias interpretan los hechos y comportamientos de su entorno. Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia es un conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad que influyen en su manera de interpretar la enfermedad y orientan su comportamiento para procurar la salud. Los sistemas de creencias familiares constituyen una fuerza poderosa en la enfermedad. Cuando son mal utilizados o no son tenidos en cuenta pueden ocasionar estragos en las relaciones médico-familia e incluso impedir la curación. Cuando se los usa con criterio, fortalecen todas las relaciones y proporcionan la base para la curación biológica y psicosocial (Rolland, J. 2000).

Algunas investigaciones han comenzado a examinar factores que influyen en el comportamiento alimentario y la calidad de la dieta, particularmente en niños pequeños,

encontrando que el desarrollo de comportamientos y patrones alimentarios son afectados entre otras variables por las creencias y actitudes de los padres, concluyendo que la familia junto con otros aspectos sociales, influyen los patrones alimentarios de los niños, los cuales pueden subsecuentemente influir en la obesidad (Haether, P.; Theresa, A., 2005).

De esta forma, Becker y Rosentock (1990) en su Modelo de Creencias en Salud postulan que las acciones preventivas se realizan en función de la preocupación por evitar una enfermedad y la creencia de que una o algunas acciones en pro de la salud determinadas, ayudarán a prevenir una enfermedad. Se debe tener en cuenta la preocupación generalizada por la salud, la susceptibilidad y severidad percibida, los facilitadores psicosociológicos y la percepción de autoeficacia.

En relación a la adherencia al tratamiento para obesidad infantil, diversos estudios pediátricos realizados en nuestro País, han concluido que como enfermedad crónica, el tratamiento de ésta presenta una baja adherencia y una efectividad o rendimiento deficiente (Moraga, F. Rebolledo, M. y cols, 2003 – Barja, S. Nuñez, E. y cols, 2005),

Dentro del afán de explorar algunos elementos relevantes en la evolución favorable del tratamiento de la obesidad infantil y considerando la información anteriormente expuesta, surge el interés por indagar el Sistema Compartido de Creencias referentes a la Obesidad Infantil en Familias con Niños Obesos y cómo estas creencias influyen en la Efectividad del Tratamiento, para así contribuir al acopio de información que permita orientar en la construcción de protocolos y planes de intervención terapéuticos en este problema de salud pública.

La metodología que se utiliza para dilucidar los objetivos será de carácter cualitativa siendo un estudio descriptivo transversal, llevado a cabo mediante un estudio de caso. Este marco metodológico persigue responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las Creencias Compartidas en torno a la Obesidad, en Familias con Niños Obesos atendidos en una muestra de pacientes de Postas Rurales de la Comuna de Zapallar durante el año 2006, y de qué manera influyen en la Efectividad del Tratamiento?

CAPITULO II

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

La presente Investigación se enmarca dentro de la Psicología de la Salud, la cual se define como el conjunto de contribuciones científicas y profesionales (investigación, evaluación, intervención, formación y gestión) de la Psicología, relativas a la promoción y acrecentamiento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como al análisis y mejora del sistema sanitario y de las políticas de salud, consistentes en la investigación de factores comportamentales en la preservación de la salud (y generación, mantenimiento o eliminación de la enfermedad) y la elaboración y aplicación de programas destinados al control o modificación de los mismos. Los ámbitos de acción más característicos de esta disciplina son la asunción de un modelo integrador Biopsicosocial, el interés por la promoción de la salud fundamentalmente basados en la adopción de hábitos y estilos de vida saludable, el énfasis por la prevención primaria en cuanto a conductas o hábitos de riesgo, la elaboración de adecuadas estrategias para la evaluación y tratamiento-rehabilitación de la enfermedad tanto a nivel individual como comunitario y finalmente la tendencia a una perspectiva ecológico comunitaria para las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Simón M. A. 1999).

2.1. OBESIDAD.

La obesidad es actualmente un importante problema de Salud Pública mundial y nacional, con una tendencia que ha ido aumentando dramáticamente en los últimos años (INTA, 2003). Debido a este explosivo aumento, en 1998 la OMS declara a la obesidad como una epidemia mundial, por lo que se le ha denominado la “Epidemia del Siglo XXI”.

2.1.1. Definición.

La obesidad es una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un trastorno metabólico. Se caracteriza por un balance positivo de energía mantenido en el tiempo, que ocurre cuando la ingestión de calorías excede al gasto energético ocasionando un aumento en los depósitos de la grasa corporal, y por ende ganancia de peso. Es el

principal factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades, además de las consecuencias psicosociales que conlleva (Barquera S. 2006).

La obesidad es una condición desfavorable de salud, susceptible de experimentar alivio mediante la alteración adecuada de hábitos de alimentación/actividad física.

La característica que define la obesidad es el exceso de tejido adiposo corporal, que frecuentemente resulta en un deterioro significativo de la salud. Los varones cuyo organismo contiene más de 25% de grasa corporal y las mujeres cuyo organismo contiene más de 30% pueden ser considerados obesos (German B., Macé C. y cols., 2004).

2.1.2. Prevalencia.

En los últimos veinte años, la prevalencia de la Obesidad ha aumentado en todo el mundo, independiente del nivel de desarrollo de los países. En Estados Unidos el aumento de la población obesa ha ido del 15,6% a un 25,6 %, en China de un 6,4% a un 7,7%. En México, el 18,8% de la población infantil, entre 5 y 11 años de edad, presentan sobrepeso u obesidad (Peña, M; Bacallao, J. 2001).

En cuanto a datos de países sudamericanos se puede mencionar que Brasil, en los últimos treinta años ha mostrado un aumento superior al 100% en la proporción de mujeres obesas de 20 a 34 años de edad (Peña, M; Bacallao, J. 2001).

En Chile, según los datos de la primera encuesta nacional de salud (Minsal, 2003), la prevalencia de la obesidad en adultos es de 27,3% en mujeres y 19,2% en hombres.

2.1.3. Factores etiológicos de la obesidad.

Aún cuando los investigadores no conocen todavía todos los procesos que regulan el balance de energía y mantienen el peso corporal en niveles adecuados, la obesidad y el sobrepeso son el resultado de la pérdida del control sobre las complejas interacciones entre factores genéticos, ambientales y psicológicos.

Los factores genéticos incluyen a todos los genes responsables de las vías metabólicas que intervienen en la producción, el consumo y la regulación del metabolismo de la energía. Los factores ambientales incluyen conductas asociadas con el estilo de vida tales como qué, cuándo y cuánto se come, así como cuán activas eligen ser las personas. Los factores psicológicos influyen en los hábitos de alimentación y muchos individuos

comen en exceso o en cantidades menores que las requeridas, en respuesta a emociones negativas, tales como el aburrimiento, la tristeza o la ira. En algunos individuos la intensidad de las señales psicológicas es suficiente como para sobreponerse a las señales hormonales que regula la ingesta de energía y de alimentos: existen numerosos trastornos de la alimentación relacionados con problemas neurológicos. Sin embargo, se desconoce si esto represente una clave que explique el reciente aumento de la obesidad (German B., Macé C. y cols., 2004).

Se ha determinado tras diversos estudios que la obesidad obedece a diversos factores (Miller J., Rosenbloom A. y Silverstein J, 2004): La heredabilidad de la masa corporal grasa fluctúa entre 40 y 70% (Santos M., 2005). Dentro de un medio relativamente uniforme, en el que se dispone de comida y en el que el modo de vida tiende al sedentarismo, las diferencias genéticas contribuyen de manera sustancial a la variabilidad del peso, sin embargo para cada individuo, la fuerza con la que se expresa su tendencia genética depende en gran medida de factores del medio.

Si se acepta que la programación metabólica es resultado de la exposición en útero a una pobre nutrición fetal, la aparición de enfermedades metabólicas como la obesidad estaría también favorecida (Hales C., cit. por Miller, 2004).

En relación a los factores culturales en muchos países, la prevalencia de la obesidad ha aumentado notablemente, debido a cambios sociales que han llevado a una mayor disponibilidad de alimentos, así como un progresivo descenso de la actividad física (Santos J., 2005). Los cambios en los hábitos alimentarios han contribuido enormemente a este aumento. En este sentido, los medios de comunicación, la disminución de los costos, la disponibilidad y automatización en la compra, han jugado un papel preponderante en el sobrepeso corporal (Livingstone y Saelens, cit. por Miller y cols., 2004).

Por otro lado, el estilo de vida se caracteriza por una disminución de la actividad física, dada la utilización de medios mecánicos de transporte. La diversión y la búsqueda de información se ve asociada a medios de entretenimiento y proveedores de conocimientos electrónicos, que hacen del sedentarismo una característica asociada al desarrollo, sobre todo si consideramos la disminución o supresión de los programas de actividad física en los colegios (Livingstone y Saelens, cit. por Miller y cols., 2004).

A su vez, el aumento de la ingesta calórica también se relaciona con el sedentarismo provocado por la necesidad de mantenerse en un sólo lugar como medida de seguridad tras la jornada escolar extendida, lo que genera un aprovisionamiento de alimentos *in situ*, de fácil disponibilidad y consumo, y de alto contenido calórico (Nielsen, cit. por Miller, 2004).

Otros aspectos que influyen tanto en el establecimiento como en el mantenimiento de la obesidad se cruzan entre ellos, tales como el tiempo en que uno o ambos padres trabajan fuera del hogar, tiempos de desplazamiento hacia los lugares de estudio o de trabajo, nivel de educación de las madres principalmente, etnias o culturas que no sólo presentan diferencias en cuanto al tipo de alimentos preferidos, sino también en la forma de prepararlos (Young B., 2003).

En general, los niños prefieren aquellos alimentos que les son proporcionados mayormente, y aquellos que en el hogar se encuentran más disponibles y accesibles. Lo anterior guarda estrecha relación con las creencias, preferencias y hábitos de los padres (Young B., 2003). Al respecto, es importante hacer notar que el contexto familiar o social en que se desenvuelve la experiencia de alimentarse, también marca algunas preferencias respecto a ciertos tipos de alimentos. También es importante el lugar donde los niños se alimentan, ya que se ha determinado que aquellas familias que lo hacen fuera del hogar, eligen mayoritariamente lugares de comida rápida, relacionado esto con una alimentación menos saludable, y con un mayor tamaño de las porciones. Por otra parte, el hecho de relacionar la alimentación con TV/videos, también marca una tendencia, que en este caso es hacia los alimentos menos saludables y más altos en calorías (Young B., 2003).

Los niños aprenden acerca de la alimentación no sólo a través de sus propias experiencias, sino también a través de los otros. Respecto de esto cabe señalar la importancia que juegan tanto los padres y familiares, como también el grupo de pares (Young B., 2003).

Al considerar las causas de la obesidad existe un consenso que es un problema el cual obedece a causas multifactoriales. Esto es, existen algunos factores operando en forma conjunta y se influyen mutuamente. Es importante enfatizar que en una situación multifactorial, el rol de dos o más de ellos puede a menudo traer como consecuencia un mayor efecto que cuando los factores actúan separadamente (Young B., 2003).

2.1.4 Clasificación de sobrepeso y obesidad.

Es importante clasificar el grado de sobrepeso y obesidad de un paciente, ya que de esta forma se permite identificar a los individuos con mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, al mismo tiempo permitirá llevar a cabo una intervención oportuna para prevenir complicaciones y mejorar el control y pronóstico de tratamiento. (Barquera S., 2006)

Es difícil efectuar mediciones precisas del porcentaje real de grasa corporal y se requiere un equipo muy refinado. Una medición rápida y simple para la evaluación de la magnitud de la obesidad es el índice de masa corporal, que es el criterio actual utilizado para su diagnóstico (German B., Macé C. y cols., 2004).

Índice de Masa Corporal (IMC): Se define como la relación entre el peso corporal (kg) y la estatura (m^2), es el indicador más utilizado para establecer el diagnóstico tanto en el ámbito clínico como epidemiológico. El IMC debe ser usado para evaluar el sobrepeso y la obesidad y como monitor en los cambios de peso.

Si bien esta es una medida que se utiliza universalmente, en casos de individuos, incluyendo a aquellos muy musculosos, a las madres embarazadas o que están amamantando, y a los niños cuya edad fluctúa entre los 2 y los 18 años de edad, estas mediciones del IMC pueden ser engañosas y llevar a estimaciones erróneas de la cantidad real de grasa corporal. Como es un cálculo simple, el IMC no proporciona detalles acerca de la distribución de la grasa en los diferentes depósitos de un individuo y, como la localización de la grasa es una determinante importante de las consecuencias de tener sobrepeso o de ser obeso, el IMC debe ser considerado como un índice de sobrepeso u obesidad en una población considerada en promedio, y no como una evaluación precisa del peso, la energía y el estado de salud de los individuos. Sin embargo es una forma simple, barata y útil de evaluar la magnitud de la obesidad (Cole T. y cols., 2000).

En relación a lo anterior en Chile por medio del Ministerio de Salud, se han propuesto las normas técnicas de evaluación nutricional para los niños y adolescentes en Atención Primaria de Salud y en el Sistema Escolar:

1. Se utilizarán los siguientes indicadores para la evaluación del estado nutricional entre los 6 y 18 años:
 - Índice de Masa Corporal para la edad (IMC/E).

- Talla para la Edad (T/E).
2. En los menores de 6 años se continuarán usando las normas actuales: peso para la edad, talla para la edad y relación peso/talla.

Las tablas utilizadas para evaluar el IMC esperado para la edad están divididas en percentiles donde se encuentran¹:

Bajo peso: IMC bajo percentil 10.

Sobrepeso: IMC entre el percentil 85 y 94.

Obesidad: IMC a partir del percentil 95.

¹ Ver anexo A.

CAPITULO III

MARCO TEÓRICO.

A continuación se revisarán aquellos aspectos teóricos que permitirán encuadrar y comprender el fenómeno de la obesidad infantil, el impacto que tienen las Creencias Compartidas entorno a éste y su relación con la Efectividad del Tratamiento.

3.1. OBESIDAD INFANTIL.

3.1.1. La obesidad infantil: un problema de salud pública.

En Chile, la obesidad infantil también constituye un problema epidemiológico de grandes proporciones. El aumento del número de niños obesos sobrepasa la capacidad resolutive de los niveles de atención en los establecimientos públicos, los que en la actualidad atienden al 75% de los niños en nuestro País. Es por esto que la obesidad infantil se presenta como un gran desafío en términos de atención, principalmente por el aumento de su prevalencia, el número de complicaciones y procesos comórbidos asociados, la dificultad de su manejo, sus consecuencias psicológicas y traumatológicas a corto plazo, y por sobre todo que se le reconoce como el principal factor de riesgo epidemiológico para las enfermedades crónicas más frecuentes del adulto mencionadas más adelante (Wright, C y cols. 2001; Ebbelin, C y cols. 2002).

Debido a que Chile ha tenido cambios muy rápidos en su perfil epidemiológico y nutricional, las prioridades sanitarias del Ministerio de Salud se han modificado, estableciendo que los cuatro grupos principales de problemas de salud pública son los cardiovasculares, salud mental, accidentes y cáncer. Dentro de estos grupos, se encuentran una serie de condicionantes de la Salud como son la alimentación, la actividad física, el tabaco, etc. Dentro de estos últimos se ubica la obesidad, constituyéndose como uno de los factores principales que condicionan la salud. Por esta razón, el MINSAL ha incorporado la Obesidad dentro de su plan de promoción de salud, confirmando que es un problema de salud pública. Para lograr su objetivo, que es preservar al individuo sano y mejorar su calidad de vida, se impuso metas para el 2010. En el caso de la obesidad, se busca disminuir la prevalencia de ésta en 3 puntos porcentuales en pre-escolares (10% al 7%) y

también disminuir la prevalencia de la obesidad en 4 puntos porcentuales en escolares de 1° básico y embarazadas (32% al 28%), (Salinas, J., Vio, F. 2002). La medida más reciente elaborada por el MINSAL durante el año en curso es la Propuesta EGO: Estrategia Global contra la Obesidad, esta estrategia tiene como meta fundamental disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física durante toda la vida. EGO Chile se basa en promover una imagen positiva respecto a los alimentos, señalando que una alimentación saludable es compatible con el placer sin olvidar la dimensión social que la comida tiene en nuestra cultura (MINSAL, 2006).

Para cumplir estas metas se han implementado campañas comunicacionales y programas educativos destinados a cambiar conductas de alimentación y nutrición poblacional, principalmente desde la niñez. Para esto, la JUNJI, INTEGRA y JUNAEB está trabajando en la incorporación en la malla curricular de niños de tercero a octavo básico, materias que incluyan información acerca de hábitos de vida saludable. En la atención primaria, se ha comenzado a realizar intervenciones educativas para prevenir la obesidad en niños y embarazadas. Los principales logros de este plan hasta el momento, es que se han instalado concretamente en el 90% de las comunas del país.

En el caso de la obesidad infantil, la prevalencia en los escolares de primer año, entre los años 1987 y 2000, aumentó de 6,5% a 17% en los varones y de 7,8% a 18,6% en las mujeres.

Los cambios en el patrón de alimentación y de actividad física que nuestra sociedad ha experimentado en las últimas décadas son los principales factores asociados a este rápido incremento en la prevalencia de obesidad. Así, en el contexto de una sociedad obesogénica, el tratamiento de la obesidad infantil es un difícil desafío, pues requiere cambios permanentes a nivel individual, familiar y social.

3.1.2. Comorbilidad a largo y a corto plazo.

Uno de los aspectos importantes al considerar la Obesidad Infantil como un problema de Salud Pública son las complicaciones que esta enfermedad traen en el infante. Éstas se pueden dividir en aquellas que ocurren a corto y a largo plazo.

A corto plazo, la psicomorbilidad representa la consecuencia más prevalente de la obesidad, el aislamiento social y los problemas con sus pares son frecuentes. Los mensajes culturales sobre la obesidad son internalizados y pueden resultar en una distorsión permanente de la autoimagen y en baja autoestima. Los niños obesos que llegan a la adolescencia tienen una mayor incidencia de síntomas depresivos o de trastornos del apetito. El rechazo social al cual están sujetos se refleja en una menor admisión a la educación superior, tasas de matrimonios más bajas y mayor pobreza en la adultez (Seijas, D. 1997; Vick, J. 2001; Hodgson, M. 2006). Además los niños obesos sufren una serie de estigmatizaciones que podrían provocar efectos adversos en la socialización, por ejemplo, sus pares los consideran perezosos, más fuertes que los otros niños, sin sentimientos y poco aseados (Vick, J.2001; Ebbelin, C y cols. 2002). Las complicaciones médicas de la obesidad, por lo general, ocurren con menor frecuencia que en adultos, sin embargo, estudios epidemiológicos indican que los niños obesos pueden presentar una mayor probabilidad que sus pares, de tener niveles elevados de glicemia en ayuno, presión arterial en niveles altos para su edad, menarquia precoz, apnea del sueño y desarrollar enfermedades cardiovasculares o diabetes mellitus no insulino dependiente.

Dentro de las complicaciones a largo plazo, la obesidad infantil se asocia al desarrollo de factores de riesgo como la hipertensión cardiovascular, diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II), problemas gastrointestinales, enfermedad pulmonar y algunos cánceres. Finalmente las alteraciones ortopédicas no son infrecuentes e incluyen la enfermedad de Blount y la epifisiolisis (Minsal, 2004).

3.1.3. Pronóstico.

El pronóstico de la obesidad infantil está directamente relacionado con la edad de aparición y con el tiempo de duración de ella. Sin embargo, el riesgo de que la obesidad se mantenga es uno de los problemas más relevantes ya que, como se ha visto, la obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de una serie de enfermedades crónicas.

Estudios longitudinales hechos en niños con sobrepeso indican que ellos tienen una mayor probabilidad que sus pares, de pesos normales, de ser adultos obesos, esta probabilidad aumenta con la edad y con el sexo femenino. Aproximadamente un 25% de

los niños obesos serán adultos obesos, mientras que el 75% de los adolescentes obesos serán adultos obesos (Wright, C y cols. 2001; Etelson, D. y cols. 2003; Hodgson, M.2006).

3.1.4. Tratamiento de la obesidad infantil.

De acuerdo a María Isabel Hodgson (2006), pediatra experta en nutrición y docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile, la obesidad de la infancia y adolescencia es de difícil manejo, por lo tanto, el ideal es evitar que el niño o adolescente llegue a ser obeso, de aquí que los mayores esfuerzos en el control de salud deberían estar orientados a la entrega de contenidos educativos que estimulen hábitos de vida saludable, lo que también debería ser reforzado a nivel escolar, y a la detección precoz de cambios en la ganancia ponderal que tiendan al sobrepeso y a la obesidad. El tratamiento debe contar, por lo menos, con tres pilares fundamentales de intervención:

- **Prescripción dietética.**

Dependiendo del grado de obesidad y de la edad del niño, ésta debe considerar una adecuación a los requerimientos reales del niño o una restricción calórica moderada que se logra disminuyendo el aporte de grasas e hidratos de carbono refinados (sin olvidar aquéllos presentes en jugos y bebidas), ordenando los horarios de alimentación, evitando el consumo entre comidas y limitando el tamaño de las porciones.

- **Fomento del ejercicio.**

Es necesario estimular un aumento de la actividad diaria y por ende del gasto energético, con elementos atractivos para el niño. El aumento de la actividad física debe ir orientado a lograr cambios en las actividades de la vida diaria, a disminuir el tiempo dedicado a actividades sedentarias (televisión, computador), a estimular actividades recreativas al aire libre y, en los niños mayores, a fomentar la participación en actividades deportivas de acuerdo a sus gustos y preferencias, poniendo énfasis en actividades que valoren la participación en equipo más que la competencia individual.

- **Modificación conductual.**

Debe estar orientada a lograr cambio de hábitos cuyo efecto se prolongue en el tiempo. Se basa principalmente en la automonitorización, llevando un registro de alimentación que incluya tipo de alimentos consumidos, cantidad, lugar y circunstancias, lo que permite identificar conductas no saludables y ayudar a cambiarlas; educación para reconocer patrones de alimentación y ejercicio recomendables y estimular el control aprendiendo a distinguir entre hambre y apetito y establecer algún tipo de refuerzos positivos, que no incluyan alimentación. Es importante aprender a hacer cambios iniciales pequeños y permanentes en el tiempo, y en la medida que éstos se logren, ir agregando otros.

Para obtener resultados positivos es indispensable que exista motivación y colaboración de la familia, lo que se ve facilitado por el trabajo en equipo y exige sensibilidad y empatía del profesional en su trabajo con el niño y su familia, y a la vez la convicción de su parte de que la obesidad es un problema crónico de salud que puede ser tratado y mejor aún, prevenido.

3.2. RELEVANCIA DEL ABORDAJE PSICOLÓGICO.

La obesidad por mucho tiempo fue descrita según sus causas por una sobre ingesta de alimentos hipercalóricos y estilos de vida sedentarios que impedirían el gasto energético proporcional a lo que el individuo consume. Esta mirada no ha sido eficiente a la hora de planificar estrategias de intervención contra la obesidad, siendo más bien un enfoque reduccionista de ésta, ya que deja fuera los aspectos psicológicos y familiares los cuales juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad.

“No obstante se ha ido tomando consciencia de la necesidad de intervenciones más personalizadas a cargo de un equipo profesional multi e interdisciplinario, principalmente porque la obesidad ha demostrado ser una problemática con importantes costos” (Seijas, D., Feutchamann, C. 1997).

Una de las bases del tratamiento de la obesidad es la motivación que el paciente tendrá para participar en éste, ya que deberá cambiar sus hábitos de vida por otros más saludables. Por otra parte, el clínico, no puede dedicar su tarea sólo a la prescripción de fármacos, sino que debe acompañar al paciente en este proceso. Además es “necesario que

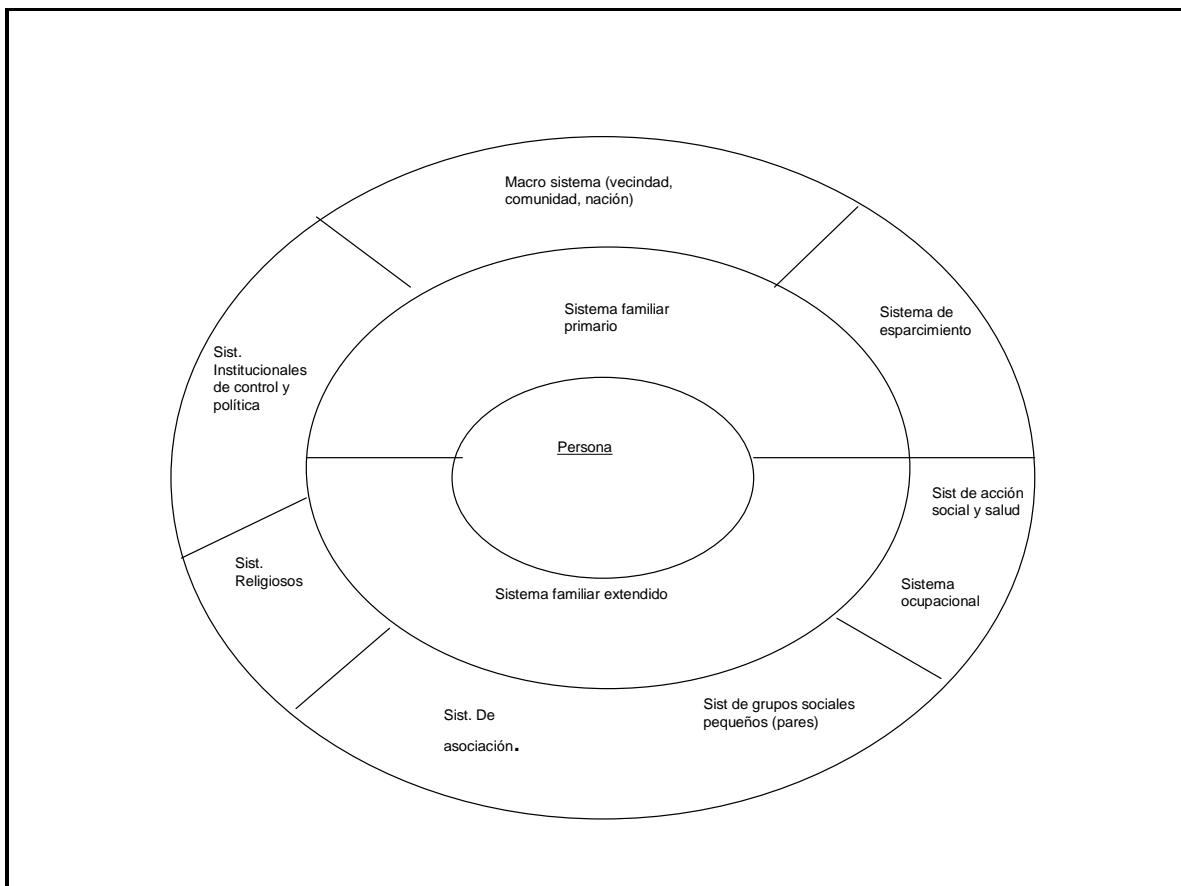
sea capaz de investigar en cada caso cuáles son las mejores oportunidades para cambiar, diseñar pautas específicas para cada paciente, averiguar cuáles pueden ser los factores que puedan facilitar el cambio así como las barreras dentro de la propia familia para que el paciente pueda perder peso” (Martínez, A., 2005). “El trabajo del psicólogo en el contexto de un programa de obesidad, no tiene como primer objetivo la realización de una psicoterapia, sino una terapia de apoyo al paciente para enfrentar un adecuado manejo en la adherencia al tratamiento” (Díaz, P., 2006).

Al considerar al Ser Humano como un sujeto bio-psico-social, todas las intervenciones deberían estar enfocadas en estas tres áreas y el enfoque psicológico como uno de ellos no debería quedar fuera, sobre todo en esta compleja problemática (Silvestre, E., Stavile A., 2005).

3.2.1. Abordaje desde el modelo ecológico.

Desde lo expuesto hasta el momento, para realizar un abordaje efectivo en el tratamiento de la obesidad, parece imposible no considerar al ser humano como un ser biopsicosocial. Es este sentido, un abordaje integral emerge desde un modelo ecológico, el cual permite contar con una concepción integral y sistémica de la salud y de la enfermedad. En éste se puede ver reflejado cada uno de los sistemas involucrados en la vida del paciente, dando cuenta de las relaciones o los intercambios que tienen que darse entre los distintos niveles que presenta el modelo (Cuadro N° 1). El nivel social se erige como un determinante más general, luego viene uno más particular con la acción de los grupos, en el cual se inserta el que tiene mayor importancia en la vida del individuo, la familia, para terminar en el nivel más particular meramente individual, la personalidad como instancia reguladora del comportamiento.

Cuadro N° 1: Modelo Ecológico en Salud.



Fuente: Louro Bernal, Isabel, 2003.

A través del modelo ecológico podemos explicar cómo la familia cobra relevancia en el bienestar físico y mental de sus integrantes y por otra parte, cómo las características del contexto social se ponen de manifiesto en el hogar y ejercen sus influencias (Louro, I., 2003).

En esta investigación para comprender el fenómeno de la obesidad infantil se utilizará el marco del modelo ecológico, puesto que permite tener una visión integral de los factores que participan en el desarrollo y mantenimiento de esta enfermedad, y específicamente se focalizará en el nivel familiar por la importancia que posee ésta en su rol socializador entre los niveles social e individual.

A nivel social se puede describir los diversos factores que actúan como telón de fondo en la obesidad infantil. Actualmente el tiempo es un recurso que escasea. “Los padres

de hoy en día trabajan largas horas fuera del hogar. El tiempo en preparar comidas ha declinado en más del 10 % a partir de 1994 hasta 1999, siendo los restaurantes y productos envasados el suplente de comida más recurrente (Patrick, H.; Nicklas T. 2005).

En nuestro país Juliana Kain, experta en salud pública del INTA afirma que dos factores estarían influyendo directamente en la obesidad infantil. El primero de ellos es el factor alimentación, ya que existe un aumento de productos llamados “comidas chatarras”, siendo masificados, muy baratos y muy atractivos para los niños. La imagen valorativa que además tienen estos alimentos los hace más atractivo, si además se agrega el “factor premio” que les otorgan los padres. Por otro lado, el segundo factor corresponde a la falta generalizada de actividad física. Se ha reemplazado la vida al aire libre, por las excesivas horas frente al televisor o al computador, por paseos en centros comerciales, etc.

La familia como un nivel intermedio entre la sociedad y el individuo actúa como un sintetizador de la producción de salud a una escala microsocia. Como refiere Isabel Louro Bernal (2003) “En ella se satisfacen las necesidades que están en la base de la conservación, fomento y recuperación de la salud. La familia, junto a otros grupos sociales, son los responsables de la socialización y educación de los miembros, para su inserción en la vida social y la transmisión generacional de valores culturales, ético-morales y espirituales”.

La familia es un componente de alto significado emocional para las personas, fuente de apoyo y amor. Por otro lado, también puede ser motivo de insatisfacción, alto stress y enfermedad. Grandes estresores pueden causar o complicar una enfermedad. La familia se presenta como un grupo protector frente a los estresores de la vida cotidiana. Así la familia se presenta como el grupo más eficaz que percibe el individuo frente a todos los cambios a lo largo de su ciclo vital en su contexto social (Louro Bernal, 2003).

Por todo lo anterior, se propone incluir a la familia dentro del abordaje terapéutico de la obesidad, ya que permite una mejor comprensión de cómo el sistema de relaciones de la familia puede ser un factor decisivo en la aparición, mantención y prevención de la enfermedad (Golan M., Weizman A., Apter A., Fainaru M., 1998).

3.3. RELEVANCIA DEL ABORDAJE FAMILIAR PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

La familia es el lugar donde se forman los hábitos de vida, incluyendo la alimentación, la higiene y la capacidad de autocuidado. Las propuestas de cambios que se hagan llegar a las familias deben ser coherentes a sus capacidades y a sus estilos de vida.

El papel educativo de las familias debe ser recuperado, pues en las últimas décadas parece haber sido asumido por otras instituciones, como el sistema escolar, el sanitario y los medios de comunicación (Martínez, A. 2005).

3.3.1. La familia como gestor de hábitos.

Durante las últimas décadas la población chilena ha estado adoptando hábitos alimentarios caracterizados por un consumo creciente de alimentos altos en colesterol, grasas saturadas, sacarosa y sodio, entre otros nutrientes. Lo anterior ha conllevado a un consumo superior a los nutrientes requeridos en promedio, contribuyendo al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como es el caso de la obesidad (Busdiecker.S y col.2000; Hodgson. M 2006).

Por otra parte es reconocido por antropólogos, sociólogos y psicólogos que el agente primario de socialización es la familia, ya que es el primer lugar donde los niños adquieren hábitos, creencias, conocimiento acerca del mundo y actitudes. Asimismo, las familias reflejan las constelaciones culturales de valores y costumbres, siendo estos transmitidos por imitación o aprendidos mediante varias formas de refuerzo que instauraran patrones habituales de comportamiento (Young B. 2003).

Respecto a la definición de hábitos alimentarios, Lisisic y Rumie (1997) lo han conceptualizado como “la forma en que los individuos o grupos seleccionan, preparan, consumen, distribuyen y almacenan sus alimentos. En otras palabras, son el conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación a los alimentos”. En relación a lo anterior y dado el aumento de la prevalencia de la obesidad en la población infantil a nivel mundial, muchas investigaciones se han centrado en las influencias familiares en el origen, mantenimiento y tratamiento de esta enfermedad, ya que los padres cumplen un rol preponderante en el desarrollo de hábitos alimentarios y el establecimiento de patrones de actividad física que pueden favorecer o desalentar esta enfermedad (Cooke

L.2004; Patrick H. y cols 2005; Hodgson M. 2006; Deville-Almond J. 2005). Se registra evidencia que padres obesos además de transmitir su carga genética que predispone el exceso de peso, crían a menudo a sus hijos en un ambiente donde está fácilmente disponible el alimento graso y se anima su consumo (Young B.2003).

La obesidad al ser de difícil manejo, lo ideal es evitar que el niño o adolescente llegue a ser obeso, de aquí que los mayores esfuerzos en el control de salud deberían estar orientados a la entrega de contenidos educativos a las familias que estimulen hábitos de vida saludable (Hodgson M. 2006). El desarrollo de hábitos alimentarios sanos es de gran importancia ya que de ser promovidos en edades tempranas, especialmente en los primeros 5 años, ayudan a la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la nutrición, ya que en este período los niños adquieren cualidades físicas y hábitos (Deville-Almond J. 2005).

La transmisión de hábitos alimentarios saludables o inadecuados, según Birch y Fisher están relacionados con ciertos estilos alimentarios que poseen los padres, estos estilos representan una manera de mantener o modificar comportamientos de los niños en torno al comer. Identificaron tres estilos de alimentación relacionados con el grado de control de los padres hacia sus hijos, estos estilos son: Autoritario, Permisivo y Autoritativo.

El estilo Autoritario de alimentación restringe los alimentos “chatarra” y fuerza al niño a comer alimentos más sanos. El resultado de utilizar este estilo de alimentación reveló que los niños eran menos sensibles a las señales fisiológicas de saciedad y además los alimentos restringidos se convertían en una especie de “fruto prohibido”, haciendo a estos alimentos más atractivos y con mayor probabilidad de ser comidos sin restricción. El segundo de ellos, el estilo Permisivo de alimentación es caracterizado por la "negligencia alimentaria" ya que los padres le permiten comer al niño o niña lo que desee y en cualquier cantidad, este estilo se ha asociado con un menor consumo de leche y un bajo consumo de nutrientes exceptuando las grasas. Finalmente, el estilo de alimentación Autoritativa representa un equilibrio entre los estilos autoritario y permisivo, ya que animan al niño a comer alimentos saludables pero también se les da la oportunidad de elegir que comer. Este estilo se ha asociado positivamente con una mayor disponibilidad y consumo de frutas y verduras, y un bajo consumo de comidas “chatarra”.

A continuación, se realiza una revisión acerca de las creencias que poseen las personas las cuales determinan en gran medida su comportamiento para posteriormente relacionarlas con la formación de creencias familiares compartidas y su determinación en la concepción de salud y obesidad.

3.4. CREENCIAS.

3.4.1. Antecedentes Teóricos.

Las personas construyen significados para entender lo que ocurre a su alrededor. Los significados no están afuera para ser “absorbidos”, la gente “crea” el sentido de las cosas, intenta dar significados a los sucesos que experimenta, a las acciones de los demás y a las propias. En otras palabras, las creencias son explicaciones que se usan como ayuda para anticipar o predecir acciones futuras en relación con las personas con las cuales se entrará en contacto. Al comunicarse con otras personas lo que está ocurriendo es un proceso bidireccional de negociación mediante el cual se llega a significados compartidos o co-creados.

La palabra creencia se utiliza en un sentido amplio e incluye una amplia gama de significados, sugiere creencias religiosas o actitudes morales, cogniciones, juicios acerca de alguien o algo, o bien, la predicción de algún suceso futuro. Las creencias son fundamentalmente una categorización bipolar, donde creer algo supone que existe lo opuesto – no creer en ello. También “creencia” engloba otros dos aspectos importantes, el primero es que la creencia contiene la idea de un conjunto perdurable de interpretaciones y premisas acerca de aquello que se considera como cierto, el segundo, relacionado con el primero, es que existe un componente emotivo acerca de “lo que debe ser cierto”, lo que se considera deseable de alguna forma. Si se desafían estas creencias, el sujeto podría sentirse angustiado e intentaría defenderla, incluso podría enfadarse si se continuase atacándola. Por otro lado, las creencias entrelazan la existencia de las personas, porque tienden un puente y crean un hilo de continuidad entre el pasado, presente y futuro. De esta forma, las creencias que se mantienen sobre lo ocurrido en el pasado construyen la conducta presente y futura al proponer un modo de abordar las situaciones nuevas y ambiguas (Dallos, R. 1996).

Para entender el constructo de creencias se utilizará la definición de Bateson (1971): Las creencias son un conjunto de supuestos o premisas habituales que se encuentran en las relaciones entre las personas y su entorno, y que pueden ser verdaderas o falsas (...) premisas que rigen la adaptación (o desadaptación) al medio físico y humano. Existen reglas por las cuales cada individuo “construye” su propia experiencia y la forma en que se construye tiene consecuencias en la forma de actuar.

Complejizando el estudio sobre las creencias, al tomar en cuenta a la familia, estas sirven para mantener y reforzar los tipos de creencias que sostiene cada uno de sus miembros individualmente. Seguidamente, las personas que forman parte de una familia crean su propia realidad social, lo cual engloba tres aspectos relacionados entre sí: la conducta, las creencias y las emociones, de esta forma la familia intenta dar sentido a su mundo, encontrar un significado a las acciones de los demás, a las propias y construir así su repertorio de comportamiento.

La interacción familiar se da siempre dentro de un marco definido por un contexto simbólico estable que recuerda a sus miembros cómo debe construirse la realidad, y que crea, asegura y recuerda las reglas familiares. Cada uno de los miembros de una familia concreta se define como tal, porque comparte con el resto de ellos una forma bastante específica de organizar la realidad, una ideología. El sentimiento que los miembros de una familia tienen de pertenecer a un colectivo se deriva de la experiencia coincidente que emana de los constructos compartidos que organizan su realidad. Así, todos los miembros de una familia comparten creencias, a menudo implícitas acerca de sobre qué vale la pena estar o no de acuerdo. Éstos no se asemejan simplemente porque hayan tenido experiencias similares, sino porque construyen los acontecimientos de la misma forma, esto quiere decir que interpretan los sucesos, los diferencian y ven las consecuencias de los mismos de igual manera. Es esta realidad que la familia ha construido la que actúa sobre el proceso de construcción de las creencias de cada uno de sus miembros y lo regula. De acuerdo a Dallos, (1996) las familias tienen un inmenso poder para construir la experiencia y los conceptos que manejan sus miembros.

El proceso de construcción de creencias familiares compartidas se da lugar cuando las familias maduran en el sentido de las relaciones entre sus miembros las cuales se hacen más complejas y sutiles. A medida que estas relaciones evolucionan, los individuos son

cada vez más sensibles respecto del punto de vista de los demás, y probablemente respecto a la visión que tienen acerca de otras familias. La apreciación mutua incluye, entre otras características, la integración y reintegración continuada de la visión de cada individuo en un conjunto común de interpretaciones y concepciones. Esto es necesario para poder organizar sus vidas y para conseguir salir adelante con la tarea de vivir juntos. Es a partir de las experiencias conjuntas que las familias desarrollan un sistema compartido de creencias, que estructura, pero también limita lo que cada persona considera como posible o permitido. De acuerdo a Dallos, (1996), las familias más que construir una realidad, se ocupan de construir una irrealidad, que puede tomar formas tales como negar lo que para otros resulta cierto de una manera patente, proyectar inadecuadamente sus sentimientos sobre los demás o crear mitos. Ferreira, (1963), (cit. en Dallos 1991) sostiene que el mito familiar se refiere a una serie de creencias bastante bien integradas y compartidas por todos los miembros de la familia que ninguno de ellos desafía a pesar de las distorsiones de la realidad que claramente conllevan.

De acuerdo a la información anterior, a nivel familiar existen creencias compartidas las cuales son un conjunto de constructos nucleares comunes a todos los miembros de la familia y que determinan en gran manera la forma de comportarse y de relacionarse entre sus miembros y con las demás personas.

3.4.2. Creencias Familiares Compartidas y Salud.

Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia es un conjunto de creencias acerca de la salud y enfermedad que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud.

En el momento de un diagnóstico médico, el principal desafío con que se enfrenta la familia es la creación de un significado para la enfermedad, un significado que fomente un sentimiento de capacidad y control en un contexto de pérdida parcial, posibilidad de mayor deterioro físico, o muerte.

De acuerdo a Kleinman (1988) existen tres niveles de significado en relación a las afecciones físicas: la dimensión biológica de la enfermedad, la dimensión simbólica, y la dimensión social. La dimensión biológica de la enfermedad se refiere a una descripción e interpretación exclusivamente biomédica de la afección del paciente, los profesionales de la

salud funcionan principalmente en este nivel, en el mundo biológico del diagnóstico y el tratamiento. Los pacientes y sus familias viven fundamentalmente en el reino de la dimensión simbólica de la enfermedad, que es la experiencia humana de los síntomas y el sufrimiento, representa la manera en que la persona enferma y la familia o la red social mayor perciben los síntomas y la discapacidad, conviven con ellos y les dan respuesta. Los sistemas de creencias pueden conceptualizarse así como los mediadores o traductores entre la enfermedad biológica y la experiencia personal y familiar.

Es necesario que exista un ajuste entre las creencias de los profesionales y de las familias. La indagación sobre el sistema de creencias y significados es fundamental para establecer una relación recíproca y viable entre los profesionales y la familia. Este proceso protege contra un cortocircuito de significados, que haga que el profesional opere únicamente en el mundo de los procesos biológicos de la enfermedad, y la familia en el de la experiencia personal. Al respecto, muchas familias pueden escuchar una discusión sobre su enfermedad en tanto fenómeno biológico, pero con frecuencia se desentenderán parcial o totalmente del proceso si se sienten no reconocidas o incomprendidas desde el punto de vista de sus creencias y la de la experiencia personal y familiar del problema de salud.

“Los sistemas de creencias familiares constituyen una fuerza poderosa en la enfermedad. Cuando son mal utilizados o no son tenidos en cuenta pueden hacer estragos en las relaciones médico-familia e impedir la curación. Cuando se los usa con criterio, fortalecen todas las relaciones y proporcionan la base para la curación biológica y psicosocial” (Rolland, J. 2000).

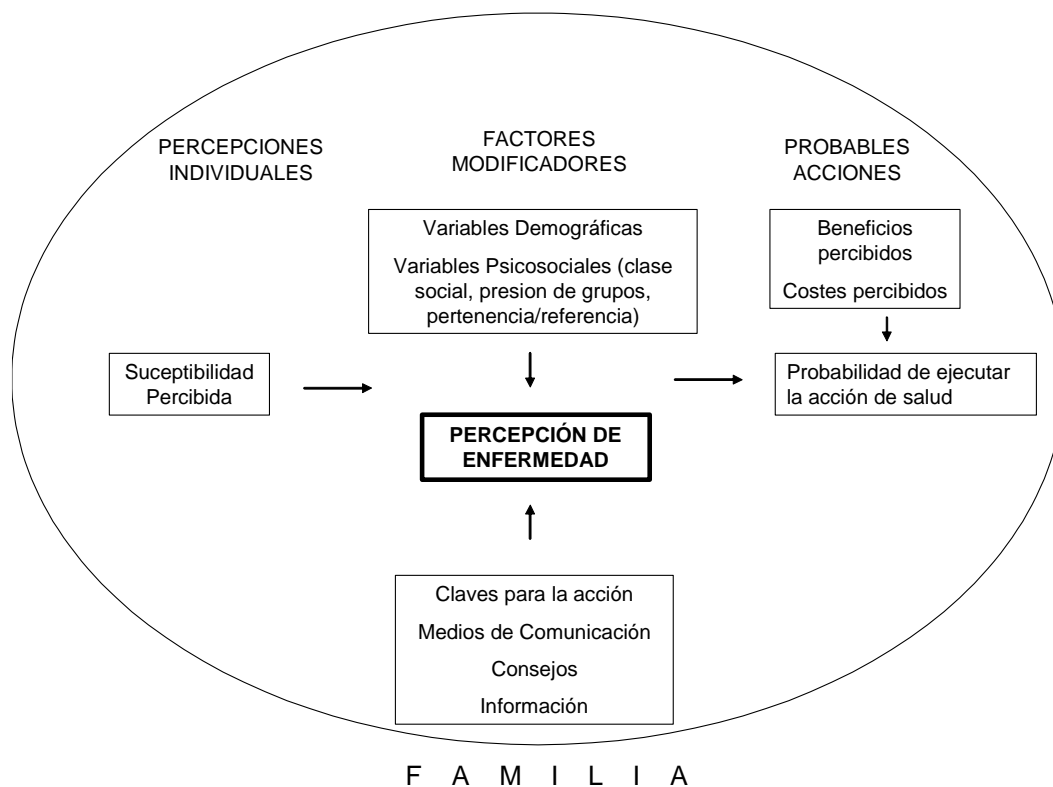
3.4.3. Modelo de Creencias en Salud.

Para explicar las acciones de prevención de enfermedades y respuestas a síntomas, así como otros diversos patrones comportamentales con efectos en salud, Becker y Rosenstock (1990) postularon el Modelo de Creencias en Salud, el cual postula que la probabilidad de ejecutar una acción para evitar una enfermedad es producto de un proceso en que la persona necesita poseer tres creencias. Primero, que es susceptible de sufrirla. Segundo, que la ocurrencia de la enfermedad puede tener una severidad moderada en su vida y, tercero, que tomar una acción factible y eficaz en particular puede ser benéfico al reducir la susceptibilidad o su severidad. Los componentes del modelo son:

- 1.- Que la conducta sea percibida como un bien o una necesidad, o en su defecto, que la ausencia de la conducta pueda constituir una amenaza para la salud.
- 2.- Susceptibilidad Percibida: percepción de la enfermedad como amenaza o posibilidad subjetiva de que pueda afectar a la salud.
- 3.- Que el sujeto pueda percibir y juzgar subjetivamente que él tiene posibilidades y condiciones para superar las dificultades.
- 4.- Facilitadores Psicosociológicos: variables demográficas y variables psicosociales.
- 5.- Beneficios Percibidos versus costes percibidos.

Estos cinco elementos constituirán la “percepción de la enfermedad”.

Las autoras además agregan un sexto componente que se ubica transversalmente a los cinco componentes del Modelo de Creencias en Salud: La Familia que, como unidad, desarrolla y mantiene creencias compartidas entre sus miembros acerca de la salud y la enfermedad, y, de acuerdo a lo revisado en apartados anteriores, juega un rol importante en la conceptualización de la enfermedad y las posibilidades y eficacia del tratamiento, por lo tanto participa activamente en los cinco elementos propuestos por el Modelo (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2: Modelo de Creencias en Salud.

Fuente: Nieto, Abad, Esteban y Tejerina, 2004. Modificado por las autoras.

3.4.4. Creencias y Actitudes familiares en torno a la Obesidad Infantil.

Como mediador de la cultura, la familia opera influenciando la construcción de identidad y contribuyendo a la formación de la autoestima de todos sus miembros. Los hogares y la vida familiar sirven como mecanismos de definición para la construcción de una identidad colectiva, en ella se crea una visión compartida acerca del valor de ser delgado u obeso. Estas concepciones sobre el peso pueden llevar a consecuencias negativas a algunos de los miembros de la familia como atracones, desordenes alimentarios, baja calidad de la dieta, patrones alimentarios poco saludables, entre otros (Vick, 2001).

Haether, P y Theresa, A. (2005) señalan que las creencias y actitudes de los padres influyen en el comportamiento alimentario y la calidad de la dieta, particularmente en niños pequeños, concluyendo que la familia junto con otros factores sociales influyen los patrones alimentarios de los niños los cuales pueden subsecuentemente influir en la obesidad.

Investigaciones nacionales e internacionales señalan la importancia de las actitudes de los padres en relación al peso y, específicamente al sobrepeso de sus hijos. Los padres en su mayoría no acuden a consultar al centro de salud por el sobrepeso de sus hijos, sino cuando el niño presenta problemas escolares, acusa múltiples burlas de sus pares o muestra dificultad para movilizarse, todo lo anterior producto de su obesidad o sobrepeso. Además, se señala que los padres de niños con sobrepeso subestiman sistemáticamente el peso de sus hijos, lo cual puede estar relacionado a la desinformación existente acerca de la obesidad infantil como un importante factor de riesgo de la obesidad en personas adultas (Etelson, Brand, Patrick y Shirali, 2003). Otras investigaciones señalan que los padres no muestran preocupación por el sobrepeso de sus hijos ya que creen que durante el desarrollo y llegada de la adolescencia, reducirán su peso de forma natural.

Las creencias de los padres en relación al sobrepeso y a los hábitos alimentarios son una importante variable generadora y mantenedora del sobrepeso infantil (Vick, J. 2001). Las creencias de los padres sobre aquellos alimentos que son considerados saludables y sus propias experiencias en torno a la alimentación fueron relacionadas con las preferencias alimenticias de sus hijos (Patrick H. 2005). Al respecto, investigaciones muestran que algunos padres creen que la leche entera es más rica en calcio y vitaminas que la leche descremada, por consiguiente, consideran saludable que sus hijos la consuman. Por otro lado, quienes nunca trataron de reducir la materia grasa de la leche en su propio consumo tampoco lo hicieron con sus hijos (Haether, P.; Theresa, A., 2005).

Cuando el niño presenta sobrepeso, una respuesta habitual de los padres es restringirles las “comidas malas” las cuales son asociadas generalmente con un bajo aporte nutricional como los snacks, galletas, confites, pasteles, etc. Sin embargo, cuando la ingesta de los niños es restringida provoca graves consecuencias. El establecer restricciones de las comidas puede afectar a la capacidad natural del niño de regular las comidas por medio de claves internas que señalan el hambre o saciedad. En 1989 un estudio mostró que el 40% de los padres creen que restringiendo el consumo de ciertos alimentos se reducen las preferencias que los niños tienen por éstos. Fisher y Birch (1995) agregan que la prohibición a los niños de consumir ciertas comidas incluso promueve su sobre consumo.

Los abordajes de tratamientos en la obesidad infantil han sido variados enfatizando entre otros aspectos prevención de la obesidad, promoción de estilos de vida saludables,

realización de actividad física, reducción de las horas frente al televisor, computador o consolas de videojuegos, revisión de las prácticas alimentarias, etc. Para lo anterior se han propuesto programas de tratamientos escolares, familiares, médicos, individuales, etc. Algunos programas utilizan a los padres como agentes exclusivos de cambio, otros, fundamentalmente escolares involucran a los padres como una clave importante en el éxito terapéutico como promotores de la actividad física e ingesta de comidas saludables. De acuerdo a L. Epstein (1996) la obesidad ocurre dentro de la familia por lo que resulta poco realista intervenir en un solo miembro de la familia mientras los demás siguen modelando, manteniendo y apoyando comportamientos que podrían hacer fracasar la intervención.

Al considerar los planes de tratamiento que involucran a todos los miembros de la familia, se hace especialmente importante no perder de vista las creencias de los padres acerca de los factores que influyen en la obesidad de sus hijos, los cuales determinarán la promoción o no, de ciertos hábitos. Al respecto, el apoyo de los padres es importante en la realización de actividad física de sus hijos, actuando de forma directa la percepción de autoeficacia en la realización de actividades físicas que tengan de ellos. Por otro lado para promover estilos de vida saludables, tales como caminatas al aire libre, juegos fuera de la casa o actividades en las plazas de recreación se debe tener en cuenta las condiciones sociales en donde están inmersas las familias. De acuerdo a Lindsay, Sussner, Kim y Gortmaker (2006) las creencias de los padres sobre el riesgo que corren sus hijos al caminar por la vía pública, sobre todo en los barrios de bajo ingreso económico se refieren a la existencia de gran tráfico vehicular, compra y venta de drogas, crímenes y violencia, lo cual limita los lugares donde los niños pueden jugar, reduciendo así sus oportunidades de actividad física.

Las familias necesitan evaluar sus creencias y actitudes acerca del peso, autoestima e imagen corporal para determinar si están transportando a sus miembros hacia conductas apropiadas y así, adoptar cambios de comportamiento positivo.

En Chile se han realizado diversos estudios que muestran la influencia de los padres y específicamente de las madres, en torno a las conductas alimentarias, y en especial, ante el desarrollo de sobrepeso y obesidad en los niños (Vera, Bastías, Cabrera y Guzmán, 2001).

En el año 2004 se realizó un estudio guiado por Pablo Vera, psicólogo y profesor de la Universidad de Santiago de Chile, donde se evaluaron las creencias respecto a la obesidad infantil, niveles de ansiedad, depresión y autoestima de padres de niños entre 9 y 11 años y su relación con el índice de masa corporal de sus hijos. En esta investigación participaron un total de 428 sujetos, de los cuales 214 fueron niños con una edad promedio de 10,40 años y 214 fueron padres con una edad promedio de 38,75 años. Las creencias de los padres fueron evaluadas mediante la Escala de Creencia de Obesidad Infantil (ECOI) (Vera P, Bastías A, Mena L. 2003) y se pudo concluir que a pesar de que las creencias y conocimientos son concordantes con lo que científicamente se ha establecido como factores protectores ante el desarrollo de la patología abordada, éstos no se ven reflejados en el estado nutricional presentado por sus hijos. Además los resultados muestran que las creencias no difieren de manera significativa entre los padres de niños con bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesos, lo cual nos plantea la necesidad de estudiar las creencias compartidas al interior de las familias en conjunto con los niños y no estudiar sólo las creencias de los padres. Por otro lado, es factible que la deseabilidad social mostrada por los sujetos haya jugado un papel importante en los resultados de la investigación, lo cual podría ser abordado de mejor forma mediante un estudio de aproximación más cualitativo.

3.5. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO.

La efectividad del tratamiento se refiere al éxito de la intervención terapéutica que se traduce en una mejora de la salud en los pacientes que han sido sometidos a éste, de forma contraria, si el tratamiento no es efectivo, se produce un deterioro o mantenimiento del estado de salud previo a la intervención. Es un concepto cuya definición depende en gran medida de la adherencia terapéutica.

3.5.1. Adherencia Terapéutica.

Se entiende por adherencia terapéutica al proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones terapéuticas, es decir, cuando cumple las prescripciones recibidas para el manejo de una enfermedad.

El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones terapéuticas, sean estas de naturaleza médica o psicológico-conductuales, se ha convertido en un punto muy

importante en la investigación actual. Si el paciente cumple satisfactoriamente las prescripciones realizadas por el equipo de salud, se esperaría que el tratamiento resulte efectivo, considerando además factores de tipo individual o social que determinan también el éxito de la terapia.

Actualmente este tema tiene gran trascendencia debido a su importancia sobre todo en las enfermedades crónicas, pues ese incumplimiento no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos de la asistencia sanitaria. En general, la falta de adherencia genera grandes pérdidas en el ámbito personal, familiar y social. En lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que traigan consigo un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Desde el punto de vista social significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios que son utilizados en forma inadecuada, se prolongan innecesariamente los tratamientos y se presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

La adherencia terapéutica implica una diversidad de conductas, por lo que ha sido considerada como un fenómeno múltiple y complejo. Al constituir una conducta de salud, para su explicación se ha partido de los modelos de comportamientos de salud (Leventhal, 1993), especialmente el Modelo de Creencias de Salud el cual es el más utilizado y considerado como adecuado para predecir el cumplimiento con la medicación (Kirscht y Rosenstock, 1979) porque tiene en cuenta, como se ha revisado anteriormente, la motivación por la salud, la vulnerabilidad y la gravedad percibida, la valoración diferencial costos-beneficios y las claves para la acción. En relación a esto, las autoras consideran de suma importancia incluir a la Familia como componente constitutivo transversal a los demás elementos de este modelo, como se propuso en apartados anteriores.

Existen múltiples factores que influyen en la adherencia terapéutica que han sido clasificados de la siguiente manera: (Ginarte, Y. 2001)

- Los relacionados con la interacción del paciente con el profesional de la salud.
- El régimen terapéutico.
- Las características de la enfermedad.
- Los aspectos psicosociales del paciente.

En la interacción profesional equipo de salud-enfermo cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adherencia (Rodríguez, L. 1995).

De igual forma la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.

El régimen terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia se encuentran: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos. Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adherencia del paciente. Estudios realizados sobre la dosificación, duración y efectos secundarios de los tratamientos y su relación con la conducta de cumplimiento, arrojaron que los regímenes de medicación con monodosis dan lugar a mejores tasas de adherencia que los regímenes multidosis, y que ésta también disminuiría a medida que la terapia se alargaba y provocaba mayor cantidad de efectos secundarios indeseados (Rodríguez, L. 1995).

Con relación a las características de la enfermedad es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adherencia. El paciente que experimenta un conjunto particular de síntomas perturbadores y un alivio inmediato para estos síntomas al adherirse a las prescripciones médicas, tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adherencia; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y su seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo (Hernández, R. 1998).

En la adherencia terapéutica existen varios factores psicosociales que influyen considerablemente, entre ellos es posible mencionar: las creencias, las actitudes, las atribuciones, el locus de control, la representación mental de la enfermedad y el apoyo social (Puente, F. 1997).

La adherencia como conducta de salud va a estar muy relacionada con los valores generales de salud o motivación para la salud, así como también va a estar modulada por la experimentación de riesgo o vulnerabilidad percibida, la consideración de la severidad de la enfermedad, la autoeficacia y la utilidad de adherirse al tratamiento. Autores como Fishbein y Ajzen ya en 1980, plantearon la importancia de las creencias como factores moduladores importantes en la adherencia o cumplimiento de las recomendaciones médicas y/o de salud (O'Brien, M. 1990).

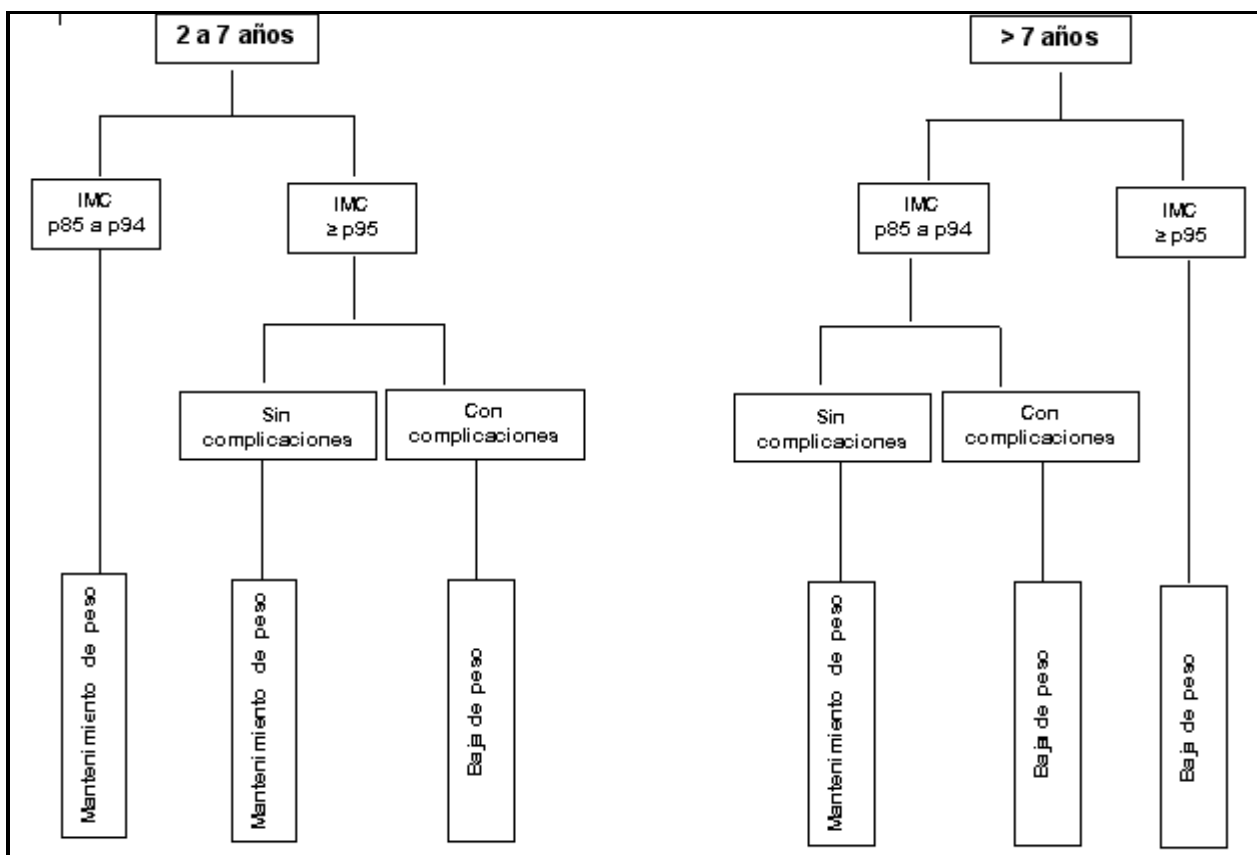
Las atribuciones causales o explicaciones en torno a las causas de la enfermedad van a ser otro factor implicado en la adherencia a las prescripciones y recomendaciones de salud. De igual forma la variable apoyo social se ha demostrado que puede contribuir a incrementar la adherencia o disminuirla.

Los factores culturales (étnicos, religiosos) determinan el comportamiento de la familia y del grupo del paciente, e influyen directa o indirectamente sus comportamientos, actitudes, creencias y atribuciones en materia de salud.

Para la evaluación de la adherencia terapéutica se han propuesto diversos sistemas de métodos: autoinformes y autorregistros de los pacientes, informes de personas próximas a estos, las evaluaciones del médico, mediciones bioquímicas y del consumo de medicamentos (Puente, S. 1997). “Con relación a la utilización del método ideal, M. A. Paya plantea que lo idóneo es combinar la entrevista directa al paciente, la valoración de los logros con el tratamiento y la asistencia a las citas programadas” (Ferrer, V. 1996).

En cuanto a la operacionalización de la efectividad terapéutica en la obesidad infantil, Hodgson plantea ciertas metas del tratamiento, en donde se señala que la meta primaria para manejar la obesidad, cuando no presenta complicaciones, es adquirir hábitos de alimentación y actividad física saludables, por lo que se debe enfatizar en los cambios conductuales y en su mantención. El establecer como uno de los objetivos de tratamiento la detección de la ganancia ponderal o la reducción de peso, va a depender de la edad del niño, de la gravedad de la obesidad y de la presencia de complicaciones asociadas. Las metas sugeridas en relación al peso se muestran en el siguiente diagrama:

Cuadro N° 3: Metas de la Terapia para la Obesidad Infantil.



Fuente: Hodgson M., 2006.

Por otro lado, un estudio chileno sobre la adherencia y efectividad a mediano plazo de la obesidad infantil en donde el tratamiento consistía en controles de frecuencia mensual en forma alternada por un médico nutriólogo y por una nutricionista, con interconsulta al psicólogo de acuerdo al caso particular, en el cual el tratamiento médico correspondía a un enfoque tradicional, con énfasis en la educación para modificación de hábitos generales y de alimentación, el criterio de adherencia terapéutica utilizado fue la asistencia ininterrumpida con ausencia máxima de tres meses entre controles sucesivos (Barja y cols., 2005).

Finalmente, conviene insistir que la niñez es la etapa en que es factible cambiar conductas tanto en alimentación como en actividad, porque es el momento en que se forman los hábitos, se estructura la personalidad y se pueden establecer patrones que en el futuro será más difícil cambiar. Por ello, es importante que los profesionales de la salud que

trabajen con niños y su familia, concentren sus esfuerzos en orientar un crecimiento y desarrollo sano desde el vientre materno.

3.5.1.1. Dificultades en la adherencia a tratamiento.

Como se ha señalado, un tratamiento integral de la obesidad del niño y adolescente incluye la modificación de los hábitos alimentarios, el aumento de la actividad física y la participación de la familia (INTA. 2001). Si bien los mecanismos para lograr un control de la obesidad están identificados, la adherencia y éxito del tratamiento es muy baja, quedando demostrado en los datos entregados en el Primer Congreso Hispano Latinoamericano de Trastornos de la Conducta Alimentaria (2004), donde se aseveró que sólo el 50% de los pacientes que sufren enfermedades crónicas como la Obesidad adhieren a tratamiento. Incluso en países en desarrollo como China y Gambia, el apego al tratamiento puede disminuir hasta un 43 y un 27 por ciento respectivamente.

En Chile, la baja adherencia a tratamiento también es una realidad. Entre Enero y Agosto de 2000, se inició el seguimiento prospectivo de 88 pacientes obesos de ambos sexos, en el Consultorio de Nutrición Infantil del Centro Diagnóstico y Terapéutico (CDT) del Complejo Hospitalario San Borja Arriarán (RM). De los 88 pacientes, 45 fueron mujeres y 43 hombres, con una edad de $9,6 \pm 3,3$ años. En 50 pacientes (57%) ya se había intentado un tratamiento para la obesidad a nivel de atención primaria, sin resultados favorables. Luego de seis meses el 48% de los pacientes no siguieron con el tratamiento y de los pacientes que siguieron en control, el 65% obtuvo una baja de peso superior al 5% en relación a su IMC inicial, considerado como éxito terapéutico (Moraga, F. y cols. 2003).

Otro estudio realizado por el Hospital de la Pontificia Universidad Católica de Chile evaluó la adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil. Se revisó retrospectivamente la evolución clínica de 120 pacientes obesos que consultaron por primera vez entre enero 2001 y enero 2002. Se encontró que un alto porcentaje de los niños que consultan por obesidad presentan deserción al tratamiento médico convencional (53%); sólo 18,3% mantiene adherencia al año, todos ellos con mejoría significativa de su obesidad. Por lo cual parece claro que es necesario desarrollar estrategias para mejorar adhesividad al tratamiento y a través de ésta mayor éxito en la terapia.

5.1.2. Adherencia Terapéutica y Familia.

El éxito del tratamiento de la obesidad infantil puede prevenir severas enfermedades a futuro. Terapias de dieta convencionales y modificación cognitiva-conductual los cuales son los tratamientos usados hasta la fecha, han fallado en la reducción de la prevalencia de obesidad infantil y están asociados a efectos psicológicos y psiquiátricos adversos. Cuando los sujetos de intervención y tratamiento son los niños, generalmente bajan su autoestima mostrándose resistentes al cambio. Por otro lado, otra modalidad de tratamiento se refiere a la basada en la familia que incluye a los niños obesos y a sus padres, ya que se considera que los cambios introducidos en los hábitos alimentarios familiares y actividad física serán reflejados en el comportamiento de los niños (Golan, M. y cols. 1998).

Lyndsay, A. (2006) propone que los esfuerzos para combatir la epidemia de obesidad infantil deben centrarse en los padres, porque ellos son los que promueven las prácticas de alimentación saludable y los niveles de actividad física en sus hijos. Al mismo respecto, Epstein, L. (1996) ofrece tres razones para involucrar a los padres en el tratamiento de obesidad. Primero, la obesidad ocurre dentro de la familia, por lo que resulta poco realista intervenir en un solo miembro de la familia mientras los demás siguen modelando, manteniendo y apoyando comportamientos que podrían hacer fracasar la intervención. Segundo, los padres sirven de modelo, refuerzo y apoyo en la adquisición y mantenimiento de las conductas referidas a la alimentación y la actividad física. Finalmente, para producir un mayor cambio conductual en los niños, es necesario enseñar a los padres a usar estrategias específicas de cambio tales como el reforzamiento positivo.

Una revisión sistemática de las investigaciones acerca de la participación de la familia en el control del peso, encontró que si bien existen pocas intervenciones de este tipo, éstas sugieren que la participación de los padres ayuda a los niños a perder peso (Lyndsay, A. 2006).

Según un estudio publicado por la Asociación Clínica Americana de Nutrición (American Society for Clinical Nutrition) realizado por Golan y colaboradores (1998) cuyo objetivo era comparar la eficacia del tratamiento de la obesidad infantil basado en una terapia familiar, en especial en los padres como agentes exclusivos de cambio, versus el tratamiento convencional orientado al trabajo sólo con niños, concluyó que tanto en la reducción de peso como en el mantenimiento de los resultados, el grupo de padres como

agentes exclusivos de cambio mostró mayor éxito. Lo anterior, puede ser explicado por la menor resistencia presentada por los niños hacia el cambio ya que los padres se hacen responsables de reducir la exposición de sus hijos a estímulos o alimentos poco nutritivos o altos en grasas y crear ocasiones para realizar actividad física.

Finalmente, McLean, N. (2003) en relación a la obesidad infantil, plantea que el desarrollo de las futuras intervenciones y evaluaciones de factores que influyen la efectividad, deben prestar especial atención a cuáles serán los miembros de la familia que participarán en el tratamiento en términos de que algunas conductas de éstos podrían hacerlo fracasar.

CAPITULO IV

METODOLOGIA.

Para explorar las Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos y su relación con la Efectividad del Tratamiento, se utilizará una metodología cualitativa que entrega datos descriptivos a la presente investigación, a partir del relato de las propias familias entrevistadas. A continuación se define el problema, se plantean los objetivos y se establece el procedimiento de investigación, para finalmente definir las categorías que guiarán el posterior análisis.

4.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

4.1.1. Planteamiento del problema.

De acuerdo con los antecedentes actuales y dados los cambios epidemiológicos y nutricionales que ha sufrido nuestro País en las últimas décadas, el problema de la obesidad infantil es una prioridad nacional en salud pública, (MINSAL. 2003). Se trata de un trastorno de etiología multifactorial, lo cual dificulta su manejo preventivo y terapéutico (Miller J., Rosenbloom A. y Silverstein J, 2004). Además se han realizado una serie de estudios que demuestran que la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes y en el caso de la obesidad infantil, por sus cuidadores, es muy baja incidiendo fuertemente en la cronicidad del trastorno, empeorando el pronóstico de la enfermedad misma y de sus complicaciones, disminuyendo notoriamente el éxito del tratamiento (Moraga, F. y cols. 2003).

Se ha destacado la importancia de la familia en el tratamiento de la obesidad infantil en virtud del rol que cumple como forjadora de hábitos y conductas alimentarias. Estos hábitos responderían a ciertos patrones que están instaurados en las dinámicas familiares en la cual se encuentra inserto el paciente (Young B. 2003). Estos patrones serían difíciles de modificar, a pesar de la gravedad que reviste la obesidad como enfermedad crónica. El interés de la presente investigación es explorar en las familias de niños obesos las creencias que sostienen respecto al concepto de salud, enfermedad y obesidad infantil, para evaluar la relación entre éstas y la baja Efectividad Terapéutica de las familias (Ginarte, Y. 2001).

Es en este marco donde se plantea la importancia de indagar en las creencias compartidas en las familias, que darían cuenta de la Efectividad o no Efectividad del Tratamiento en la obesidad infantil.

4.1.2. Pregunta de investigación.

¿Cuáles son las Creencias Compartidas en torno a la Obesidad, en Familias con Niños Obesos atendidos en una muestra de pacientes de Postas Rurales de la Comuna de Zapallar durante el año 2006?

¿Cómo influyen las Creencias Familiares Compartidas en torno a la Obesidad en la Efectividad del Tratamiento?

4.1.3. Justificación de la investigación.

Los indicadores sanitarios, avalados tanto en estudios de Gobierno como reflexiones teóricas, señalan que la obesidad infantil ha aumentado de manera indesmentible en nuestro País. Si bien se ha argüido como principales factores a la predisposición genética, demografía familiar, escasa actividad física; nuestro estudio busca demostrar la alta influencia de las Creencias Familiares Compartidas en torno a la Obesidad Infantil y la Efectividad del Tratamiento.

4.2. OBJETIVOS.

4.2.1. Objetivo general.

Explorar las Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos y su relación con la Efectividad del Tratamiento de la Obesidad Infantil.

4.2.2. Objetivos específicos.

- Indagar las Creencias Familiares Compartidas acerca si la Obesidad constituye un Problema de Salud.
- Explorar las Creencias Compartidas sobre la Obesidad en Familias con Niños Obesos.
- Explorar las Creencias Familiares Compartidas en torno a los aspectos que se relacionan con una Vida Saludable.

- Identificar las Creencias Familiares Compartidas que podrían interferir o favorecer la Efectividad del Tratamiento de la Obesidad Infantil.

4.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación es de tipo descriptiva, no experimental y transversal. Es un diseño descriptivo ya que el investigador se limita a observar, identificar y relatar el fenómeno en estudio, a través de las citas directas de las personas sobre sus experiencias, creencias y pensamientos acerca del tema de investigación. Es un diseño no experimental, porque se estudian las dimensiones sin manipularlas intencionalmente, sólo se observa el fenómeno tal como se da en su contexto natural. Por último, es un diseño transversal ya que los datos arrojados corresponden a un tiempo único.

El marco metodológico de este estudio está dado por la Investigación Cualitativa debido a que permite acercarse a la realidad del fenómeno de la obesidad infantil en su contexto natural de manera holística, empírica, interpretativa y empática. Bogdan y Taylor (1990) destacan como características propias de la investigación cualitativa su carácter o racionalidad metodológica inductiva, es decir, a partir de un fenómeno particular y concreto, pretendemos rescatar las creencias dominantes que dan cuenta de la Efectividad del Tratamiento, para posteriormente formular nuevas investigaciones respecto del tema.

4.4. TIPO DE ESTUDIO.

La investigación corresponde a un Estudio de Caso, ya que se propone comprender las dimensiones de las creencias compartidas en familias en torno a la obesidad.

El estudio de caso apunta a adquirir la percepción más completa posible del objeto de estudio, considerándolo como una entidad holística y cuyos atributos sólo se pueden entender en su totalidad.

4.5. VALIDEZ.

Para establecer la validez del presente estudio se utilizará la técnica de Triangulación que consta de las entrevistas realizadas, del Juicio de Expertos y de una devolución de información a las familias participantes. El Grupo de Profesionales Expertos que validan este estudio se compone de las siguientes personas: Dra. Bárbara Graf,

Nutrióloga Clínica, Dra. Elinor Zumelzu, Endocrinóloga Infantil y Sra. Glenda Azas, Nutricionista.²

4.6. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

En el plano metodológico de la investigación cualitativa existen distintas técnicas para recoger datos sobre lo que será el objeto de estudio. En este caso se utilizó el método de entrevista semiestructurada, ya que el objetivo de ésta es profundizar en el tema de las Creencias Familiares Compartidas en torno a la Obesidad y su relación con la Efectividad del Tratamiento.

Tras la revisión del marco teórico se decidió indagar acerca de los siguientes ejes teóricos:

- Concepción de Salud/Enfermedad.
- Origen y consecuencias de la obesidad.
- Hábitos de vida aludable/no saludable.
- Tratamiento de la obesidad.

4.7. PARTICIPANTES.

4.7.1. Selección de casos.

En la investigación participan seis familias con al menos uno de sus hijos diagnosticados con obesidad que estén bajo tratamiento en el Sistema de Salud Público, pertenecientes a Postas Rurales de la Comuna de Zapallar, de la Quinta Región de Valparaíso. Los participantes pertenecen a un nivel socioeconómico medio bajo y bajo.

4.7.2. Presentación de los casos.

Nombre	Edad	Peso	Talla	IMC	Diagnóstico
Paola	11 años	63 kg.	151 cm.	27.63	Sobrepeso
Alexander	12 años	67 kg.	161 cm.	25.84	Sobrepeso
Francisco	11 años	66 kg.	148 cm.	31.13	Obesidad
Gabriela	15 años	78,5 kg.	160 cm.	30.66	Obesidad
Ninoska	10 años	62 kg.	141 cm.	31.18	Obesidad
Marcia	15 años	65 kg.	147 cm.	30.1	Obesidad

² Ver Anexo B.

4.8. PROCEDIMIENTO.

Luego de la selección de los casos y realizadas las entrevistas se procede al análisis de contenido de lo reportado por las familias. El procedimiento para llevar a cabo el análisis de los datos es el método del Análisis de Contenido. Los pasos fueron los siguientes:

- 1. Obtención de los documentos primarios.** Los documentos primarios corresponden a los obtenidos de una revisión de las fichas clínicas de los niños pertenecientes a las familias participantes y las entrevistas transcritas. Las primeras, fueron realizadas durante la visita a los Centros de Salud donde se realizan los controles médicos para confirmar el diagnóstico de obesidad y registrar la evaluación del tratamiento. Las segundas, luego de la obtención del Consentimiento Informado³, y de realizar reuniones previamente acordadas⁴, se constituyen en el principal instrumento de la investigación, ya que por medio de éstas se obtiene la información necesaria para realizar el análisis y discusión del estudio.
- 2. Selección de citas.** De acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación se seleccionaron unidades de análisis que corresponden a oraciones y/o frases de las entrevistas transcritas que dan cuenta de las Creencias Familiares Compartidas en torno a la Obesidad y otros factores que enriquecen la comprensión del fenómeno. Luego se procedió a parafrasear estas citas con un fin aclaratorio y de estandarización del vocabulario.
- 3. Ejes de análisis.** Establecidas las paráfrasis se sistematizó la información en categorías y subcategorías, fusionando aquellas emanadas del marco teórico, con aquellas que emergieron de las propias familias, las que posteriormente fueron definidas operacionalmente.
- 4. Codificación.** Se refiere a la creación de un sistema de codificación que organiza las creencias en torno a las categorías y subcategorías correspondientes.

³ Ver Anexo C.

⁴ Ver Anexo D.

- 5. Análisis.** Luego de recopilada y sistematizada la información, se realizó el análisis de los datos, el cual se dividió en dos etapas. La primera, fue la agrupación de creencias en las distintas categorías que atravesaron transversalmente a las familias. Posteriormente, se efectuó una valoración de las principales creencias identificadas relacionándolas con el marco referencial.

4.9. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.

El análisis se realizó en base a las siguientes categorías de análisis:

- I. SALUD:** creencias referidas al nivel de bienestar con que se identifican las personas.
- A. Concepción de salud:** creencias referidas a las características del estado físico o psicológico que las personas consideran adecuadas.
 - B. Relación del peso con la salud:** creencias respecto de la vinculación que realizan los individuos entre el peso y su condición de salud.
 - i. Peso como condicionante en la salud:** creencias en relación a la consideración del peso como un factor influyente en la condición de salud.
 - ii. La obesidad como enfermedad:** creencias respecto de la conceptualización de la obesidad como una patología médica.
- II. OBESIDAD:** creencias acerca de los aspectos que influyen en el origen y consecuencia del sobrepeso.
- A. Origen de la obesidad:** creencias acerca de los factores que causan la enfermedad.
 - i. Aspectos biológicos:** creencias acerca de los factores orgánicos que determinan el origen del sobrepeso.
 - ii. Aspectos conductuales:** creencias acerca de las pautas de comportamiento que gatillan el desarrollo de la enfermedad.
 - iii. Aspectos psicológicos:** creencias acerca de los estados emocionales que propician el origen de la obesidad.

B. Consecuencias de la obesidad: creencias acerca de los efectos orgánicos, estéticos y sociales que provoca la obesidad.

- i. Enfermedades asociadas:** creencias acerca de la coexistencia de la obesidad con otras patologías o malestares físicos.
- ii. Aspectos estéticos:** creencias relacionadas con los efectos de la obesidad en la imagen personal.
- iii. Aspectos sociales:** creencias acerca del impacto que sufren las personas con sobrepeso en las relaciones interpersonales.

III. HÁBITOS VIDA SALUDABLE: creencias acerca del conjunto de patrones de comportamiento en relación con la propia salud.

A. DIETA: creencias acerca del conjunto de comportamientos alimentarios o nutricionales que mantienen las personas.

- i. Hábitos alimentarios:** creencias acerca de la conceptualización que manejan las personas respecto de los patrones de alimentación.
- ii. Valor nutricional de los alimentos:** creencias acerca de las características funcionales de los alimentos.
- iii. Porciones o cantidad de alimentos:** creencias acerca del volumen de los alimentos consumidos.
- iv. Accesibilidad de los alimentos:** creencias acerca de la disponibilidad de alimentos que tienen las personas en relación a los contextos en los cuales se desenvuelven.
- v. Comidas fuera de casa:** creencias acerca de la alimentación fuera del hogar.

B. ACTIVIDAD FÍSICA: creencias relacionadas con el ejercicio realizado por las personas.

IV. VALOR SIMBOLICO DEL ALIMENTO: significación que adquieren los alimentos en la vida de las personas con obesidad.

V. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO: creencias respecto de la evolución que presentan las personas obesas del proceso terapéutico que cursa la enfermedad.

A. Tratamiento: creencias acerca de los aspectos claves que constituyen el tratamiento.

- i. Características del tratamiento:** creencias acerca de las pautas entregadas por el equipo de salud para llevar a cabo el tratamiento.
- ii. Recursos Personales:** creencias acerca de las características individuales de las personas obesas que son necesarias para el éxito del tratamiento.
- iii. Indicadores de éxito:** creencias referidas a los parámetros que dan cuenta de la efectividad del tratamiento.

B. Adherencia al Tratamiento: creencias acerca de los principales aspectos que influyen en el cumplimiento de las indicaciones entregadas por el equipo de salud.

- i. Designación del agente activo de cambio:** creencias acerca de la persona responsable de llevar a cabo el tratamiento.
- ii. Dificultades del tratamiento:** creencias acerca de los aspectos que obstaculizan el proceso y resultado terapéutico.
 - a.** Biológicas.
 - b.** Conductuales.
 - c.** Interpersonales.
 - d.** Económicas.

iii. Relación con el Equipo de salud: creencias relacionadas con el impacto que ejerce el personal de salud en las personas.

C. Valor reforzante del tratamiento: creencias acerca de los beneficios de seguir el tratamiento.

CAPITULO V

ANALISIS Y DISCUSIÓN.

El grupo abordado para realizar este estudio correspondió a familias con niños obesos beneficiarios Postas Rurales pertenecientes a la Municipalidad de Zapallar.

Para indagar acerca de creencias instauradas en estas familias se realizaron entrevistas semiestructuradas orientadas a tratar de rescatar esquemas cognitivos que subyacen a conductas alimentarias viciosas.

Tras el análisis del material recopilado, se realizó una selección que respondió a los hallazgos, sistematizados por categorías que agrupan toda la conceptualización que hacen estas familias acerca de este problema.

Este estudio se sistematizó desde una perspectiva general y abstracta, como lo es la salud, hasta otra más particular y concreta, como son la valoración cualitativa y cuantitativa de lo que las personas ingieren.

La salud adquiere diferentes dimensiones según el concepto que las personas manejan. Por eso se incluyó la dimensión peso dentro de esta categoría.

Otro parámetro interesante lo constituye la causalidad que se le entrega a este fenómeno, que transita por lo biológico, lo conductual y lo psicológico, y éste relacionado con las consecuencias que, por constituirse mayoritariamente en comorbilidad, no fueron separadas entre largo, mediano y corto plazo. Sí se hizo una distinción, dada la amplia gama entregada, entre efectos biológicos, estéticos y sociales.

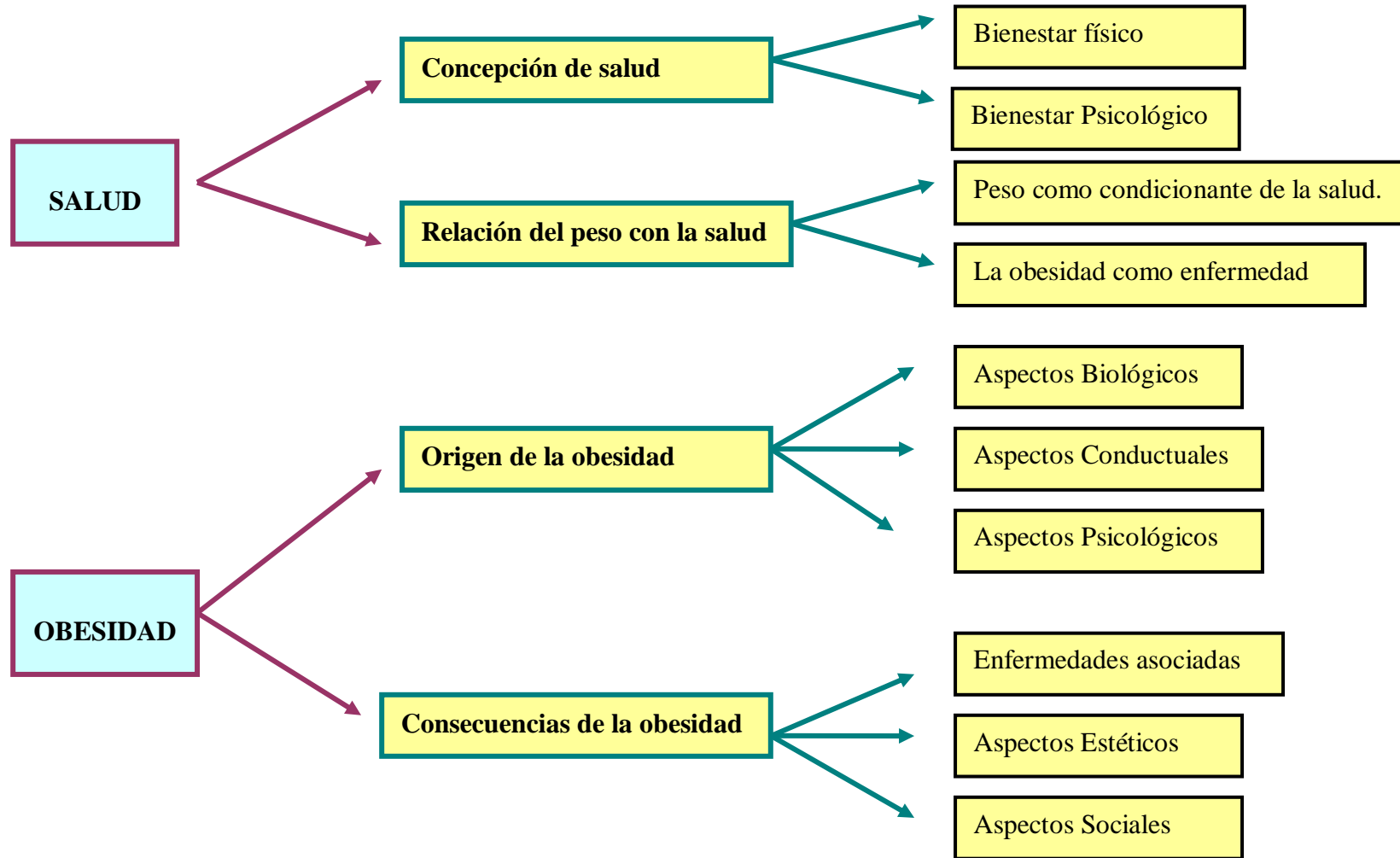
Un importante aspecto detectado lo constituyen los hábitos de vida saludable, que fueron divididos entre los que componen la dieta y la actividad física. En el primer tópico, y por la importancia que adquiere frente al tema en estudio, se hizo una distinción entre los hábitos alimentarios, el valor nutricional de los alimentos, las cantidades consumidas, la accesibilidad hacia los mismos y la alimentación fuera de casa. Esta última de gran notoriedad dada la relevancia dentro de las características de la vida moderna.

En el camino entre una y otra representación, se encontró que los alimentos adquieren diferentes valoraciones, desde lo simbólico hasta lo real. Por esta razón se estableció una categoría aparte pues, de una u otra manera, responde al manejo más íntimo que se hace de este trastorno.

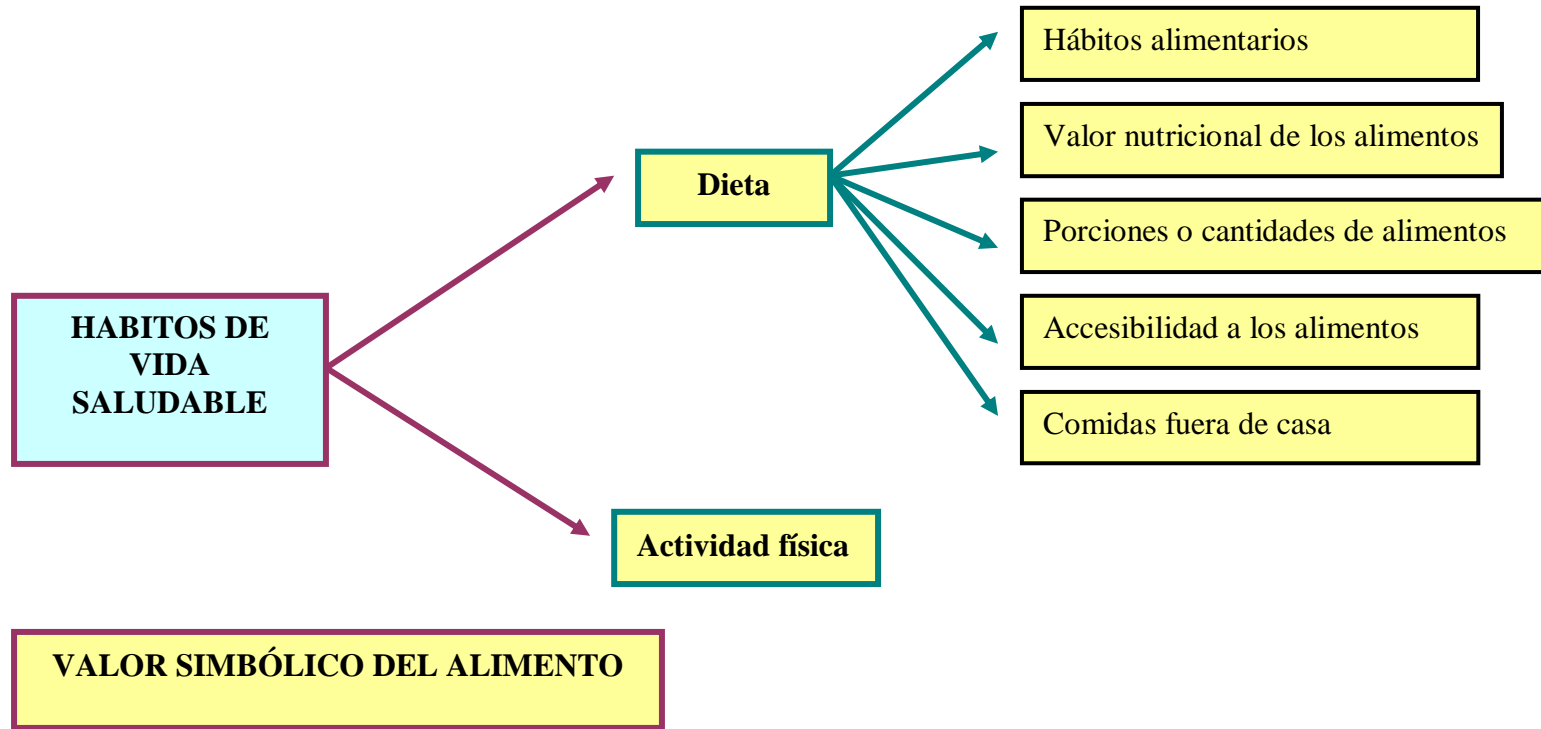
Definido el problema, se afrontó lo relacionado con las soluciones, y para ello se abordaron los tratamientos establecidos desde todas las miradas posibles, pasando por las características de éste, por los recursos personales de los afectados y sus familias y por los indicadores de éxito. Ante los procedimientos determinados para la disminución del peso, las personas desarrollan diversos niveles de adherencia que son abordados desde variados frentes: el agente activo de cambio, las dificultades que se presentan y la relación con el equipo de salud, esto último dada la actual tendencia de establecer equipos de trabajo multidisciplinario para enfrentar los problemas sanitarios. Muy importante resultó ser la visión de futuro y la proyección de los afectados y sus familias en el tiempo, ya que este elemento constituye muchas veces la motivación para enfrascarse en una empresa que, en problemas de conductas alimentarias en general, presentan un difícil manejo y un incierto pronóstico.

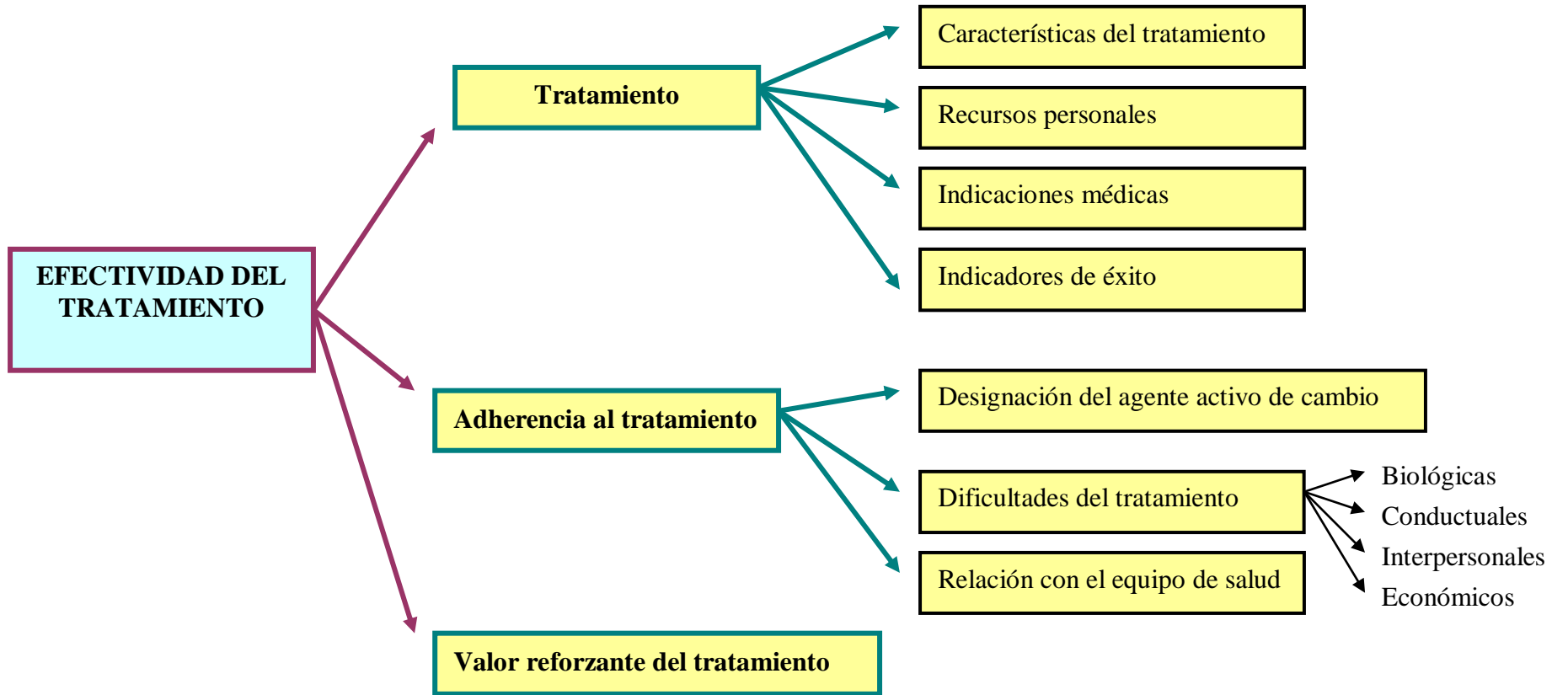
A continuación se presentan las categorías que guiarán el análisis de las entrevistas. Inicialmente se exponen ordenadas en un mapa conceptual, haciendo la distinción entre las categorías emanadas del Marco Teórico y las emergentes desde la información entregada por las familias. En segundo lugar, se describen las principales creencias que poseen las familias de este estudio organizadas en las categorías propuestas.

5.1. MAPA CONCEPTUAL DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS⁵



⁵ Las celdas de color celeste representan en forma gráfica las categorías emanadas desde el marco teórico. Las celdas de color amarillo surgieron desde las entrevistas realizadas a las familias.





5.2. RESUMEN GENERAL DE CREENCIAS FAMILIARES COMPARTIDAS.

De acuerdo a las categorías señaladas anteriormente, se presentan agrupadas y codificadas las creencias encontradas en las familias entrevistadas.

I. SALUD.

A. Concepción de salud:

PIA.1: Salud es un estado de ausencia de dolor.

PIA.2: Salud es un estado de bienestar físico.

PIA.3: Salud es un estado en donde se pueden realizar actividades cotidianas.

PIA.4: La buena salud es estar alerta.

PIA.5: Buena Salud es contar con buen ánimo.

PIA.6: Niño sano es quien posee buen estado físico, buen ánimo y buen rendimiento.

AIA.1: Estar sano es no tener obesidad.

NIA.1: Ser saludable es no tener ninguna enfermedad crónica o que lo mantenga postrado.

FIA.1: La salud es la ausencia de enfermedad.

FIA.2: Estar enfermo es presentar problemas respiratorios y virales.

FIA.3: La salud es llevar una vida sana, incluyendo la alimentación.

MIA.1 Tener buena Salud es no padecer enfermedades médicas.

MIA.2 Poseer buena salud previene enfermedades crónicas como la hipertensión, problemas del corazón y obesidad.

GIA.1: La salud se necesita para realizar las actividades cotidianas con normalidad.

GIA.2: La salud es un pilar esencial para vivir.

GIA.3: Tener buena salud nos permite asistir al colegio.

GIA.4: Tener salud es no estar enfermo.

GIA.5: La salud es un pilar esencial para vivir y trabajar.

GIA.6: Estar enfermo afecta el bienestar psicológico.

GIA.7: Tener salud es no estar enfermo.

GIA.8: La mala salud impide realizar actividades recreativas como bordar, tejer, etc.

B. Relación del peso con la salud:

PIBi.1: El peso afecta a la salud causando malestar.

PIBi.2: La preocupación por el peso en adultos y niños es la misma.

PIBi.3: Se considera que estar mejor tiene relación con ausencia de molestias físicas derivadas por el sobrepeso.

PIBii.1: La obesidad es una enfermedad porque no se puede controlar.

AIBi.1: El peso constituye un aspecto importante para la salud.

AIBi.2: Los niños van perdiendo peso a medida que crecen, por ende no hay que preocuparse.

AIBi.3: La salud es mejor en las personas delgadas.

AIBi.4: Los niños obesos gozan de mejor salud.

AIBii.1: La obesidad es considerada una enfermedad ya que cuesta controlarla.

FIBi.1: El sobrepeso hace daño a la salud.

FIBi.2: El peso no constituye un gran problema como tal.

FIBii.1: El sobrepeso es una condición normal.

FIBii.2: La obesidad es un problema de salud.

MIBi.1: Debe existir una preocupación temprana de la salud y el peso en los niños.

MIBi. 2: Los niños deben tener la talla y peso correspondiente a su edad para ser saludables.

MIBii.1: La obesidad es una enfermedad cuando se transforma en obesidad mórbida.

NIBii.1: Estar con sobrepeso es estar enfermo.

II. OBESIDAD:

A. Origen de la obesidad:

i. Aspectos biológicos:

PIIAi.1: El Hipotiroidismo es uno de los causantes del sobrepeso, por lo cual aunque se realice dieta es difícil manejarlo.

PIIAi.2: Una de las causas de la obesidad es el Hipotiroidismo lo cual es heredado.

AIIAi.1: No hay una edad específica para el origen de la obesidad.

AIIAi.2: La causa de la obesidad se debe a la herencia familiar.

NIIAi.1: La obesidad es una enfermedad médica ya que no se puede controlar la ingesta de alimentos.

NIIAi.2: La falta de restricciones en la primera infancia causa obesidad en los niños.

NIIAi.3: A los 5 años uno se debe comenzar a preocupar del peso.

FIIAi.1: La obesidad tiene su origen en la niñez, por lo tanto hay que preocuparse desde

FIIAi.2: El embarazo es causa del sobrepeso y se considera irreversible.

FIIAi.3: El embarazo produce sobrepeso.

MIIAi. 1: El peso adquirido en el embarazo es difícil de bajar.

MIIAi.2: El origen de la obesidad se relaciona con la herencia genética.

ii. Aspectos conductuales:

PIIAii.1: Una de las causas del sobrepeso son los hábitos alimentarios inadecuados.

AIIAii.1: La obesidad se origina por una sobre ingesta de alimentos.

AIIAii.2: La obesidad se origina por una sobre ingesta de alimentos.

NIIAii.1: La obesidad comienza por una lactancia prolongada.

FIIAii.1: El sobrepeso se origina al no realizar actividad física.

MIIAii.1: Los malos hábitos alimentarios causan sobrepeso y obesidad.

MIIAii.2: Los malos hábitos alimentarios causan sobrepeso y obesidad.

MIIAii.3: El pan es un alimento que predispone el aumento de peso.

MIIAii. 4: Las causas del sobrepeso y obesidad se asocian a los malos hábitos que son heredados desde la familia de origen.

MIIIAii.5: Los productos Light no son confiables, pero si están los medios económicos de deben consumir.

MIIIAii.6: La leche descremada tiene más agua que la leche entera.

MIIIAii.7: La leche entera sin azúcar es más saludable que la leche entera con azúcar.

MIIIAii.8: El pan debe formar parte de la dieta diaria de un trabajador.

MIIIAii.9: El pan integral es más saludable que el pan blanco.

GIIAii.1: La obesidad se origina por el consumo de alimentos calóricos y dulces como tortas.

GIIAii.2: La obesidad se origina por la sobre ingesta de alimentos ricos en azúcar.

GIIAii.3: La obesidad es causada por una lactancia prolongada.

GIIAii.4: La obesidad es causada por la sobre ingesta de alimentos.

GIIAii.5: La obesidad se produce por la ingesta de alimentos ricos en azúcar.

GIIAii.6: La obesidad se origina por una sobre ingesta de alimentos.

iii. Aspectos psicológicos:

PIIAiii.1: Una de las causas del sobrepeso es el hábito de comer como forma de aplacar la ansiedad.

NIIAiii.1: La sobre ingesta se produce por el deseo descontrolado de comer.

MIIAiii.1: El sobrepeso está causado entre otras cosas por la falta de fuerza de voluntad.

B. Consecuencias de la obesidad:

PIIB.1: Una de las consecuencias de la obesidad es la muerte.

AIIB.1: La obesidad no trae consecuencias negativas en la salud.

AIIB.2: La obesidad no trae consecuencias negativas en la salud.

i. Enfermedades asociadas:

PIIBi.1: La obesidad es un factor de riesgo de las enfermedades coronarias.

PIIBi.2: La obesidad provoca dolor físico.

PIIBi.3: La obesidad provoca dolor físico.

AIIBi.1: La obesidad provoca cansancio, ahogo, impedimento de subir escaleras, etc.

AIIBi.2: La obesidad resta agilidad, provoca cansancio y ahogo.

AIIBi.3: La obesidad causa cansancio e impide jugar.

AIIBi.4: La obesidad genera cefaleas al realizar actividad física.

AIIBi.5: La obesidad impide correr.

AIIBi.6: La obesidad trae problemas de colesterol y traumatológicos.

AIIBi.7: La obesidad provoca cansancio y ahogo.

AIIBi.8: La obesidad causa problemas a la columna.

AIIBi.9: La obesidad provoca dolor en las piernas.

AIIBi.10: La obesidad provoca cansancio y agitación.

NIIBi. 1: Una consecuencia de la obesidad es la muerte, por problemas coronarios.

- NIIBi. 2: La obesidad provoca aumento del colesterol, y como solución se debe intervenir quirúrgicamente.
- NIIBi.3: La obesidad genera un colesterol alto, lo que puede llegar a ser mortal.
- NIIBi. 4: La obesidad provoca cansancio por realizar actividad física.
- NIIBi. 5: La obesidad provoca enfermedades coronarias.
- NIIBi. 6: La obesidad origina problemas coronarios y traumatológicos.
- NIIBi.7: Estar con sobrepeso es estar enfermo.
- FIIBi.1: El sobrepeso trae como consecuencia problemas cardiovasculares.
- FIIBi.2: El sobrepeso se considera peligroso por las consecuencias que acarrea para el corazón.
- FIIBi.3: Las consecuencias del sobrepeso y la obesidad son terribles.
- FIIBi.4: La obesidad agrava problemas ortopédicos.
- FIIBi.5: El sobrepeso trae asociadas enfermedades como diabetes y presión alta.
- MIIBi.1. El sobrepeso puede causar enfermedades cardiovasculares.
- MIIBi.2 La obesidad causa agotamiento físico.
- MIIBi.3: La obesidad puede producir enfermedades médicas.
- MIIBi.4: La obesidad provoca problemas osteoarticulares.
- MIIBi.5: La obesidad no ocasiona problemas osteoarticulares.
- MIIBi.6: El peso es un factor de riesgo para contraer enfermedades.
- MIIBi.7: La obesidad ocasiona problemas de salud como hipertensión y enfermedades coronarias.
- MIIBi.8: La obesidad produce sufrimiento físico.
- MIIBi.9: La obesidad produce discapacidades y problemas para moverse.
- MIIBi.10: La obesidad produce dolor físico.
- GIIBi.1: La obesidad trae complicaciones físicas como insuficiencia respiratoria, cansancio, imposibilidad de caminar.
- GIIBi.2: La obesidad impide moverse con agilidad.
- GIIBi.3: La obesidad acarrea problemas respiratorios.
- GIIBi.4: La obesidad provoca ahogo y cansancio.
- GIIBi.5: La obesidad se origina debido a una sobre ingesta de alimentos.

ii. Aspectos estéticos:

PIIBii.1: La obesidad origina insatisfacción personal.

AIIBii.1: La obesidad trae problemas estéticos.

AIIBii.2: La obesidad trae problemas estéticos.

AIIBii.3: La obesidad causa problemas estéticos.

MIIBii.1: El sobrepeso ocasiona problemas estéticos.

MIIBii.2: La obesidad dificulta la adquisición de prendas de vestir.

MIIBii.3: La obesidad produce insatisfacción estética.

iii. Aspectos sociales:

PIIBiii.1: La obesidad causa discriminación.

PIIBiii.2: El sobrepeso genera burlas de parte de los pares.

AIIBiii.1: La obesidad provoca burlas entre los pares.

AIIBiii.2: La obesidad provoca discriminación entre los pares.

AIIBiii.3: La obesidad provoca discriminación entre los pares.

FIIBiii.1: El sobrepeso no trae problemas con los compañeros y amigos.

MIIBiii.1: La obesidad es un defecto físico que se presta para burlas y descalificaciones.

GIIBiii.1: La obesidad provoca discriminación laboral.

GIIBiii.2: La obesidad provoca discriminación laboral.

GIIBiii.3: La obesidad produce discriminación laboral y escolar

GIIBiii.4: Los niños obesos son discriminados por sus pares.

GIIBiii.5: Los niños obesos son maltratados por sus pares.

GIIBiii.6: La obesidad provoca discriminación.

GIIBiii.7: La obesidad impide establecer relaciones amorosas.

GIIBiii.8: La obesidad impide establecer relaciones amorosas.

GIIBiii.9: La obesidad no interfiere en las demostraciones de cariño.

C. HÁBITOS VIDA SALUDABLE:

A. DIETA:

i. Hábitos alimentarios:

PIIIAi.1: Una alimentación sana se refiere a consumir frutas y verduras, comidas bajas en calorías.

PIIIAi.2: Una alimentación no saludable consiste en consumir alimentos calóricos y comida rápida.

PIIIAi.3: Una alimentación sana se refiere a consumir frutas y verduras, comidas bajas en calorías.

PIIIAi.4: El comer a deshoras es un mal hábito alimentario que propicia la ganancia de peso.

PIIIAi.5: Los hábitos alimentarios deben ser cambiados sólo en los niños.

AIIIAi.1: Se pueden crear y cambiar los hábitos alimentarios.

AIIIAi.2: La sobre ingesta de alimentos a deshora constituye un mal hábito alimentario.

NIIIAi. 1: No es saludable comer excesivamente.

NIIIAi. 2: Comer verduras y tomar agua corresponde a una alimentación sana.

FIIIAi.1: Cuatro comidas diarias y dormirse temprano son hábitos saludables.

MIIIAi. 1: Comer a deshoras y comer alimentos ricos en calorías son malos hábitos alimentarios.

MIIIAi.2: Para solucionar el problema de la obesidad se deben cambiar los hábitos alimentarios de todo el grupo familiar.

MIIIAi.3: El pan debe formar parte de la dieta diaria de un trabajador.

MIIIAi.4: Dentro de la dieta es tan importante incorporar las frutas y verduras como el pan.

MIIIAi.5: Los malos hábitos alimentarios deben ocultarse para no ser transmitidos.

MIIIAi. 6: Cuando no existen rutinas u horarios de alimentación se come en exceso.

GIIIAi.1: La vida saludable es comer sano.

GIIIAi.2: Comer sano es parte de una vida saludable.

GIIIAi.3.: El origen de la obesidad se relaciona con la sobre ingesta de alimentos.

ii. Valor nutricional de los alimentos:

PIIIAii.1: Los productos Light son alimentos apropiados para bajar de peso ya que poseen bajo aporte calórico.

PIIIAii.2: La comida chatarra no es sana y no se debe ingerir.

PIIIAii.3: Las vitaminas engordan.

PIIIAii.4: Los productos Light son alimentos apropiados para bajar de peso ya que poseen bajo aporte calórico.

AIIIAii.1: Las ensaladas y las frutas son alimentos saludables.

AIIIAii.2: Los completos y las papas fritas son alimentos no saludables.

AIIIAii.3: Las ensaladas y los pescados son bajos en calorías.

AIIIAii.4: La comida casera y de campo como las lentejas, porotos, cazuelas, cordero engordan.

AIIIAii.5: La leche es un buen alimento para desarrollar los huesos y dentadura.

NIIIAii.1: El pan predispone el aumento de peso, mientras el agua ayuda a bajarlo.

FIIIAii.1: La comida hoy es menos saludable, sobre todo la comida de preparación rápida

FIIIAii.2: Las frutas y verduras son alimentos saludables; y las grasas, las frituras y las

FIIIAii.3: La comida envasada es poco saludable.

FIIIAii.4: La leche más diluida contiene menos calorías que la leche entera más

FIIIAii.5: El hambre se puede quitar tomando agua.

FIIIAii.6: Para no engordar no hay que comer papas fritas ni suflitos en exceso.

FIIIAii.7: Las vitaminas hacen subir de peso.

FIIIAii.8: El consumo de verduras produce hambre.

FIIIAii.9: Comer carne de cualquier tipo quita el hambre.

FIIIAii.10: Las galletas de agua no engordan.

MIIIAii. 1: Los productos light poseen menos calorías que el pan.

MIIIAii. 2: Es mas saludable preparar el pan amasado con aceite en vez, de manteca y grasa.

MIIIAii. 3: Las papas fritas, dulces y bebidas gaseosas son alimentos chatarras por su alto contenido calórico.

GIIIAii.1: La comida sana son los alimentos hipocalóricos.

GIIIAii.2.: La leche materna es fundamental para que los niños sean sanos.

GIIIAii.3: El pavo es un alimento más sano.

iii. Porciones o cantidad de alimentos:

PIIIAiii.1: Una alimentación sana se refiere a consumir porciones más pequeñas.

PIIIAiii.2: Una alimentación sana se refiere a consumir porciones más pequeñas.

PIIIAiii.3: Algunas abuelas no controlan el tamaño de las porciones que comen sus nietos, incitándolos a comer más.

PIIIAiii.4: Los niños deben comer una porción de comida más pequeña que los adultos.

PIIIAiii.5: Los niños deben comer una porción de comida más pequeña que los adultos.

PIIIAiii.6: Se concibe que no cumplir con el tamaño de las porciones alimenticias es dañino para la salud.

PIIIAiii.7: Los niños deben comer una porción de comida más pequeña que los adultos.

AIIIAiii.1: Una forma de bajar de peso es comer de todo pero distribuir la ingesta en menores cantidades.

AIIIAiii.2: Los niños no deben tener límites en su cantidad de ingesta cuando son chicos.

NIIIAiii.1: Una ración normal de alimento es una porción, un jugo y un postre.

NIIIAiii.2: En el embarazo la porción de la mujer debe ser el doble.

NIIIAiii.3: Los adultos y niño deben comer la misma cantidad de alimento.

NIIIAiii.4: Los niños deben comer una gran porción de alimento, de lo contrario quedan con hambre.

NIIIAiii.5: A los hombres hay que darles el doble de la porción de comida, porque trabajan todo el tiempo.

NIIIAiii.6. El hombre debe comer más porque trabaja más.

FIIIAiii.1: Una dieta para bajar de peso incluye todos los alimentos, sólo que medidos.

MIIIAiii.1: Al niño hay que darle alimento hasta que quede satisfecho y tranquilo.

GIIIAiii.1: Los hombres deben comer una porción mayor de alimentos.

iv. Accesibilidad de los alimentos:

AIIIAiv.1: El acceso a los alimentos no se debe limitar a los niños.

AIIIAiv.2: No es bueno que los niños preparen sus alimentos ya que tienen libre acceso a éstos.

AIIIAiv.3: A los niños no se le puede controlar la ingesta de comida cuando saben cocinar.

AIIIAiv.4: El acceso al alimento debe ser libre en los niños porque están en época de crecimiento.

NIIIAiv. 1. Un buen nivel socioeconómico del grupo familiar permite una mayor disponibilidad de alimentos grasos, lo que provoca obesidad.

FIIIAiv.1: El precio de los alimentos más sanos equivale al de los alimentos menos sanos.

FIIIAiv.2: Los alimentos más sanos no son más caros que la comida chatarra.

FIIIAiv.3: La alimentación que se expende en el kiosco sano del colegio es saludable, sin importar el valor energético.

GIIIAiv.1: La ingesta de comida no se limita cuando hay deseos de comer.

GIIIAiv.2: Habiendo disponibilidad del alimento hay que comer todo lo que se puede.

v. Comidas fuera de casa:

PIIIAv.1: Se considera que durante la jornada del colegio se come más, por lo que resulta difícil bajar de peso.

PIIIAv.2: La comida del colegio es rica en vitaminas.

NIIIAv. 1: La porción de comida del colegio es muy chica.

MIIIAv. 1: La comida del colegio está bien porque es una porción normal.

MIIIAv.2: Las comidas fuera de la casa no se pueden controlar.

MIIIAv. 3: El alimento entregado en el colegio tiene la cantidad suficiente y necesaria de nutrientes.

B. ACTIVIDAD FÍSICA:

PIIIB.1: Realizar actividad física se considera como un hábito de vida saludable.

PIIIB.2: Las caminatas son una forma de realizar actividad física.

AIIIB.1: Las personas obesas no pueden realizar actividades físicas con normalidad.

AIIIB.2: La actividad física que realiza en el colegio es suficiente como ejercicio.

AIIIB.3: El dibujo es un deporte.

NIIIB.1: Para ser saludable hay que practicar actividad física.

NIIIB. 2. Cuando los niños comienzan a caminar adelgazan.

FIIIB.1: Los deportes ayudan en el tratamiento para bajar de peso.

FIIIB.2: Los juegos electrónicos no ayudan en la disminución del peso.

FIIIB.3: El ejercicio más cansador es más saludable y ayuda a bajar de peso.

FIIIB.4: El juego fuera de la casa, con ejercicio físico ayuda a no engordar.

FIIIB.5: Los deportes constituyen un buen ejercicio físico.

FIIIB.6: Haciendo deportes el tratamiento es más efectivo.

MIIIB.1: Las personas obesas pueden realizar actividades físicas con normalidad.

MIIIB.2: Realizar actividad física consiste en caminar o andar en bicicleta

MIIIB.3: Llevar al niño al colegio caminando es una actividad física.

MIIIB.4: La obesidad no permite realizar las mismas actividades físicas que los niños delgados.

MIIIB.5: A los infantes varones les gusta más los deportes y hacen más actividad física.

GIIIB.1: Hacer actividad física es saludable.

GIIIB.2: Realizar deporte es saludable.

GIIIB.3: El yoga y caminar son actividades físicas.

GIIIB.4: La actividad física fomenta el buen ánimo.

GIIIB.5: Realizar las labores domésticas es hacer actividad física.

IV. VALOR SIMBOLICO DEL ALIMENTO:

PIV.1: Una persona es “mala” cuando no le proporciona a los hijos la cantidad de comida que ellos solicitan.

PIV.2: Una persona es “mala” cuando no proporciona a los hijos la cantidad de comida que ellos solicitan.

AIV.1: La comida no se puede negar.

AIV.2: La comida no puede ser negada.

AIV.3: La comida no puede ser negada.

AIV.4: La comida no puede ser negada.

NIV .1. Los abuelos le dan golosinas a los nietos como forma de demostrar cariño.

MIV.1: El pan no debe faltar en el hogar.

GIV.1: Los niños toman pecho de forma prolongada como una manera recibir cariño.

V. EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO:

A. TRATAMIENTO:

i. Características del tratamiento:

PVAi.1: Un tratamiento exitoso tiene relación con la rigurosidad del cumplimiento de las prescripciones médicas.

PVAi.2: Para bajar de peso se debe adquirir más verduras, alimentos con bajo aporte calórico y menos carbohidratos.

PVAi.3: Los demás miembros de la familia pueden seguir consumiendo alimentos altos en calorías siempre y cuando los niños no lo noten.

PVAi.4: El tratamiento debería estar basado en una pauta rigurosa de alimentación y en controles médicos continuos.

PVAi.5: El peso se controla manteniendo hábitos de vida saludable.

PVAi.6: El comer y preparar comida saludable y baja en calorías es una forma de tratamiento que ha tenido buenos resultados.

PVAi.7: Realizar actividad física y de entretenimiento se consideran como una alternativa para bajar de peso.

PVAi.8: El bajar de peso se consigue siguiendo una dieta.

PVAi.9: Se concibe que un tratamiento es efectivo cuando considera una dieta restrictiva.

FVAi.1: Con el cambio de alimentación se logra mantener el peso.

FVAi.2: El tratamiento puede llevarse a cabo sin apoyo del equipo médico.

FVAi.3: Para bajar de peso el equipo de salud no prescribe dieta, sino sólo comer más verduras.

FVAi.4: Se debe comer más sano y hacer más ejercicio.

MVAi.1: El tratamiento se basa en una dieta saludable, baja en calorías y grasas.

MVAi.2: Para el tratamiento de la obesidad se debe realizar actividad física.

GVAi.1: Para que un tratamiento sea afectivo es necesario una información directa y oportuna.

GVAi.2: Para bajar de peso hay que comer frutas.

GVAi.3: Las mandarinas y las naranjas son parte del tratamiento.

ii. Recursos Personales:

PVAii.1: Para llevar a cabo un tratamiento efectivo es necesario tener fuerza de voluntad.

PVAii.2: La fuerza de voluntad es esencial en el tratamiento.

PVAii.3: Los adultos pueden desarrollar la fuerza de voluntad y así seguir efectivamente el tratamiento.

MVAii.1: Para realizar un cambio en los hábitos alimentarios es necesario tener fuerza de voluntad.

iii. Indicadores de éxito:

AVAiii.1: El tratamiento es efectivo cuando existe una baja de talla.

FVAiii.1: Un indicador de éxito del tratamiento es la disminución de talla.

FVAiii.2: El mantenerse en el peso indica que el tratamiento va bien.

FVAiii.3: El peso ideal es el que se tiene antes del embarazo.

GVAiii.1: El tratamiento ha sido efectivo porque ya no toman bebidas dulces.

GVAiii.2: El tratamiento se termina cuando se está delgado.

GVAiii.3: La disminución de peso es un indicador de éxito en el tratamiento sin considerar la relación con la talla.

B. ADHERENCIA TERAPEUTICA:

i. Designación del agente activo de cambio:

PVBi.1: La madre es la encargada de la alimentación en la casa y por lo tanto de la dieta.

PVBi.2: La madre es la responsable del tratamiento y de la dieta del niño.

PVBi.3: Los adultos y en especial la madre son los responsables del tratamiento y de inculcar hábitos de vida saludable.

PVBi.4: Todos los miembros de la familia deben participar en el tratamiento.

NVBi. 1: La persona responsable del tratamiento es exclusivamente la niña.

- NVBi. 2: El tratamiento debe partir de la voluntad de la propia persona.
- NVBi. 3: La responsabilidad del tratamiento es de la niña.
- NVBi. 4: La persona que se debe hacer cargo del tratamiento es la niña.
- FVBi.1: El niño es el agente activo de cambio.
- FVBi.2: La cooperación del propio afectado es importante en el cambio.
- FVBi.3: La madre es responsable de los alimentos que ingiere el niño.
- FVBi.4: Depende sólo del niño lo que ingiere.
- FVBi.5: El agente activo de cambio es el niño.
- FVBi.6: La madre es agente controlador del cambio en el hijo.
- FVBi.7: Las madres deben prevenir la obesidad en los hijos.
- MVBi.1: El niño debe ser responsable de su tratamiento.
- MVBi.2: La madre debe ser responsable de su tratamiento.
- MVBi.3: La madre debe ser la responsable del tratamiento.
- MVBi.4: El niño bajo tratamiento es el único que debe adquirir hábitos de vida saludable y la madre es la que debe enseñarlos.
- MVBi.5: Los niños son los encargados de seguir el tratamiento y la dieta.
- MVBi.6: La alimentación de los niños debe ser controlada estrictamente por los padres.
- MVBi.7: Los niños deben responsabilizarse de sus conductas incluyendo el tratamiento.
- MVBi. 8: La niña debe ser la responsable de su tratamiento, los padres deben apoyarla.
- MVBi. 9: La madre debe ser responsable del tratamiento.
- MVBi.10: No se debe llegar a la privación absoluta del alimento, sino la persona debe controlar su ingesta.
- MVBi.11: Cuando los niños son pequeños, la madre debe asumir el control de su alimentación.
- MVBi.12: El preadolescente debe asumir parte de la responsabilidad de seguir su tratamiento.
- MVBi.13: Si el niño es responsable en el colegio será responsable de su tratamiento.

ii. Dificultades del tratamiento:

- AVBii.1: Los niños que son pasivos no logran bajar de peso.

AVBii.2: El tratamiento es difícil porque el niño pasa hambre.

FVBii.1: El tratamiento ha resultado fácil, aunque a veces se debe obligar al niño a seguir las indicaciones.

FVBii.2: El tratamiento es moderadamente difícil de seguir, sin embargo hay que acostumbrarse.

FVBii.3: El tratamiento ha sido fácil.

MVBii.1: El tratamiento es difícil porque falta fuerza de voluntad.

a. Biológicas.

PVBiia.1: Manejar el peso se dificulta entre otras causas por el embarazo y por el uso de anticonceptivos de administración oral.

NVBiia.1: Las ansias de comer son una dificultad permanente en el tratamiento.

GVBiia.1: Durante el período premenstrual aumenta el deseo de comer alimentos dulces.

GVBiia.2: En el período premenstrual aumenta el deseo de comer chocolate debido a la falta de hierro.

b. Conductuales.

PVBiib.1: Para los niños es difícil decir que no ante el ofrecimiento de golosinas.

PVBiib.2: Uno de los obstáculos para llevar a cabo el tratamiento es la ingesta de alimentos como medio para aplacar la ansiedad.

PVBiib.3: Uno de los obstáculos para llevar a cabo el tratamiento es la ingesta de alimentos como medio para aplacar la ansiedad.

PVBiib.4: El hábito de ingerir comidas altas en calorías es un impedimento para cumplir satisfactoriamente el tratamiento.

PVBiib.5: La comida es una forma de aplacar el miedo y la ansiedad.

FVBiib.1: La comida más sana es más difícil de preparar y requiere de más tiempo.

MVBiib. 1: Para realizar actividad física se necesita disponer de tiempo.

MVBiib. 2: Los antojos y ganas de comer son un impedimento para bajar de peso.

MVBiib. 3: El control y la restricción de los padres sobre la alimentación de sus hijos, no es efectivo.

GVBiiB.1: El tratamiento no es complejo debido a que el consumo de verduras es parte de la dieta habitual.

GVBiiB.2: El tratamiento no es complejo debido a que el consumo de verduras es parte de la dieta habitual.

c. Interpersonales.

PVBiiC.1: A los niños se les hace más difícil manejar el peso por la presión de los pares en el colegio.

PVBiiC.2: El tratamiento se dificulta por la presión de los pares.

PVBiiC.3: Una de las complicaciones del tratamiento son las recriminaciones afectivas de los niños.

PVBiiC.4: Los niños consumen golosinas debido a la presión de sus pares.

PVBiiC.5: Al negarse a comer golosinas, el niño es mirado con extrañeza por los demás.

d. Económicas.

NVBiiD.1: Los alimentos diet son más costosos.

MVBiiD.1: El tratamiento es complejo porque los productos bajos en calorías son más costosos.

MVBiiD.2: El tratamiento es complejo porque no existen los medios económicos.

MVBiiD.3: Los problemas económicos son una dificultad para seguir el tratamiento.

MVBiiD.4: para seguir las instrucciones de la nutricionista se necesita tener medios económicos

MVBiiD.5: El tratamiento es complejo porque los productos bajos en calorías son más costosos.

e. Relación con el Equipo de salud:

AVBiii.1: Los profesionales de la salud son un apoyo para el tratamiento.

AVBiii.2: Los profesionales son importantes en el tratamiento de la obesidad.

NVBiii.1: Los profesionales son confiables.

NVBiii.2. Sin la ayuda del equipo de Salud no se puede seguir el tratamiento.

FVBiii.1: El peso tiene importancia desde que la familia es informada del problema por el equipo médico.

MVBiii.1: El equipo de salud es confiable en relación a la efectividad del tratamiento.

MVBiii.2: El equipo de salud es confiable para que el tratamiento sea efectivo.

MVBiii.3: Sin el apoyo del equipo de Salud no se intentaría seguir un tratamiento.

MVBiii.4: La función del equipo de salud es responsabilizar al niño(a) y hacerlo cargo de su tratamiento.

MVBiii.5: Si no existiera el equipo de salud dentro de la localidad donde se reside, no se hubiera hecho nada para solucionarlo.

MVBiii.6: Sin la ayuda de los profesionales de la salud resulta difícil seguir un tratamiento.

GVBiii.1: El equipo de salud es confiable y estricto.

GVBiii.2: El apoyo del equipo de salud es fundamental para que el tratamiento sea efectivo.

C. VALOR REFORZANTE DEL TRATAMIENTO:

PVC.1: Al adelgazar se conseguirán beneficios estéticos.

PVC.2: Si una persona sigue el tratamiento y le da resultado, será más bella.

PVC.3: El bienestar futuro está ligado a la estética delgada y a no presentar sobrepeso.

PVC.4: Con fuerza de voluntad y perseverancia se consigue el bienestar a futuro.

NVC.1: El tratamiento es complicado al no seguir las instrucciones del equipo de salud.

NVC.2: El tratamiento es complicado si no se siguen las instrucciones del equipo de salud.

NVC.3: El éxito del tratamiento se consigue si se siguen las instrucciones médicas.

FVC.1: El niño va a bajar de peso porque tiene muchas ganas de tener éxito.

FVC.2: El tratamiento se mantiene hasta cuando se baje de peso.

FVC.3: Está bien bajar la mitad de los kilos que dice el equipo de salud.

FVC.4: A futuro se va a tener éxito en el tratamiento.

MVC.1: Estar bien es estar delgado.

GVC.1: Si se logra el tratamiento se es más bella.

5.3. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN.

5.3.1. Salud.

El significado compartido por las familias respecto de la salud da cuenta de un concepto que contiene numerosos aspectos relacionados y que son incorporados por sus miembros los que, según la importancia que le asignan a estas distintas dimensiones, adquieren conciencia o no de los recursos que deberán destinar a mantenerla o mejorarla.

Las creencias compartidas influyen en la forma de interpretar la enfermedad y en su posterior comportamiento para procurar la salud.

CONCEPCIÓN DE SALUD: Tras el análisis de las entrevistas realizadas se observa que el concepto de salud en este grupo de familias está muy relacionado con la condición de “no enfermedad”, lo que adquiere una significación de bipolaridad: sano / enfermo.⁶

“...para mi sano es no tener una enfermedad que lo tenga meses en cama o que tenga una enfermedad o que no tenga cura po...”

(NIA.1)

“Yo creo que tener buena salud, es tener salud es... imagínese cualquier enfermedad la va matando de a poco.”

(GIA.7)

Por otro lado, algunas familias realizan una interpretación integral la cual considera aspectos físicos, psicológicos y sociales, los que juntos construirían una especie de columna central necesaria para vivir.

“...yo encuentro que tener salud es lo mejor que uno puede tener en la vida, porque si uno tiene salud lo tiene todo poh, sin salud no tiene trabajo no hay nada po”

(GIA.5)

⁶ En sólo una de las familias entrevistadas se reportó la relación entre la salud y “vida saludable”, que incluye la alimentación y la vida al aire libre, es decir, de una u otra manera, la salud tendría que ver con la responsabilidad y con la forma en que las personas asumen la prevención y los cuidados.

Sin embargo es importante hacer notar que las familias entrevistadas, en un gran número, dan cuenta de una concepción parcelada de enfermedad, marcada por las limitaciones físicas y de malestar orgánico.

“Cuidarse po, para tener un... una buena vida, para que a futuro ella no tenga problema de hipertensión, problemas del corazón, obesidad.”

(MIA.2).

Un aspecto importante lo constituye la relación que se establece entre salud, (o ausencia de enfermedad); y el estado de ánimo, la energía y el impedimento para la realización de actividades cotidianas.

“...uno se siente bien, anda bien, anda con otro como le dijera yo, otro carácter, no anda de mal carácter porque cuando uno está enfermo puchas que uno tiene mal carácter, anda mal genio, no y cuando uno anda bien”

(GIA.6)

Como digno de notar, por lo singular, es la referencia que se hace de la salud como ausencia de dolor o de “no padecimiento”, en otras palabras, la enfermedad presenta para algunas personas un efecto corporal, que resulta molesto o, por lo menos, incómodo.

*“¿Cómo se sienten cuando tienen salud?
Eh...es cuando no tenemos ningún dolor.”*

(PIA.1)

RELACIÓN DEL PESO CON LA SALUD: La salud como concepto, da cuenta de las diversas perspectivas con las que las personas la relacionan. Un aspecto importante lo constituye el peso como condicionante de salud, es decir considera, más allá de los alcances estéticos, toda la comorbilidad, molestias asociadas y la funcionalidad afectada.

Las personas establecen este puente de unión a nivel conceptual, amparadas por un discurso que refleja una mayor o menor causalidad.⁷

*“¿Ustedes consideran el peso importante respecto de la salud?
Sí, es una parte importante de la salud, porque es malo.”*

(FIBi.1)

Existen en general creencias familiares que tienen que ver con los niños y la evolución del sobrepeso cuando ha sido detectado. La preocupación por el peso de los niños es evidente, sin embargo se tiende a pensar que es un problema que se supera con la edad y con el consiguiente desarrollo.

“Mientras más temprano uno se preocupe mejor. O sea antes de... antes que pase algún problema, algo, alguna cosa...”

(MIBi.1)

Algunas familias reportan que la obesidad es un problema solamente a partir de la comorbilidad, esto es, enfermedades que junto a la obesidad empeoran la salud de las personas, molestias asociadas principalmente en cuanto a dolencias físicas y a las consecuencias, pero no como problema en sí.

*“¿Para ti alguna vez fue un problema antes que tu supieras eso de...?
No... no, yo no creía que me podía dar un ataque al corazón.”*

(FIBi.2)

Resulta curioso, aunque no extraño, que aún se considere el sobrepeso o la obesidad como un signo de “estar saludable”.

⁷ Lo que no siempre se ve acompañada por una conducta congruente.

“Mis hijos son gordos, de buena salud.”

(AIBi.4)

La obesidad, como problema epidemiológico en sí, o como causa de comorbilidad, representa uno de los desafíos para los sistemas de salud, ya sea por las dificultades de su manejo como por las complicaciones presentes y futuras.

Las familias entrevistadas en general no consideran el sobrepeso como un inconveniente, pero sí son capaces de hacer la diferencia con la obesidad, la que en ese momento se asocia con estado de no salud.

“...mmm la obesidad es una enfermedad, también un defecto pero más una enfermedad por todo lo que se ha visto en la televisión que de repente empieza a ser como extremo.”

(MIBii.1)

Otra de las conceptualizaciones que realizan las familias en relación a la obesidad como enfermedad es que el carácter de incontabilidad es la que la hace una patología, en otras palabras, la dificultad que poseen las personas para controlar la ingesta y el aumento de peso se considera como una enfermedad.

“...una enfermedad porque... resulta que...uno que ya está en edad cuesta para bajar de peso, cuesta mucho, mucho controlarla”.

(AIBii.1)

5.3.2. Obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un balance positivo de energía mantenido en el tiempo. Ocurre cuando la ingesta de calorías excede al gasto energético ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal, y por ende ganancia de peso. Se considera que es un importante factor de riesgo para el desarrollo de

otras enfermedades como la diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial entre otras, generando así una serie de consecuencias biológicas y psicosociales.

ORIGEN DE LA OBESIDAD: Al considerar las causas de la obesidad se puede concluir que existen algunos factores operando en forma conjunta y que se influyen mutuamente. Es importante enfatizar que en una situación multifactorial, el rol de dos o más de ellos puede a menudo traer como consecuencia un mayor efecto que cuando los factores actúan separadamente.

Tras el análisis de las entrevistas, se observa que las creencias de estas familias acerca de las causas de la obesidad se relacionan con los aspectos biológicos, conductuales y psicológicos involucrados en el origen de la enfermedad, los cuales serán abordados a continuación.

Aspectos Biológicos: Se entiende por aspectos biológicos a los distintos elementos evolutivos, orgánicos y genéticos de las personas que podrían predisponer el comienzo de la obesidad. Por lo cual, en esta subcategoría se encuentran aquellas creencias que relacionan estos aspectos con el origen de la enfermedad.

De acuerdo a las creencias familiares compartidas analizadas, existe un aspecto evolutivo central que determinaría el origen de la obesidad: la edad de aparición que se ubica en los primeros años de vida, resulta fundamental ya que mientras más tempranamente se aborde el problema, mejora el pronóstico.⁸

“Yo creo que hay que preocuparse desde que esté chiquitito para que se vaya manteniendo...”

(FIIAi.1)

Es importante insistir que el análisis de estas creencias es fundamental puesto que es en la etapa de la niñez donde resulta más factible cambiar conductas de alimentación y de

⁸ Sin embargo, una de las familias no considera que se pueda fijar una edad específica para el origen de la obesidad, lo cual hace que no haya una preocupación temprana del peso incorporada en la familia.

actividad física, ya que es el momento en que se forman los hábitos, se estructura la personalidad y se pueden establecer patrones que en el futuro serán más difíciles de cambiar.

Por otro lado, para las familias el embarazo constituye otra causa biológica a considerar, es decir, refieren que debido a la serie de cambios hormonales y psíquicos que ocurre en este período, existe un aumento de la ingesta cuyo resultado final es un excesivo aumento de peso que se ha mantenido y que constituye la causa de la obesidad.

“Antes que me embarazara de Francisco yo pesaba 53 kilos y lo que subí con él, no lo bajé más.”

(FIIAi.2).

Un tercer aspecto, de carácter biológico, es la atribución que hacen las familias a la herencia genética. En otras palabras, para estas familias la obesidad se explica por la presencia de la enfermedad en sus antecesores, es decir, la obesidad está ligada a un carácter transgeneracional. Lo anterior es importante ya que los factores genéticos incluyen a todos los genes responsables de las vías metabólicas que intervienen en la producción, el consumo y la regulación del metabolismo de la energía, fluctuando la heredabilidad de la masa corporal grasa entre un 40 y 70%.⁹

“¿Por qué son gorditos cree Usted?”

No sé...porque igual no se come, a lo mejor es por herencia”

(MIIAi.2)

Aspectos conductuales: Dentro de las creencias que tienen las familias acerca de los aspectos conductuales o comportamientos que originan la obesidad, se observa que se incluyen las conductas asociadas con el estilo de vida que llevan las personas obesas, tales

⁹ Sólo una familia atribuye el origen de la obesidad a una enfermedad del sistema endocrino, en este caso, la obesidad formaría parte de las complicaciones del Hipotiroidismo y tendría un difícil manejo y control por parte de las personas involucradas.

como el tipo y la cantidad de alimento que se ingiere, el momento en que se realiza la ingesta y la actividad física que ejecutan.

En la mayoría de las familias se identifica que el origen de la enfermedad es atribuido principalmente a la sobre ingesta sostenida de alimentos por parte del niño, lo que provoca un consumo excesivo de calorías, generándose un aumento de peso.

“...después comía, comía y cosas así y empezó a engordar desde ya los 12 años más o menos”

(GIIAii.4)

Según las creencias de las familias entrevistadas, una lactancia prolongada es otra de las causas que origina la obesidad. Esto se explica ya que se produce un aumento en el apetito del infante que no puede ser controlado y que lleva a un sobrepeso que va en aumento a medida que crece.

“...ha sido como gordita desde chiquitita, si es que tomo pecho hasta como los tres años”

(GIIAii.3)

Algunas familias creen que la causa de la obesidad radica en la falta de hábitos alimentarios más saludables. De este modo, estas familias creen que consumir alimentos ricos en azúcar y calorías son los causantes del aumento de peso.

“Comía muchas cosas, golosinas incluso hasta ahora yo le digo porque le gustan mucho los chocolates.”

(GIIAii.5)

En algunas ocasiones, las citadas familias sostienen que los malos hábitos alimentarios se explican por la herencia, la cual es mantenida por el actual sistema familiar.

“No sé porque a lo mejor uno no les enseñó bien desde un principio no comer sano... o será, a lo mejor estoy equivocada, también que viene de la familia para atrás.”

(MIIAii. 4)

Dentro de los hábitos de vida saludable, otra creencia familiar es aquella donde el sedentarismo o la falta de actividad física, provoca un desbalance en el gasto energético en relación a la ingesta calórica, lo cual causa un aumento de las reservas energéticas del organismo en forma de grasa.

“...yo antes con Francisco pasábamos más en la casa, almorzábamos y nos acostábamos a ver tele. Francisco se quedaba dormido y yo me quedaba al lado de él, no hacíamos vida, ejercicio, no salíamos.”

(FIIAii.1)

Aspectos Psicológicos: Finalmente, dentro de los aspectos que estas familias atribuyen como los causantes de la obesidad, se encuentran los estados psicológicos o emocionales que originan la enfermedad y que se relacionan principalmente con la imposibilidad de controlar los deseos de comer, ya sea por ansiedad o por ausencia de fuerza de voluntad y/o motivación. Es importante señalar que los factores psicológicos influyen en los hábitos de alimentación y muchos individuos comen en exceso o en cantidades menores que las requeridas en respuesta a emociones negativas, tales como el aburrimiento, la tristeza o la ira. En algunos individuos la intensidad de las señales psicológicas es suficiente como para contrarrestar las señales hormonales que regula la ingesta de energía y de alimentos.

*“Y ahí comía más de la cuenta, ¿dice usted?
Sí, para no sentirse sola, no puedo parar de comer”.*

(PIIAiii.1)

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD: Las consecuencias que la obesidad y el sobrepeso pueden tener en la salud son numerosas y variadas, éstas van desde un mayor

riesgo de muerte prematura hasta diversas limitantes, físicas y psicológicas, que no son mortales pero pueden tener un efecto negativo en la calidad de vida de las personas que la adolecen.

En relación a las creencias de las familias entrevistadas acerca de las consecuencias o complicaciones que conlleva la obesidad, se pudo extraer tras el análisis que para ellas éstas se ubican en un continuo y tienen diversos grados de influencia en la salud, estos son: leve, moderado y grave.

“¿Te influía el peso en este sentirte bien?”

No, siempre me sentía bien.”

(AIIB.1)

“...la doctora me dijo que como yo estaba de gorda en ese minuto era como una bomba de tiempo y podía explotar y quedar ahí no más, entonces yo quiero verla crecer a ella (llora).”

(PIIB.1)

Enfermedades Asociadas: Se observa que dentro de las consecuencias señaladas, las creencias familiares se relacionan por un lado con las enfermedades o molestias asociadas, ya sea a corto o a largo plazo, por otro, con los problemas estéticos que implica y por último, con las repercusiones sociales que tiene.

Las creencias acerca de la coexistencia de la obesidad con otras patologías o malestares físicos, pueden dividirse en aquellas que ocurren a corto y a largo plazo. Dentro de las complicaciones a corto plazo se encuentra principalmente un grupo de creencias familiares que postulan que la obesidad acarrea limitaciones físicas, las cuales impiden movilizarse con normalidad o realizar actividades cotidianas, caracterizadas principalmente por sensación de ahogo, cansancio y agotamiento físico.

“...con más gordura uno... como que se ahoga, uno que tiene que trabajar, andar subiendo escalas, anda siempre cansada, agita’ y así no poh.”

(AIIBi.1)

Dentro de las complicaciones a largo plazo de la obesidad infantil se encuentran los factores de riesgo como la hipertensión cardiovascular, diabetes mellitus no insulino dependiente, problemas gastrointestinales, enfermedad pulmonar, algunos cánceres y alteraciones ortopédicas.

En este grupo de complicaciones se encuentran principalmente aquellas creencias que refieren que la obesidad no es una enfermedad en sí misma sino que es un factor de riesgo para contraer futuras patologías, es decir, este trastorno se conceptualiza como problema al estar asociado a otras enfermedades.

“Porque si subo de peso, eso me puede traer alguna enfermedad.”

(MIIBi.3)

En las familias entrevistadas también se puede identificar la creencia de la existencia de estos distintos grupos de enfermedades asociadas a la obesidad. El principal grupo son las enfermedades cardiovasculares y coronarias que conlleva a la obesidad.

“... por todas las enfermedades que está trayendo ahora poh, por la... los infartos al corazón”

(FIIBi.1)

Además, un grupo importante de enfermedades asociadas frecuentemente son las relacionadas con los problemas osteoarticulares y traumatológicos, especialmente aquellos relacionadas con problemas en la columna y en las rodillas.

“Porque ella igual tiene un problema a la columna y el peso igual influye sobre eso.”

(MIIBi. 4)

Otro grupo de creencias son aquellas relacionadas con las enfermedades crónicas que produce la obesidad como la diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión arterial, cuyo curso es crónico y puede llegar a ser mortal.

*“¿Qué otra preocupación te trae el peso?... Porque tu dices “me preocupa el peso”
Porque otras veces también me pueden mandar a operarme, pueden salir mal las cosas...
¿Y por qué tendrían que operarte, crees tú?
Para el colesterol”*

(NIIBi.2)

Por último, existen ciertas familias que creen que la obesidad acarrea problemas respiratorios.

“Entonces un día en que me di cuenta que la Gabriela estaba tan ahoga me asusté porque no podía respirar y dije: No la niña está muy gorda y la traje a médico y me dijo el doctor: está muy gorda”

(GIIBi.3)

Aspectos estéticos: Con respecto a las creencias relacionadas con los efectos en la imagen personal de las personas obesas que tienen las familias entrevistadas, se puede concluir que existe un consenso sobre la existencia de un deterioro mantenido en la imagen personal que se traduce en una insatisfacción de la autoimagen.

“Bueno, por lo menos a mi me gustaría que ella se mantuviera en un peso normal porque igual yo le digo que ser más gordita, vas a tener problemas para comprar ropa, si a ti te gusta algo a lo mejor no te lo vas a poder comprar porque no te va a quedar bien, entonces yo eso le hablo a ella, para que ella compre sus cosas al gusto, que le queden bien.”

(MIIBi.1)

Aspectos Sociales: Los niños obesos sufren una serie de estigmatizaciones que provocan efectos adversos en la socialización con sus pares lo que los lleva a sufrir descalificaciones, burlas y aislamiento social.

Las creencias acerca del impacto que sufren las personas con sobrepeso en las relaciones interpersonales versan principalmente sobre la discriminación social que sufren con la obesidad, lo cual se traduce en un aislamiento y problemas con sus pares.

“Que la gente igual es mala, yo le digo, los niños igual son malos se burlan de la gente que es más gordita, en el colegio igual. Yo no sé si en el colegio a ella le dicen nada, pero yo veo en otros lados.”

(MIIBiii.1)

Otro grupo de creencias está dirigido a las consecuencias afectivas que tiene la obesidad, relacionada principalmente con la imposibilidad que tienen los obesos de establecer relaciones amorosas.

*“¿Tú crees que este niño que no te pesca, tú crees que es porque tienes kilos de más?
Si, igual pescan a las más flacas.”*

(GIIBiii.8)

5.3.3. Hábitos de vida saludable.

DIETA: Se refiere a la ingesta de tipos, cantidades de alimentos y bebidas que proporcionan los nutrientes necesarios para sobrevivir y desarrollarse normalmente.

Hábitos alimentarios: son definidos como el modo en que los individuos o grupos seleccionan, preparan, consumen y almacenan sus alimentos. En otras palabras, son el conjunto de creencias acerca de las costumbres que determinan el comportamiento de los sujetos en relación a los alimentos.

Las creencias familiares compartidas en relación al sobrepeso y a los hábitos alimentarios son una importante variable generadora y mantenedora del sobrepeso infantil. Por lo tanto, las creencias familiares respecto a aquellos alimentos que son considerados saludables o no saludables, influirán considerablemente en el mantenimiento de ciertos hábitos de alimentación del grupo familiar que pueden alentar o desalentar el desarrollo de sobrepeso u obesidad.

Las creencias familiares compartidas encontradas en el presente estudio, acerca de esta sub-categoría, se enfocan en su mayoría a la descripción de alimentos que componen dichos hábitos. Respecto de esto, se definen los hábitos alimentarios saludables en función de las creencias acerca del consumo de alimentos caracterizados por un bajo aporte calórico como frutas, verduras y agua.

“Claro, exactamente ¿Qué saben ustedes de lo que es una alimentación sana? Que hable la Paola chica ahora”

“Yo eh... comer fruta, verduras y no comer tanto.”

(PIIIAiii.1)

En contraparte, las creencias respecto a los hábitos alimentarios no saludables son concebidas en función del consumo excesivo de alimentos con alto contenido calórico, incluyendo el consumo a deshora o en horarios inapropiados. Estos dos factores en su conjunto predisponen al aumento de peso.

“¿Qué cosa sería una alimentación no saludable?”

“Comer cosas chatarras, papas fritas, eso”

(PIIIAi.2)

“¿Y qué es una mala alimentación?”

“Por ejemplo, comer a deshoras igual, hacer muchas cosas con muchas calorías.”

(MIIIAi. 1)

Una característica encontrada tras el análisis de las entrevistas, es que los hábitos alimentarios pueden ser creados y cambiados, por lo que es posible que éstos logren ser transformados en saludables o no saludables.

“Uno crea los hábitos. Si tiene los hábitos de comer, ahora tiene que hacer otros hábitos de reducir sus alimentos para que pueda adelgazar y ser otra persona, con salud...”

(AIIIAi.1)

También se registra de manera excepcional, que una estrategia efectiva para prevenir la transmisión de los malos hábitos a las nuevas generaciones, es el ocultamiento de estos patrones alimentarios viciosos al niño.

“... Si a usted de repente le da hambre y come pan ¿cómo le pide a la Marcia que haga lo contrario?”

“Porque yo no como delante de ella, así ella no pide.”

(MIIIAi. 5)

El aprendizaje de hábitos alimentarios y el desarrollo de la obesidad ocurre dentro del contexto familiar por lo que resulta poco realista intervenir en un sólo miembro de la familia mientras los demás siguen modelando, manteniendo y apoyando comportamientos que podrían hacer fracasar el tratamiento contra el sobrepeso u obesidad. Respecto a este tema, es relevante señalar que se presentan creencias contradictorias entre las familias de la investigación respecto a quién o quienes deben cambiar los hábitos alimentarios no saludables dentro de la familia. Por una parte, algunas creen que el cambio de hábitos debe ser a nivel familiar, en consecuencia, todos sus miembros deben comenzar un cambio en los hábitos alimentarios, sin focalizarse en el individuo al cual se le prescribe el tratamiento. Por otro lado, se cree que sólo es necesario que haya un cambio en la persona sometida a tratamiento sin considerar los hábitos alimentarios del resto del grupo familiar, aún cuando éstos no sean apropiados.

“Primero organizar todo lo que es la alimentación y enseñar o todos en general en la casa a aprender a comer más sanos”

(MIIIAi.2)

“Eh... él de repente quiere comer cosas ricas y yo le digo ya comes tú y lo otro lo guardai para que no sepa la chica porque ella anda rasguñando”

(PIIIAi.5)

Valor nutricional de los alimentos: se refiere a las creencias sobre el contenido nutricional y energético de los distintos alimentos que forman parte de la dieta.

Las creencias acerca del valor nutricional de los alimentos ha sido un tema antes investigado. A partir de estos estudios, se sabe que el consumo y preferencias de ciertos alimentos están condicionados por el valor nutricional que los padres le atribuyen a éstos, promoviendo el consumo en sus hijos.

Las creencias familiares compartidas acerca del aporte nutricional de los distintos alimentos han sido clasificadas en dos polos. El primer polo consiste en conceptualizar a los alimentos con bajo aporte calórico a aquellos productos etiquetados como “Light”, en donde su consumo ayuda a bajar de peso.¹⁰

“Pero yo en la casa compro margarina light, jaleas diet, jugos diet, incluso los yogures para ella son light o semidescremados, la leche igual entonces no es tanto, es más el hábito de comer el que tenemos más malo.”

(PIIIAii.1)

Dentro de los alimentos que se conciben con menor aporte calórico se encuentran las frutas, verduras, carnes blancas y el consumo de agua. Además se presentan creencias excepcionales acerca del nulo aporte calórico que tienen ciertos alimentos.

“¿Y qué hacen?

Yo le digo que tome agua pa que se le quite el hambre.” (rie)

(FIIIAii.5)

“¿Y para usted señora Benita, qué es una comida saludable? ¿Si usted tuviera que preparar una comida saludable, cómo lo haría?”

“(Risas) todo lo que le preparo lo mío, yo todo lo preparo no más, que hago... yo digo las ensaladas y las cosas así, cosas livianas, si, cosas que no tengan demasiado grasa, pescado...”

(AIIIAii.3)

¹⁰ Sólo en un caso excepcional, se presentan dudas acerca de la efectividad de su consumo, pero aun así se cree que estos alimentos deben ser consumidos.

Respecto al segundo polo, de los productos con alto aporte energético, la mayoría de las familias entrevistadas refieren que estos corresponden a los productos llamados “chatarra”, presentándose como aquellos alimentos o nutrientes con mayor contenido calórico las papas fritas, golosinas y vitaminas.

“ya y ¿qué es la comida chatarra?”

“Las papas fritas, los dulces, eh... las bebidas porque tienen calorías y muchas cosas”

(MIIIAii. 3)

Es relevante destacar las creencias acerca del valor nutricional de ciertas comidas que pueden actuar como sustitutos de alimentos no aconsejables para el tratamiento de la obesidad. La creencia más frecuente se relaciona con la leche, la cual al estar diluida con agua posee un aporte nutricional semejante a la leche descremada. En un caso excepcional, se cree que el pan preparado con aceite es más sano que la preparación de éste con grasa o manteca y que las comidas caseras poseen un alto aporte energético.

“...he, lo que pasa es que aquí le dijeron que tenía que tomar sólo leche descremada y la única leche que toma es la leche Nido, no hay caso que tome otra leche. Así que se la trato de dar no tan gruesa, así más...”

(FIIIAii.4)

Porciones o cantidad de alimentos: Las creencias familiares compartidas respecto del tamaño de las porciones de alimentos que deben consumir los niños se presentan en dos polos. El primero, que se da en la mayoría de las familias entrevistadas, es que los niños deben comer porciones más pequeñas que los adultos, lo que se explica por ejemplo, por el menor tamaño del estómago de los niños. En el segundo polo, se encuentran un menor número de familias, las cuales plantean que las porciones deben ser iguales a la de los adultos o que una forma de determinar el tamaño de las porciones se relaciona directamente con la saciedad que presenta el niño, por lo tanto, el tamaño de la porción es indefinido.

“Porque un adulto por ejemplo, se come dos porciones de arroz y ella tendría que comer una o un poquito menos de una y eso es mucho porque de por si los niños tienen el estómago mas chico y a veces comía igual o más que el papá, entonces que de ahí la empezamos a ver...”

(PIIIAiii.5)

”Porque igual no sé uno siempre trata de...de repente uno lo hace bien o mal, pero de que ella se quede satisfecha o tranquila”

(MIIIAiii.1)

Se registran creencias excepcionales, principalmente referidas al aumento de porciones de las mujeres embarazadas, ya que se plantea que debe consumir una doble porción de alimento en este período.

“...yo creo que uno también se da cuenta, o sea si uno... está bien... uno como mamá durante el embarazo se debe comer el doble, pero ella también comía el doble...”

(NIIIAiii.2)

Accesibilidad de los alimentos: Los hábitos de vida saludable se han relacionado entre otras cosas, con el acceso que las familias poseen respecto a los alimentos que han sido definidos como saludables o no saludables. Las creencias respecto al acceso de ciertos alimentos muestran algunas discrepancias, ya que la mayoría de las familias entrevistadas creen que el acceso a los alimentos saludables se ve dificultado por el mayor costo económico en comparación a los alimentos menos saludables. Sin embargo, algunas familias creen que la variable económica no es un obstáculo en la adquisición de dichos productos porque no existen distinciones en los costos de los alimentos más o menos saludables.

*“¿Usted encuentra que cuestan más caro los alimentos más sanos o cuestan más baratos?
No, cuestan lo mismo”*

(FIIIAiv.1).

Es importante destacar que, respecto a la disponibilidad de alimentos por parte de los niños, diversas familias creen que no se les debe limitar el acceso a éstos en la primera infancia. Lo anterior se asocia a que los niños están en una etapa de crecimiento y por lo tanto, necesitan mayor energía y nutrientes.

“El niño tiene que comer lo que quiera...le decía yo”

(AIIIAiv.1)

“Los gemelos, que tienen ocho meses, y uno es inmenso de gordito y el otro es flaquito, delgado, yo le digo, dale más alimento porque está en época de crecimiento”

(AIIIAiv.4)

Comidas fuera de casa: Los alimentos más consumidos por los niños son aquellos que están más disponibles y accesibles en el hogar. Lo anterior guarda estrecha relación con las creencias, preferencias y hábitos de los padres. También es importante el lugar donde los niños se alimentan, ya que se ha determinado que aquellas familias que lo hacen fuera del hogar, eligen mayoritariamente lugares de comida rápida, relacionando esto con una alimentación menos saludable, y con un mayor tamaño de las porciones.

Conforme a las familias entrevistadas que componen el presente estudio, el lugar principal donde los niños se alimentan es el hogar y los establecimientos educacionales, los cuales juegan un papel importante en la entrega de alimentos durante los días hábiles de la semana. Respecto a este último lugar, se registran la mayor cantidad de creencias detectadas las que tratan principalmente del contenido nutricional de los alimentos entregados o comercializados en dichos establecimientos. Se cree que los alimentos expendidos en los llamados “kioscos sanos” son saludables sólo por ser vendidos allí, es decir, adquiere un estatus de saludable, incuestionable.¹¹

“¿Qué comes?”

Galletas, jugo, un sándwich, a veces un helado

¿Y de dónde sacas eso? ¿Te lo llevas de la casa o te lo compras en el kiosko?

¹¹ No todos los alimentos del kiosco sano están contenidos en la dieta.

*Me lo compro en el kiosko
¿Y venden helados en el kiosko?
Sí”*

(FIIIAiv.3)

En los establecimientos escolares donde no se cuenta con los “kioscos sanos” el alimento entregado se cree que posee un aporte nutricional adecuado, compuesto principalmente por vitaminas.

“Eh... yo pensaba que tenían mucha proteína pero la porción que le dan a ellos trae las calorías, lo que ellos necesitan, no traen ni más ni menos, yo encuentro que igual está bien.”

(MIIIAv.3)

“...sí ellos llevan de la casa, es que hay que inscribirlos. A mi me dijeron que el almuerzo del colegio tenía muchas vitaminas y hacen engordar”.

(PIIIAv.2)

Tal como se registra en las investigaciones, se cree que las comidas fuera de casa presentan un mayor aporte calórico ya que el tipo de alimentos que resulta ser más consumido son los productos envasados especialmente golosinas, snacks, y comidas rápidas. Es por este motivo que algunas de las familias entrevistadas creen que en el colegio resulta difícil controlar el consumo de alimentos, lo que también constituye una dificultad para conseguir una baja en el peso de los niños obesos.

“...es que ella en el colegio come más po”

(PIIIAv.1)

“... yo a tratar de darle una mejor alimentación pero cuando están en la casa, lo que es días sábados y domingos, en el colegio yo no puedo”

(MIIIAv.2)

ACTIVIDAD FÍSICA: Como ya es sabido un tratamiento integral de la obesidad en los niños incluye la modificación de los hábitos alimentarios, el aumento de la actividad física y la participación de la familia. Es por esto que la realización de ejercicio es un elemento importante para alcanzar un estilo de vida saludable.

Entre las familias entrevistadas, se registran con mayor frecuencia creencias relacionadas con los beneficios asociados a la realización de actividad física y su efectividad en la disminución de peso. En relación a esto, algunas familias consideran que un buen ejercicio físico es el realizado fuera del hogar, basado principalmente en actividades aeróbicas, ya que promueven la resistencia cardiovascular mediante el acondicionamiento del corazón y de los pulmones, además de ser la mejor manera de disminuir la grasa corporal. Por otra parte, los videojuegos se creen poco apropiados para disminuir de peso.

“Cuando estamos aburridos vamos a jugar play un rato chico porque igual no ayuda y después volvimos a la cancha a hacer ejercicio”.

(FIIIB.2)

“...ahora hago más ejercicios para bajar.

¿Tú quieres bajar ahora?

Sí. Cuando juego a la pelota me canso más, cansarme más eso yo creo”.

(FIIIB.3)

Por otra parte, los adultos, en especial las dueñas de casa, relacionan el ejercicio físico con sus actividades cotidianas. Principalmente, se cree que es una actividad física ir a dejar o buscar a los niños al colegio caminando o la realización de las labores domésticas.

“O sea hacer ejercicios está dentro de la vida saludable y

los buenos hábitos. ¿Ustedes hacen ejercicios?

Eh... yo me demoro todos los días media hora en ir a buscarla al colegio y volver. Y a veces me pego hasta cuatro o cinco piques al colegio y todos caminando.”

(PIIIB.2)

“...caminar, camino harto porque igual a él lo traigo, no sé si será igual que salir a caminar, pero lo traigo al colegio, lo vengo a buscar, después lo vengo a dejar y así.”

(MIIIB.3)

“Y cuando uno está haciendo las cosas de la casa, ¿está haciendo ejercicio? también, también, cuando uno está haciendo las cosas anda pa arriba y pa abajo”

(GIIIB.5)

Se debe mencionar algunas creencias respecto a la actividad física que aún siendo casos excepcionales, entregan información interesante de analizar. Por ejemplo, se cree que el dibujo constituye una forma de realizar ejercicio.

“¿Haces algún deporte, fútbol, basketball?

Sí, dibujar...”

(AIIIB.3)

Otra creencia encontrada se refiere a que los niños dentro de su proceso evolutivo, al momento de comenzar la marcha, muestran un adelgazamiento natural.

“...primero cuando empiece a caminar porque Germán también era gordito, gordito cuando tenía meses y cuando comenzó a caminar empezó a adelgazar hasta hoy flaco”

(NIIIB.2)

5.3.4. Valor simbólico del alimento.

Los alimentos, además de su funcionalidad nutricional, adquieren para las personas connotaciones que tienen que ver con otros aspectos más abstractos, que guardan relación con la significación afectiva y no sólo racional que se le atribuyen a las comidas o alimentos en las relaciones que las personas mantienen entre ellas, en el caso de esta investigación, los miembros del grupo familiar. Estos simbolismos se forman y transmiten a través de las generaciones de manera irracional o inconsciente, e influyen de forma

importante en los comportamientos relacionados con el peso y la salud. Entre las principales significaciones que sostienen las familias de este estudio se pueden mencionar las siguientes:

El pan adquiere el status de alimento básico, que proporciona una idea de disponibilidad mínima y necesaria a la hora de alimentar a una familia.

“Pan hay que tener en la casa.”

(MIV.1)

Por otra parte, el alimento adquiere un status de instrumento para demostrar el afecto en las familias entrevistadas, de lo anterior se sigue que negar alimentos, sobre todo a los niños, adquiere una significación de negar cariño, de despreocupación y por último revela una falta de bondad de aquel agente que lo practica.

“Sí, claro porque uno como que es la mala de la película cuando no le da comida poh, lo único que hay que tener es fuerza poh porque cuesta pero uno igual lo consigue.”

(PIV.1)

“...Si a mi no me negaron nada, por qué yo le voy a negar a él y sobre todo la comida.”

(AIV.1)

Un obstáculo que se presenta a la hora de establecer patrones de alimentación sanos en los niños, lo constituye el hecho de que las golosinas y alimentos son vistos como instrumentos para demostrar cariño o, en algunos casos, como recompensa por diversas acciones.

“Creo que eso influyó también, ya que era mi primer hijo y nació bien, sanito y los abuelos ya que la alegría y todo el mundo jeh, y vamos a comer chanchito! y todo el asunto.”

(NIV.1)

Estas formas de alimentación también tienen relación con el ambiente y los cambios socioculturales. El alimento, actualmente, está siendo entendido como una representación o significación de valores, creencias, símbolos y costumbres que se desean comunicar. En este caso se puede traducir como protección, instrumentalizando la comida para demostrar cuidado, amor, afecto, etc.

5.3.5. Efectividad del tratamiento.

TRATAMIENTO: Se define como una serie de indicaciones sobre los hábitos de vida saludable, ya sean de alimentación, actividad física o modificación conductual, que componen el programa médico para controlar la obesidad. Estas indicaciones se deben prescribir de acuerdo a la edad y al grado de obesidad del niño para que su abordaje sea apropiado en cada caso. Estas propuestas, serán relevantes para las familias entrevistadas, en la medida que se correspondan con sus propios sistemas de creencias en torno a la forma de cómo se debe abordar esta problemática.

Dentro de esta investigación se distinguen aspectos que dan cuenta de las creencias que tienen las familias entrevistadas con respecto al tratamiento: las características de éste, los recursos personales y los indicadores de éxito.

Características del tratamiento: Son los aspectos que van a definir cómo las personas conciben el tratamiento médico, es decir, cuáles son las indicaciones que las familias consideran adecuadas o eficaces para llevar a cabo un tratamiento contra la obesidad.

La mayoría de las familias de la presente investigación consideran que para llevar a cabo el tratamiento en forma exitosa, se deben desarrollar estilos de vida saludables, que incluyan tanto una dieta con alimentos ricos en nutrientes y bajos en alimentos calóricos, como la práctica de actividades deportivas que conlleven ejercicio físico.

*“...Ya ¿Y de qué depende que sigan como están ahora?
de comer más sano
hacer más ejercicio.”*

(FVAi.4)

¿Cuáles son las cosas que ustedes como familia podrían hacer para digamos combatir el peso? ¿Cuáles son las cosas que consideran importantes de preocuparse?

No comprar tantas cosas para la casa.

Para comer, no tantos fideos, comprar más verduras.

(PVAi.2)

“Ya y para solucionar este problema aparte de cambiar el sistema de alimentación ¿qué más tendría que hacerse?”

Actividad física”

(MVAi.2)

Estas consideraciones son importantes ya que se encuentran contenidas en el programa de tratamiento. Sin embargo, se conciben como disposiciones dentro de éste y no se relacionan con la adquisición voluntaria de nuevos hábitos de vida, es decir, las indicaciones se visualizan dentro de un plazo determinado (mientras perdure el tratamiento) y no como un cambio permanente en las prácticas de alimentación o de actividad física. Algunas familias consideran que las prescripciones del equipo de salud deben llevarse a cabo rigurosamente y además ser sinceras y oportunas.

“...puede ser que nos ayudaran con una pauta y tratar de hacerlo y si no que nos digan esto hay que hacer”

(PVAi.4)

“...sabe que falta que alguien le diga las cosas de frentón algunas veces y a mi nunca me habían dicho.”

(GVAi.1)

Además, se sostiene la creencia acerca de la prescindibilidad de llevar a cabo un cambio familiar en los hábitos de vida durante el tratamiento. En la medida que el niño no advierta del consumo de alimentos altos en calorías por los demás miembros de la familia, estarán dadas las condiciones necesarias para que el tratamiento fuese exitoso.

“...eh... él de repente quiere comer cosas ricas y yo le digo ya comes tú y lo otro lo guardai para que no sepa la chica porque ella anda rasguñando”

(PVAi.3)

Según distintas investigaciones, la modificación cognitivo conductual en la obesidad infantil no ha sido suficiente para contrarrestar esta enfermedad. Las actuales exploraciones apuestan a un cambio familiar que incluya a todos sus miembros, sobre todo a los padres ya que éstos actúan de modelo para los niños en el momento de adquirir hábitos.

Recursos personales: Son las características individuales que, según las familias entrevistadas, deben poseer las personas que se someten a tratamiento contra la obesidad. Estos atributos actuarán como recursos protectores para sobrellevar las distintas dificultades que surgirán durante el proceso, pues asumen que el tratamiento contra la obesidad es extenso y la recuperación es lenta en el tiempo.

Las familias creen que la característica fundamental que debe tener un paciente para someterse a tratamiento, es la fuerza de voluntad para llevar a cabo todas las indicaciones médicas necesarias para éste. Las familias atribuyen que el niño debe sentirse motivado para seguir el proceso, determinándole una motivación intrínseca para adherirse al tratamiento.

*“¿Qué piensa usted que se puede hacer para solucionarlo?
tener harta fuerza de voluntad.”*

(PVAii.1).

*“¿Pero usted cree que esto se puede hacer? ¿Se puede hacer algo que sirva para
solucionar esto, para cambiar?”*

Sí, con esfuerzo sí”

(MVAii.1)

Indicadores de éxito: Son los parámetros definidos por las familias para evaluar la Efectividad del Tratamiento.

El indicador de éxito en términos médicos, debe evaluarse según la edad, el nivel de obesidad y las complicaciones que hayan surgido durante el tratamiento. Actualmente, el indicador que se utiliza para evaluar el proceso, es el IMC (Índice de Masa Corporal), el cual se debe mantener o disminuir, dependiendo de la edad y el estado de salud del niño.

La mayoría de las familias entrevistadas en esta investigación considera que bajar de peso es el indicador ideal para demostrar que el tratamiento se está llevando a cabo de forma adecuada.

“Sí, ha bajado, se le nota en la ropa, porque los pantalones se le empiezan a caer.”

(FVAii.1)

Las familias también consideran, en relación con lo anterior, que un buen indicador para evaluar su tratamiento se relaciona con la disminución de la talla.

“¿Y les ha resultado? ¿Cómo les ha parecido el tratamiento, han podido seguirlo?”

“Sí, ahora sí, está más delgado, tiene dos tallas menos ahora, antes tenía inmensas tallas, inmensos pantalones que le compraban.”

(AVAiii.1).

Otras familias en cambio, consideran indicadores de valoración subjetiva, que no se relacionan con los estándares médicos, sino más bien son dimensiones relativas producto de sus experiencias.¹²

“¿Usted cuando cree que estaría bien? ¿Cuándo llegaría a un estado donde no tuviera que preocuparse nunca más del peso?”

yo, si lograra pesar lo mismo que pesaba antes (del embarazo).”

(FVAiii.3)

¹² Es el caso de una de ellas, la cual considera que el tratamiento será exitoso cuando se deje de consumir bebidas calóricas.

Como es sabido, la obesidad es de difícil intervención y, considerando la alta probabilidad de ser obeso en la adultez, se necesitan intervenciones adecuadas e indicadores objetivos, que demuestren la efectividad de las estrategias. Es por esto que se torna imprescindible realizar un seguimiento riguroso del tratamiento para evaluar el proceso.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO: Se entiende por adherencia terapéutica al proceso por el cual el niño o familia siguen y cumplen satisfactoriamente las indicaciones del equipo de salud, en relación al tratamiento contra la obesidad y asegurando o propiciando la efectividad de éste, que dependiendo de la edad y severidad, se traducen en una disminución o mantenimiento del peso. La adherencia de las familias se ve influenciada por varios aspectos, de los cuales se pueden nombrar los siguientes: designación del agente activo de cambio, dificultades del tratamiento y relación del equipo médico con el paciente. A continuación se comentan y exponen las principales creencias acerca del tratamiento que las familias reportan y que se han identificado por medio de esta investigación como elementos importantes a considerar en relación a la adhesividad al tratamiento y su posterior efectividad.

Designación del agente activo de cambio: El agente activo de cambio es la persona o personas que se someterán a un cambio terapéutico, en el caso de esta investigación, se refiere a las personas que se someterán al tratamiento por obesidad, vale decir, “los pacientes” distinguiéndose al niño, a sus responsables o a la familia completa.

De acuerdo a lo señalado por las familias de este estudio el agente activo de cambio, en otras palabras, el que debe cumplir las prescripciones del tratamiento, es mayoritariamente el niño afectado de obesidad. Es éste el responsable de seguir la dieta, consumir o dejar de consumir ciertos alimentos, realizar mayor actividad física y evitar el estilo de vida sedentario.

“Ella sabe que no tiene que comer esas cosas, comer tanto dulce, tanta galleta, ella se mete y después sale y se le olvida.”

(MVBi. 5)

“Igual yo le digo que tiene que aprender a controlarse solita porque uno no va a estar siempre, uno sale y no llega y ¿quién te va a cuidar? Tu solita tienes que aprender a controlarte o a tomar decisiones.”

(MVB.i.7)

Por otro lado, en general todas las familias de la investigación coinciden en reconocer que la madre y sólo en contadas ocasiones el padre, es la encargada de controlar y hacerse responsable por la dieta, en el sentido de propiciar las condiciones necesarias para que el niño pueda seguir las indicaciones entregadas por los profesionales. Se reconoce, en otras palabras, a la madre como agente controlador y vigilante de que el niño cumpla con el tratamiento y desarrolle hábitos de vida saludable. De acuerdo a los estudios, lo anterior corresponde al estilo de alimentación llamado Autoritario en donde los padres restringen los alimentos “chatarra” y fuerzan al niño a comer alimentos más sanos. Consecuentemente, los niños son menos sensibles a las señales fisiológicas de saciedad y además los alimentos restringidos se convierten en una especie de “fruto prohibido”, transformando estos alimentos más atractivos y con mayor probabilidad de ser comidos sin restricción, por lo cual el tratamiento, su adherencia y efectividad se ven afectados negativamente.

“...La mía parte primero por la casa, en la casa hay que llevar uno, las porciones, de lo que deben comer.”

(PVB.i.1)

“...Yo tengo como que andarle vigilando que no coma tanto pan.”

(MVB.i.2)

“Hay conciencia pero cuesta mucho hacerlo, o sea yo trato pero con ella enseñarle a comer.”

(MVB.i.4)

“...eh.. yo igual trato de controlarla que no coma porque cuando yo no estoy yo sé que picotea por todos lados.”

(MVB.i.6)

Finalmente, algunas familias consideran que es de suma importancia y necesario para el éxito del tratamiento, que el cambio se realice a nivel familiar y que influya en todos sus miembros, de esta forma, el proceso no se vuelca en sólo una persona, en este caso el niño, sino que todos participan y cumplen con las indicaciones y dieta de igual manera. Como se señaló en apartados anteriores, ésta es una buena estrategia para disminuir la resistencia presentada por los niños hacia el cambio, ya que los padres se hacen responsables de reducir la exposición de sus hijos a estímulos o alimentos poco nutritivos o altos en grasas y crear ocasiones para realizar actividad física.

“Es que eso es bueno porque antes mi marido me dejaba a mi no más que yo viera que ella no comiera y que si ella le pedía le daba, ahora no poh, ahora todos comemos lo mismo.”

(PVB.i.4)

Dificultades del tratamiento: El proceso terapéutico constituye otra de las determinantes para el establecimiento de una adecuada adherencia y así de la efectividad. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia, se encuentra la complejidad del tratamiento. Mientras más complejo sea éste, es decir, si exige cambios en las actividades de la vida cotidiana, ingesta de medicamentos, diversos horarios o rutinas, mayores serán los obstáculos para lograr la adherencia del paciente. A continuación, se describen las principales creencias sobre las dificultades que presenta el tratamiento.

Para las familias del estudio el tratamiento se vislumbra como complejo ya que las indicaciones del equipo médico son difíciles de seguir y de cumplir a cabalidad, sin embargo, la mayoría de las personas agregan que si bien es complicado, el tratamiento debe

mantenerse e intentar, por medio de recursos personales, adquirir el hábito de alimentarse de forma más saludable.¹³

“...Igual por ejemplo yo sé si ella se propone un no o se propone a comer en menos cantidad lo puede hacer pero el problema es que lo hace un tiempo y después deja.”

(MBVii.1)

Biológicas: Algunos de los aspectos que las familias conceptualizan como dificultad para llevar a cabo el tratamiento, se refiere a las demandas y cambios que provoca en el cuerpo de las mujeres el ciclo hormonal, considerando que el período premenstrual es un momento en que se siente mayor hambre y necesidad de ingerir alimentos dulces como el chocolate, ésto por la ausencia de ciertos nutrientes perdidos a través de la menstruación.

“Yo antes de indisponerme, unos deseos de comer chocolate..., pero no sé por qué, a mí me dijeron una vez que se debía a la falta de hierro.”

(GVBii.2)

Otras familias consideran que el embarazo es una etapa que complica el tratamiento, así como también el uso de anticonceptivos de administración oral, los que predisponen una ganancia de peso.

“...Ya igual me trataba de frenar pero después cuando le tuve a ella el peso, con las anticonceptivas... ahí ya no bajaba nada, me mantenía y ahí comencé a subir, subir.”

(PVBii.1)

¹³ De forma contraria, una de las familias participantes tiene la creencia de que el tratamiento es relativamente simple de seguir y reportan no haber tenido mayores dificultades, sin embargo, el tratamiento no ha sido efectivo por lo cual no se ha bajado de peso.

Conductuales: En relación a la dimensión conductual se observa que las familias presentan una amplia y heterogénea gama de creencias acerca de las áreas en que el tratamiento se hace difícil de seguir.

Las familias creen que el apetito como un impulso irrefrenable de comer para calmar y aplacar la ansiedad, es una de las limitantes para cumplir de forma exitosa las prescripciones del tratamiento y específicamente de la dieta. De esta forma, las familias intentan cumplir con las indicaciones, sin embargo al sentirse algo ansiosas, una de las estrategias que conciben para aplacar este malestar o incomodidad es comer a deshoras, considerando además, una cantidad y calidad de alimento inadecuado en relación a lo prescrito.

“...Habían meses como que uno estaba más ansioso... porque por una mala noticia a uno le dan ganas de comer.”

(PVBiib.3)

Otra de las creencias acerca de factores que dificultan el tratamiento, son los hábitos no saludables. El comer a deshoras comidas altas en calorías y en grandes proporciones se concibe como una de las mayores complicaciones para bajar de peso, ésto se relaciona con la baja capacidad de autocontrol que los padres señalan que tienen sus hijos.

“...Es que igual algunas personas o a más personas y te da rabias con esas personas les da antojo o ganas de comer por ejemplo, cualquier cosa.”

(MVBiib.2)

*“...El endocrinólogo la dejó primero que bajara solita y después la puso con nutricionista pero no dio resultado y había subido.
y usted ¿Qué cree que pasa ahí?
el mal hábito de comer.”*

(PVBiib.4)

Sin embargo también se señala que las indicaciones médicas no difieren en gran medida con los hábitos de preparación de alimentos en el hogar.¹⁴

*“... Y a ti Gabriela, ¿Qué es lo que más te costó dejar? ¿Qué es lo que más te ha costado para tener “esa vida más sana”?
no, porque mi mamá siempre hace comida con verduras.”*

(GVBiib.1)

Uno de los aspectos que algunas familias consideran como una dificultad para llevar a cabo el tratamiento, es el tiempo que requiere implementar una vida saludable, tomando en cuenta que la preparación de comida con menor aporte calórico es más lenta que la de mayor aporte, como las frituras o comida preparada. Lo anterior también se considera como limitante al realizar actividad física, ya que sería necesario invertir tiempo en ello.

“...Bueno hacer actividad física no hago, porque a veces... eh hh por el tiempo, que se yo, bueno aquí igual, por ejemplo, aquí hacen aeróbica pero el tiempo o sea la hora no coincide mucho.”

(MVBiib. 1)

Finalmente algunas familias consideran como dificultad en el seguimiento de la dieta y tratamiento un bajo control de impulsos frente a la presencia de comida. Lo anterior, significa que si al niño le ofrecen comida, los padres creen que ellos nunca se negarían.

“...Le dijo “¿quiere comer galletas?” “No, no puedo comer”, incluso todas las quedaron mirando como un bicho raro porque nunca un niño dice “no, no puedo.””

(PVBiib.1)

¹⁴ Aún cuando el niño no ha mostrado una evolución favorable.

Interpersonales: Otro aspecto que las familias consideran como un factor decisivo en el seguimiento de las indicaciones del equipo de salud son las variables interpersonales, especialmente la presión que puede ejercer en los niños el grupo de pares, considerando que todos en la edad escolar comienzan a buscar e intentar asemejarse lo más posible a su grupo de referencia, configurando así su propia identidad. Se considera que los niños son presionados por sus compañeros y/o amigos a consumir comidas no saludables, y más aún, algunos son discriminados por seguir una dieta y negarse a consumir golosinas; todo lo cual se conceptualiza por las familias como una dificultad para que el niño cumpla con el tratamiento.

“...a los niños de repente le cuesta más seguir el tratamiento porque en el mismo colegio no falta el compañero: oye yo tengo esto rico y tú estás comiendo eso, soy tonto, soy aquí, soy acá.”

(PVBiic.1)

Económicas: Las familias de esta investigación reconocen como una limitante del tratamiento el alto costo de los alimentos bajos en grasas, como los productos Light, verduras y frutas. Consideran que aquellos más saludables son más costosos que los no saludables, por lo que no siempre es posible adquirirlos y consumirlos.

“...no hay tampoco una buena situación para comprar siempre cosas menos calóricas.”

(MVBiid. 1)

“...no hay siempre para estar comprando o tener siempre verduras en la casa o frutas.”

(MVBiid. 3)

Relación con el equipo de salud: En la interacción profesional de la salud-usuario cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación. Proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo, contribuye a mejorar la adherencia. De igual forma, la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo,

con la relación establecida con el terapeuta se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico.

Las familias del presente estudio conceptualizan a los profesionales de la salud como un equipo importante y a veces imprescindible para llevar a cabo el tratamiento, ya que sin la ayuda, control, ni apoyo de éstos, el tratamiento sería imposible de llevar. Esto resulta importante ya que para las familias el equipo de salud es un agente controlador al cual respetan y obedecen.

“...a lo mejor tratar de darle a ella una mejor alimentación pero no con la conciencia de que aquí le dicen a uno, como que le dan un apoyo general.”

(MVBiii. 3)

“...uno se va a lo que diga el profesional

¿Por qué?

si poh, si el profesional dice “ya no le de tanta cosa, no le de pan, no le de billete”, uno lo hace.”

(NVBiii.1)

“ya y ¿usted cree que hubiese hecho algo como lo que hizo la nutricionista de hacer una lista, dividir las porciones, contar las calorías?

yo creo que no, que no me hubiese resultado, es difícil porque igual es difícil porque igual la nutricionista te dice compre queso en vez de mantequilla, yo sé que lo voy a poder comprar uno o dos veces pero no siempre.”

(MVBiii.6)

Lo anterior se fundamenta en una profunda confianza en el desempeño idóneo de los profesionales de la salud y en la calidad de sus conocimientos y prácticas, lo cual, tras las intervenciones, se traduce en bienestar.¹⁵

“...pero usted bajó de peso porque usted quiso ¿no porque en el hospital le dijeron?

¹⁵ Una familia del estudio señala que las intervenciones de los profesionales de la salud no son determinantes en el tratamiento y que ellos podrían seguir las indicaciones sin necesariamente asistir a controles médicos.

no, baje de peso porque estaba embarazada y porque la matrona me dijo que estaba muy gorda es que la doctora de la Ligua es más estricta.”

(GVBiii.1)

VALOR REFORZANTE DEL TRATAMIENTO: son las creencias respecto de las expectativas que manejan las familias en torno al curso del tratamiento. Es a partir de estas perspectivas que las personas se sentirán motivadas o no para llevarlo a cabo.

La mayoría de las familias entrevistadas consideran que éste se llevará a cabo de forma apropiada y que los resultados serán alcanzados.¹⁶

“Yo creo que si seguimos bien como estamos hasta ahora, yo creo que lo vamos a lograr.”

(FVC.4)

Algunas familias consideran que el bienestar futuro y el logro de los resultados del tratamiento se asocian a factores estéticos, lo que se encuentra indudablemente ligado al anhelo de percibirse delgado.

“Ella, delgada que sea delgada, mucho más delgada y yo así tratar de bajar un poco de peso pero ella me interesa más que ella sea delgada, para que sea sana y no tener problemas.”

(MVC. 1)

Finalmente, la delgadez se relaciona con la belleza.

*“¿Y por qué quieres hacer algo ahora?
Para estar más bonita, eso.”*

(PVC.2)

¹⁶ Sin embargo en el caso de una familia, estos logros son difícilmente alcanzados por el comportamiento que ha presentado la niña en este tiempo de tratamiento.

Estas expectativas, además de otros elementos considerados dentro del tratamiento, actuarán como reforzadores positivos o negativos, dependiendo de las creencias, motivaciones y experiencia que las personas tengan con respecto a esta enfermedad y su intervención.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES.

De acuerdo al análisis de las distintas categorías identificadas en este estudio y, respondiendo a los objetivos de la investigación, a continuación se propone un Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos y su relación con la Efectividad del Tratamiento, utilizando como referencia el Modelo de Creencias en Salud de Becker y Rosenstock (1990), dando respuesta a una sistematización y abstracción de los resultados obtenidos por las familias entrevistadas, poniendo énfasis en las principales creencias y posteriores conductas que forman parte del fenómeno estudiado.

Se comenzará por exponer la importancia que las familias le atribuyen al peso y su vinculación con la salud, las implicancias que presenta la obesidad al ser considerada como enfermedad, el valor simbólico de la comida, las creencias en torno a la adherencia, y finalmente se relacionarán con la Efectividad del Tratamiento.

El Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos y su relación con la Efectividad del Tratamiento, propuesto por la autoras, intenta dar una explicación global y a la vez concreta acerca de cómo conciben las familias el fenómeno de la obesidad infantil, el cual postula como eje fundamental que las acciones preventivas y de tratamiento se realizan en función de las creencias en torno a la salud, a la obesidad y al tratamiento, que posee el grupo sociocultural objetivo y, dentro de éste, la familia como unidad nuclear. Un elemento muy importante que atraviesa este modelo lo constituye la conciencia de enfermedad pues, de una u otra manera, influirá en la adherencia, eslabón fundamental de un tratamiento exitoso.

Este Modelo se constituye por 6 componentes principales.

1.- Creencias de Susceptibilidad: Se refiere a las creencias acerca de la posibilidad o amenaza subjetiva de que el peso pueda afectar a la salud. Se considera lo anterior como un aspecto fundamental del fenómeno estudiado, ya que la futura adherencia y efectividad del tratamiento, se ve necesariamente modulada por la creencia que presentan las familias de ser susceptibles a que su estado de salud se vea mermado por una mal nutrición por exceso.

2.- Obesidad como Enfermedad: Una vez que se conceptualiza la Obesidad como un fenómeno susceptible de afectar a la salud, es importante el grado de implicancia y las variables asociadas a éste, en el sentido de que los conceptos que conforman este componente influyen en la conciencia de enfermedad, en la adherencia y efectividad.

Al considerar a la Obesidad como una enfermedad, cobran relevancia las creencias que posee la familia acerca de las complicaciones que esta patología trae al infante, las cuales se pueden dividir en niveles: leve, moderado y severo. Estas consecuencias en distintos grados, repercuten en la conciencia que posea la familia acerca de la enfermedad.

La conciencia de enfermedad se define como el nivel de reconocimiento de sí mismo y del entorno que presentan las personas. Este “reconocerse” hace referencia a variados procesos acerca del estado, en este caso de salud, que poseen los individuos, participando en ella la percepción del fenómeno en particular y los contenidos de la experiencia que se haya tenido en el curso de la vida, considerando en los últimos, las creencias o esquemas cognitivos, valores, y emociones. Todo lo anterior se relaciona determinando el grado de conciencia que se tiene del fenómeno en cuestión.

El Modelo presentado postula que dependiendo de las consecuencias percibidas y del nivel de gravedad que conciben las familias con un paciente pediátrico obeso, existe mayor o menor conciencia de enfermedad la cual predispondrá el futuro compromiso con el tratamiento y su posterior efectividad.

Un segundo aspecto constitutivo de la Obesidad como Enfermedad es la Influencia que ejerce el equipo de Salud en las familias. Al considerar que la Obesidad es una enfermedad, se supone que el próximo paso será tomar una acción factible y eficaz la cual podrá ser benéfica al reducir su severidad. Lo anterior se ve condicionado por la importancia conferida por las familias al equipo de salud, ya que es éste, utilizando su conocimiento, experiencia y estatus de experto, el encargado de prescribir y monitorear un tratamiento. Dependiendo de la creencia acerca de la importancia o prescindibilidad que esta intervención posea en términos de aumentar la salud del paciente, la familia toma mayor o menor conciencia de la enfermedad.

3.- Hábitos de vida: Se refieren a patrones o pautas de comportamiento relacionadas con el favorecimiento o no de la salud como un estado de bienestar físico,

psicológico y social, los cuales son generados y mantenidos por las familias, muchas veces transgeneracionalmente. Dependiendo de las características de estos hábitos y de la conceptualización que hacen las familias como saludables o no, se intentan posibles soluciones. Otro aspecto importante de mencionar en este componente, es la estrecha relación que mantiene con la conciencia de enfermedad, ya que dependiendo de cuán conciente esté la familia de la obesidad como patología y como causa de posibles dolencias o enfermedades, se llevarán a cabo medidas para modificar o no, el estilo de vida. Tomando en cuenta a los niños, es necesario señalar que las creencias de los padres sobre aquellos alimentos que son considerados saludables y sus propias experiencias en torno a la alimentación, se relacionan con las preferencias de sus hijos, en este sentido resulta importante destacar además que, dependiendo de las creencias de los padres, se implantarán en la familia distintos estilos de alimentación, los cuales, de acuerdo a lo revisado en el marco referencial y en los resultados de la presente investigación, poseen una fuerte implicancia en la adherencia y efectividad del tratamiento.

4.- Valor simbólico de los alimentos: Uno de los componentes más importantes del modelo es el valor que asignan las familias a los alimentos lo que, en otras palabras, se refiere a la instrumentalización de la comida que realizan las familias, como medio para transmitir valores y costumbres, en donde ésta, muchas veces, pasa a significar una recompensa o una forma de demostrar sentimientos o emociones por parte de alguno o todos los miembros de la familia. Por lo tanto, todos los aspectos señalados en los componentes anteriores, deben atravesar este filtro de intensidad, que hace referencia a creencias nucleares arraigadas en el seno de la identidad familiar.

5.- Adherencia: La adherencia al tratamiento se concibe en el Modelo como una de las probables acciones a seguir: adherencia o no adherencia. Las cuales están directamente influidas por 4 elementos que se detallan a continuación.

El primer elemento y más influyente es el de Designación del Agente Activo de Cambio, en otras palabras, quién cree la familia que es el paciente y que por consiguiente debe ser sometido a tratamiento. Dependiendo de ésta designación las familias del estudio

presentan la mayor variabilidad en términos de adherencia y posterior efectividad, distinguiéndose entre los designados al niño con obesidad y a la familia como unidad.

El segundo elemento que afecta a la adherencia terapéutica son las creencias acerca del origen de la enfermedad, es decir, las atribuciones causales que tenga la familia acerca del fenómeno de la obesidad en sus hijos y en ellos mismos, predispone la respuesta al tratamiento. Una de las características de mayor importancia en términos de efectividad en las familias del estudio, es la dimensión “locus de control”. En este sentido si el locus de control lo ubican externamente a ellos y de sus prácticas potencialmente modificables, se cree y por lo tanto se asume una menor controlabilidad del fenómeno; de forma contraria, al ubicar el locus de control internamente se asume un rol proactivo en donde la obesidad se concibe como un fenómeno que obedece al autocontrol.

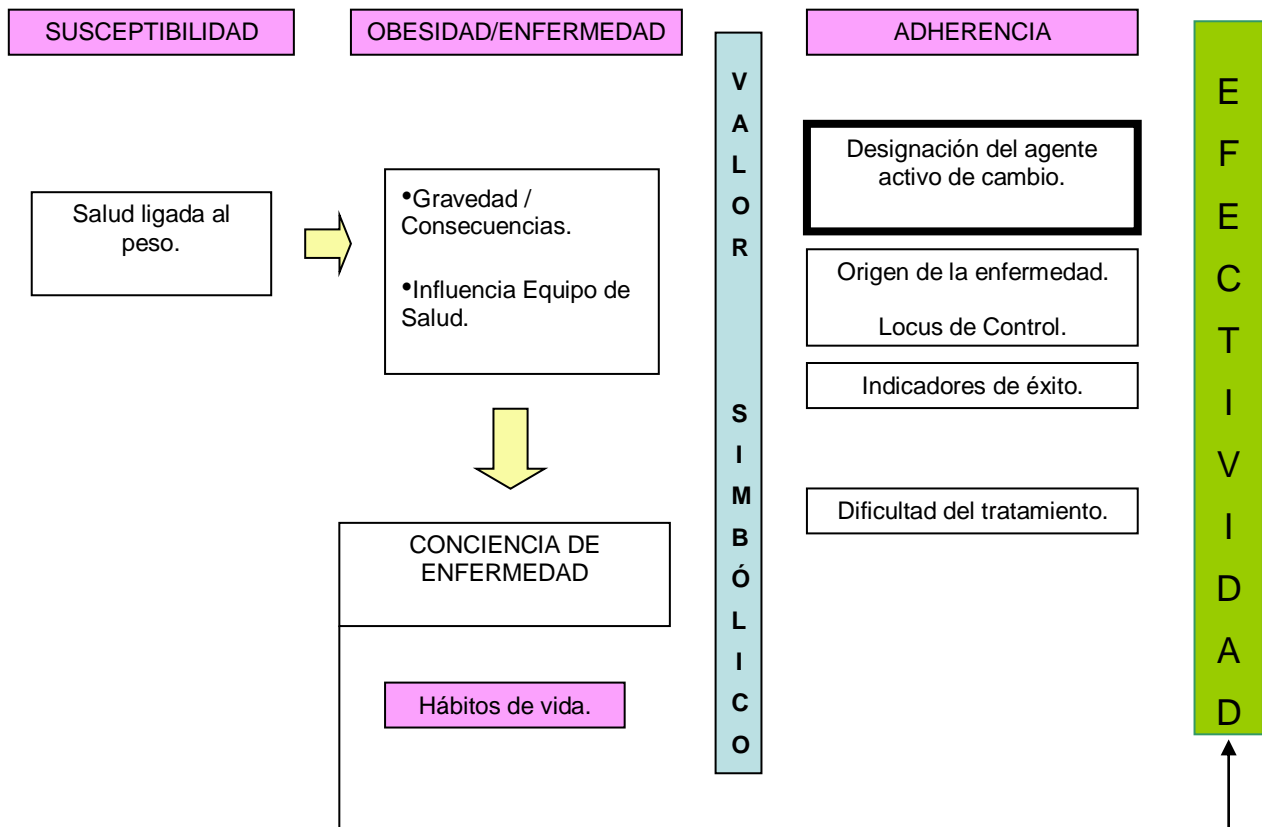
El tercer elemento son los indicadores de éxito definidos por las propias familias, se distinguen entre objetivos y subjetivos. Así, los resultados obtenidos en el tratamiento dependerán de la mayor o menor aproximación al criterio de éxito definido por los profesionales de la salud.

Se ha visto en las familias de este estudio que la asunción de criterios subjetivos para evaluar el éxito y fin del tratamiento está relacionado con un fracaso terapéutico.

El cuarto y último elemento modulador de la Adherencia Terapéutica se refiere a las dificultades del tratamiento. Las familias, dependiendo de las creencias que posean acerca de las complicaciones, limitantes y alteraciones de la vida cotidiana resultante del tratamiento al cual son sometidos, varían su respuesta y evolución. Así, la dificultad percibida, la adherencia y la consecuente efectividad al tratamiento resultan ser inversamente proporcionales.

6.- Efectividad del Tratamiento: Finalmente y, dependiendo en distintos grados de todos los aspectos anteriormente expuestos en el Modelo, se encuentra la Efectividad del Tratamiento, la cual es un conjunto de conductas referidas al éxito o fracaso terapéutico de acuerdo a criterios cualificables y cuantificables por el Equipo de Salud responsable.

Cuadro N° 4: Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos y su relación con la Efectividad del Tratamiento.



Autores: V. Lyng, J. Pizarro, D. Salazar, A. Sanguinetti y V. Vallejo, 2006.

A modo de profundización, para reconocer aquellas Creencias Familiares Compartidas en torno a la Obesidad que interfieren o dificultan la Efectividad del Tratamiento, se presenta el Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con niños Obesos cuyo Tratamiento no ha sido Exitoso (Cuadro N° 5), como una forma de confirmar la explicación del fenómeno anteriormente expuesto por medio del Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con niños Obesos y su relación con la Efectividad del Tratamiento. (Cuadro N° 4).

El modelo que a continuación se presenta, se deriva del anteriormente expuesto por lo que utiliza la misma estructura y conceptos. Además, las creencias que dificultan en mayor medida la adherencia y la posterior efectividad han sido reconocidas concretamente

para facilitar la comprensión acerca de cuáles son las creencias familiares que comparten los miembros en relación a la obesidad, que influyen de forma negativa al éxito de la terapia. Los 6 componentes se detallan a continuación.

1.- Susceptibilidad: Las familias cuyos hijos obesos se han sometido a tratamiento el cual no ha sido exitoso, se conciben débilmente susceptibles de enfermar producto de la obesidad, dado que no relacionan el peso con la salud. Lo anterior se encuentra directamente relacionado con el concepto que poseen acerca de la salud, ligado a la ausencia de enfermedad y dolor, en otras palabras, la buena salud se considera como un estado en que las personas no presentan dolores físicos ni enfermedades.

2.- Obesidad como Enfermedad: El primer factor que influye en la concepción por parte de la familia de la Obesidad como una enfermedad, se refiere a las creencias acerca de la gravedad de esta patología, en este caso, para las familias que no tienen efectividad en el tratamiento, la Obesidad es una condición normal del individuo, en donde no se vincula a ésta con pérdida o disminución de la salud.

Un segundo factor influyente al componente de Obesidad como Enfermedad son las creencias sobre las consecuencias o complicaciones que trae para la familia y para el niño esta patología. En este caso, las familias conciben que las consecuencias de mayor severidad les ocurren a “los otros” realizando una atribución de consecuencias graves a personas externas al núcleo familiar. De forma contraria las consecuencias leves, si es que se presentan, se conceptualizan como potencialmente sufribles, sin embargo éstas no afectan de manera significativa al normal funcionamiento en la vida de los individuos.

El tercer elemento de este componente es la dimensión de influencia que ejerce el equipo de salud en términos de adherencia al tratamiento y de forma directa a la conciencia de enfermedad. En estas familias se observa que se le confiere gran autoridad al personal de salud, sin embargo ésta influencia se verá mermada o disminuida al pasar por el filtro del Valor Afectivo que se revisará de forma detallada más adelante.

3.- Hábitos de Vida: Son definidos como patrones de comportamiento relacionados con la dieta y ejercicio físico. Las familias sin Efectividad del Tratamiento

conciben los hábitos de vida saludable de forma correcta adecuándose a los cánones definidos por profesionales especialistas en la materia. Sin embargo, al igual que la Influencia del Equipo de Salud, ésta creencia se ve afectada en términos de condicionar alguna conducta destinada a implementar hábitos de vida saludable, por el filtro del Valor Afectivo conferido a los alimentos.

4.- Valor Afectivo: Las familias que no presentan Efectividad al Tratamiento, presentan este tipo de Dimensión Simbólica. Utilizan el alimento y por sobre todo las comidas más apetecidas por los niños, como una forma simbólica de expresar afecto y por consiguiente para satisfacer la función protectora y contenedora de sus hijos, de esta forma, el alimento lejos de ser un elemento esencial en términos de alimentación, es un instrumento para expresar sentimientos y emociones.

El Valor Afectivo cobra relevancia porque actúa como Filtro Atenuador de las creencias que relacionan la obesidad como una enfermedad y de los hábitos de vida. De esta forma, según el análisis de este estudio, las principales dimensiones que se ven afectadas por el Filtro Atenuador es la Influencia del Equipo de Salud y los Hábitos de vida, ya que como se ha señalado anteriormente, éstas no difieren significativamente de las creencias que poseen las Familias cuyo tratamiento ha sido Efectivo. La gran diferencia depende directamente del filtro, que en este caso se refiere al valor afectivo, por lo que ambos componentes anteriormente nombrados, si bien las familias los conceptualizan adecuadamente de acuerdo a estándares profesionales, se “estrellan” con este filtro y lo atraviesan de forma débil. Es por esto que finalmente en cuanto a Adherencia al Tratamiento, por más que las familias conozcan cuales son los hábitos de vida saludable y cómo se pueden implementar, son incapaces de realizarlos y por consiguiente se dificulta el tratamiento.

5.- Adherencia al Tratamiento: En este caso se especifican las creencias familiares que conducen a la No Adherencia Terapéutica.

El primer elemento y, el más importante como se ha señalado anteriormente, es la Designación del Agente Activo de Cambio, el cual en el caso de la No Adherencia es el niño. En otras palabras es el niño el considerado en las familias como “paciente”, el cual

debe ser sometido a tratamiento. De acuerdo a la investigación presente, las familias responsabilizan a los niños de llevar el tratamiento y seguir estrictamente la dieta, por lo cual se encuentran sometidos a un estilo de Alimentación Autoritario, en donde no son capaces de elegir los alimentos a consumir si no que son proporcionados en su mayoría por la madre. Este estilo de Alimentación se relaciona con la ausencia de percepción por parte de los niños de claves internas de saciedad y hambre, haciendo depender la ingesta de comida a criterios externos, todo lo cual produce que éste comience a idealizar y a sentirse deseoso de consumir los alimentos “prohibidos”, obstaculizando así la dieta y, por lo tanto, el tratamiento. Además de lo anterior se debe agregar que el niño es el único miembro que se somete a la dieta, por lo tanto los alimentos a consumir con moderación se encuentran disponibles en casa y son consumidos a diario por todos los otros miembros del grupo familiar.

El segundo elemento se refiere al Origen de la Enfermedad, en general, las familias cuyo tratamiento no es efectivo, conceptualizan las causas de la enfermedad ligadas principalmente a variables biológicas, considerándose éstas con un menor grado de controlabilidad por parte de las familias. El Locus de control es externo, lo cual predispone a la incontrolabilidad del peso y por consiguiente a la ausencia de modificación de los hábitos de vida.

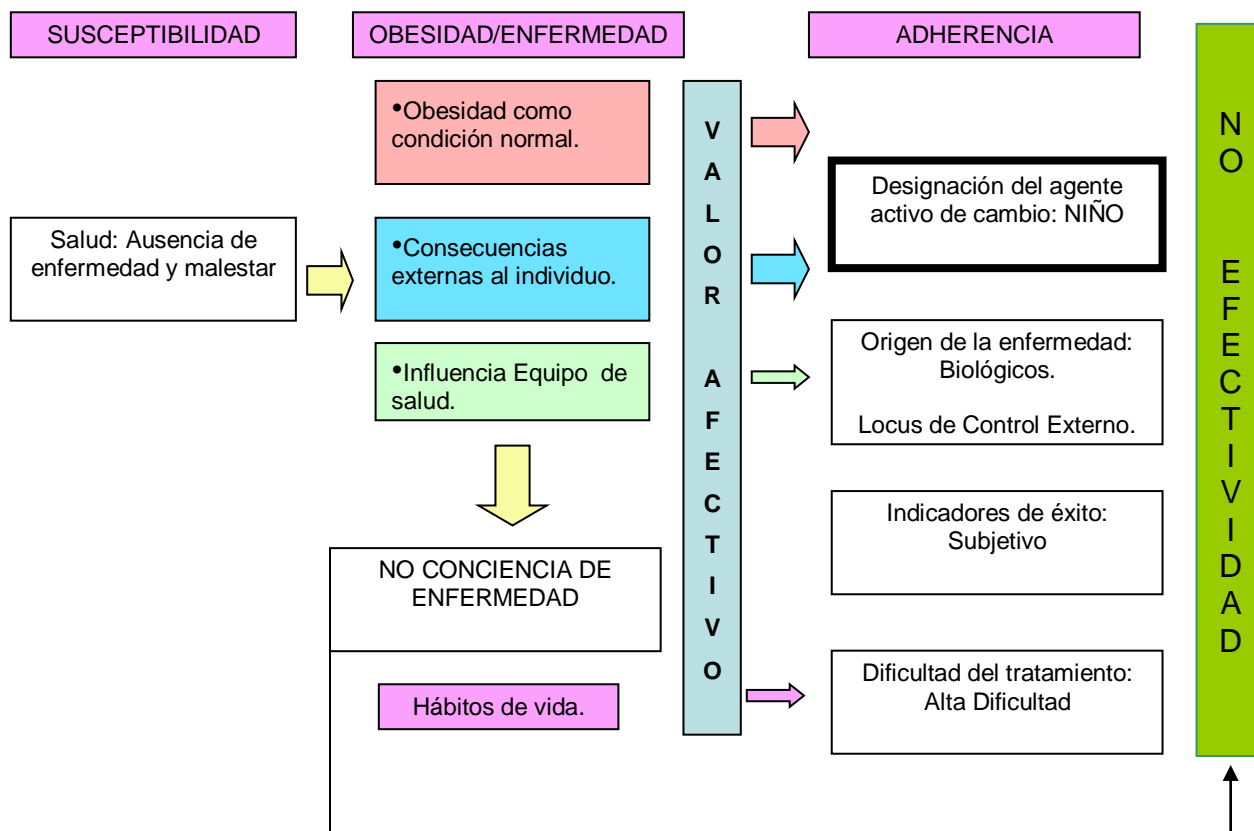
El tercer elemento se refiere a los indicadores de éxito, los cuales para estas familias son de carácter Subjetivo, lo cual significa que el criterio para considerarse “sanos” no guarda relación con las metas del tratamiento definida por profesionales expertos en nutrición. Esto posee especial importancia ya que estas familias al considerar logrado este indicador, abandonan el tratamiento y a la postre no es efectivo.

El cuarto y último elemento hace referencia a las Dificultades del Tratamiento: en este caso y muy ligado a locus de control, las familias con baja adherencia y por consiguiente sin efectividad, consideran que el tratamiento es de gran complejidad, debiendo abandonar prácticas arraigadas en su vida cotidiana las cuales han adquirido muchas veces de forma transgeneracional un carácter simbólico.

6.- No Adherencia al Tratamiento: Finalmente la relación de todos los componentes y sub componentes descritos anteriormente, conducen a la conducta de No

Adherencia Terapéutica, definidos por criterios objetivos de éxito emanado por profesionales expertos en la materia.

Cuadro N° 5: Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos cuyo Tratamiento no ha sido Efectivo.



Autores: V. Lyng, J. Pizarro, D. Salazar, A. Sanguinetti y V. Vallejo, 2006.

A continuación, proponemos un Modelo que rescata algunas creencias propias de familias cuyos niños han logrado adscribirse a un tratamiento que a la postre les ha permitido superar lentamente el exceso de peso.

1.- Susceptibilidad: Aquellas familias con hijos obesos, que han seguido las indicaciones entregadas por el Equipo de salud orientadas a obtener una disminución en el peso y que han tenido algún grado de éxito, asocian fuertemente la salud con el sobrepeso considerando a la obesidad como un problema. En el concepto de salud que manejan,

incluyen el peso como un determinante dentro de los aspectos que los llevarán a mantenerse saludables y libres de aquellas patologías ligadas a esta causa.

2.- Obesidad como Enfermedad: Dentro del concepto de enfermedad que manejan las familias que han adherido a tratamiento, se considera a la obesidad como una patología de gravedad moderada a severa. No se considera este problema como una condición normal, de tal manera que es una situación transitoria a la que debe ponerse atajo.

Las consecuencias derivadas de la mantención del sobrepeso siempre son serias y poseen una atribución interna, es decir, le ocurren al individuo o al niño obeso en sí mismos si es que no adhieren a las prescripciones entregadas; sin considerar que los problemas asociados sólo pueden afectar a otras personas externas a la familia.

Todos estos aspectos indican que para este grupo de personas que llevan un tratamiento exitoso, la obesidad debe ser tratada por un equipo de profesionales de la salud en los que depositan una gran confianza ya que las indicaciones entregadas por ellos van a constituir el remedio para “sanarse”. La autoridad en términos psicológicos que ejerce este equipo, influye de forma importante a la conciencia de enfermedad que poseen los individuos sometidos a esta especie de rehabilitación de sus costumbres.

3.- Hábitos de Vida: En términos prácticos, los pacientes obesos y, consecuentemente sus familias que muestran una efectividad en el tratamiento, reestructuran sus hábitos de vida, ya que no sólo conciben correctamente una vida saludable en términos teóricos, sino que tras ello existe una conducta que respalda.

La información que manejan en términos de alimentación y de actividad física es correcta, y el quehacer práctico da cuenta de ello.

En este punto es importante hacer notar que muchas de las creencias adquiridas respecto de este tema, han sido proporcionadas por los medios de comunicación, lo que, en este tipo de pacientes que adhirieron a un tratamiento, han constituido un elemento tremendamente reforzador de todas las indicaciones entregadas por el Equipo de Salud.

4.- Valor Alimenticio: Las familias que presentan un tratamiento efectivo otorgan a los alimentos un valor referido al valor nutricional. En este sentido, la familia y el entorno

se ven comprometidos con la tarea emprendida, ya que no se observan conductas alimentarias que tengan otro fin que no corresponda al estrictamente nutricional. Es así como este paso intermedio entre la obesidad y la adherencia al tratamiento no se ve mediada por la relación entre afectos y alimentos, lo que hace que el paso por este filtro no sea un obstáculo en el logro de los objetivos terapéuticos.

5.- Adherencia al Tratamiento: Las familias que presentan una adherencia terapéutica positiva, consideran que el Agente Activo de Cambio lo constituye el núcleo familiar en su conjunto. Esto significa que el compromiso del tratamiento lo adquieren todos sus miembros y son ellos en su totalidad los que adquieren el status de “paciente”. De esta manera, la disponibilidad de alimentos es manejada externamente por quienes tienen la autoridad dentro del grupo, no permitiéndole al niño decidir acerca de calidades y cantidades, lo que a la larga produce una creencia más nuclear y arraigada acerca de hábitos alimentarios y estilo de vida saludable. Por otra parte, no se hace al niño depositario de la responsabilidad acerca de lo que consume, de esta forma los niños no son expuestos a decidir qué alimentos consumirán y en qué cantidad, ya que los padres se encargan de ello.

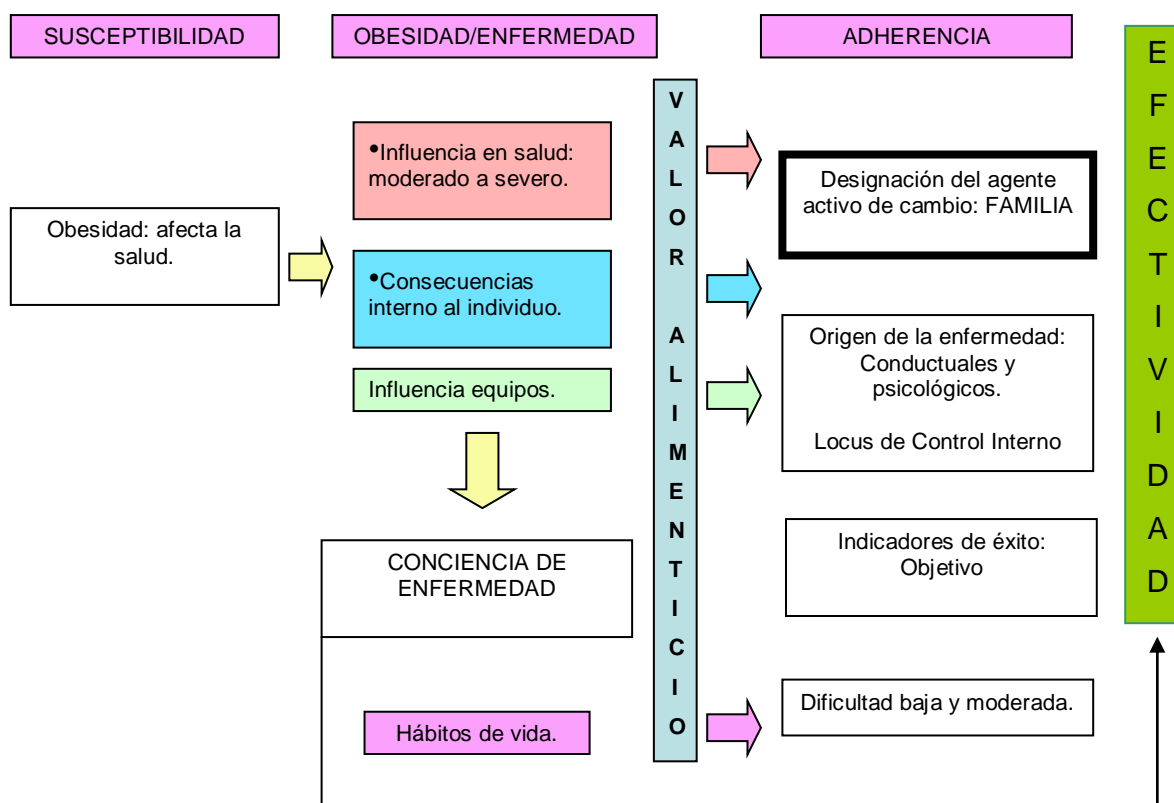
En general, las familias que logran tener éxito terapéutico, atribuyen la causa de la obesidad a variables conductuales y psicológicas las que, a diferencia de las variables biológicas, por definición, resultan ser más controlables y manejables en el tiempo ya que se acompañan de un locus de control interno. Todo esto unido a la motivación, se conjugan para hacer este proceso satisfactorio.

Los indicadores de éxito en este caso se condicen absolutamente con aquellos planteados por el equipo de Salud ya que, al creer que la obesidad constituye una enfermedad, los objetivos terapéuticos son considerados como índices de “mejoría”. Respecto de esto, los parámetros estimados para el control de la evolución son de carácter objetivo y responden a las metas trazadas en este sentido.

La conceptualización que tienen las familias adherentes a tratamiento acerca de la dificultad que significa el cambio en los hábitos de vida, ya sea en las conductas alimentarias como en el aumento de la actividad física, se presenta como leve a moderada en el peor de los casos, presentando una alta disposición a seguir las indicaciones, aunque esto signifique romper con esquemas arrastrados por varias generaciones.

6.- Efectividad del Tratamiento: Los niveles de éxito terapéutico se encuentran directamente relacionados con el nivel de adherencia. Esta situación ocurre cuando las condiciones mostradas en el “Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos cuyo Tratamiento ha sido Efectivo”, presentan la relación descrita y las metas logradas responden a criterios objetivos manejados por profesionales idóneos.

Cuadro N° 6: Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos cuyo Tratamiento ha sido Efectivo.



Autores: V. Lyng, J. Pizarro, D. Salazar, A. Sanguinetti y V. Vallejo, 2006.

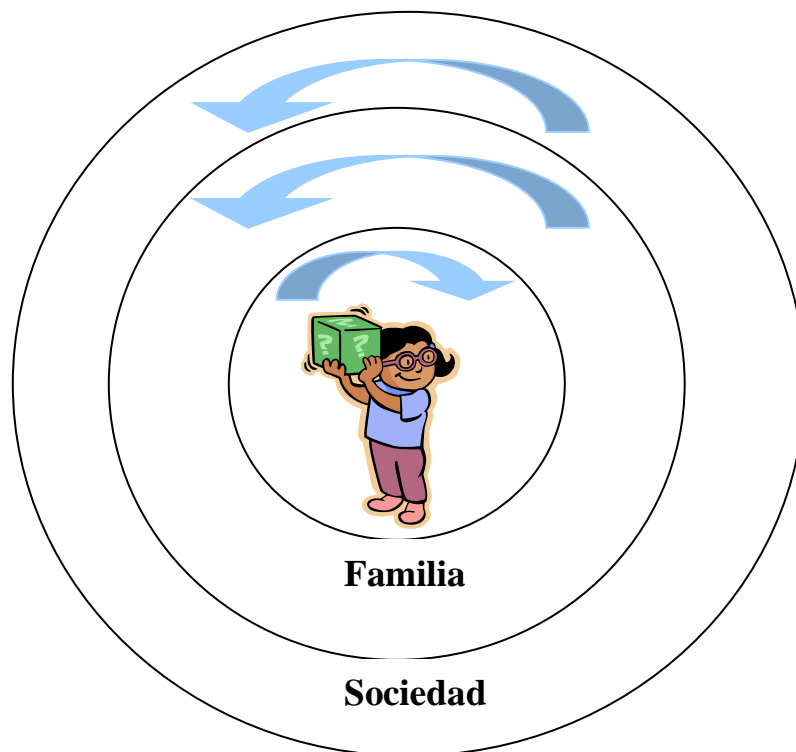
Desde una perspectiva integrativa y basándose en el Modelo Ecológico en Salud, se concluye que la influencia de las familias es de gran relevancia en el bienestar físico y psicosocial de sus integrantes, especialmente de los niños, ya que éstos aprehenden el

mundo por medio de la imitación e interacción con sus cuidadores o padres, los cuales se constituyen en los modelos a seguir.

Por otro lado, las familias se insertan en un macro sistema o contexto social, que posee una determinada idiosincrasia, es decir, estos grupos construyen su identidad conforme a las costumbres, valores y ritos característicos de la cultura a la cual pertenecen. En relación al tema de esta investigación, resulta importante destacar que la sociedad chilena actual, al igual que muchas otras, se ha globalizado y ha incorporado costumbres foráneas, incluyendo el tipo de alimentación, que se caracteriza principalmente por comidas de preparación rápida. Además, la cultura chilena posee ritos y costumbres de alimentación basadas en carnes rojas y grasas, lo cual no da cabida a la incorporación de hábitos alimentarios saludables como parte de su cultura o identidad.

Contemplando este escenario, es imposible que un niño, dada las características de su desarrollo cognitivo, pueda ser considerado como un agente exclusivo de cambio y llevar por sí solo un tratamiento que implique la adquisición de patrones inexistentes a nivel familiar, relacionados con hábitos de vida saludables. De esta forma, se configura para el niño, un mensaje de contradicciones y confusiones que le exige adoptar un estilo de vida opuesto al que le transmiten sus figuras significativas y la sociedad.

Cuadro N° 7: Esquema Integrativo: Interacción entre niño obeso, familia y sociedad.



Autores: V. Lyng, J. Pizarro, D. Salazar, A. Sanguinetti y V. Vallejo, 2006.

6.1. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA OBESIDAD INFANTIL.

A continuación se realiza una Propuesta de Evaluación dirigida a los sistemas de salud que abordan la obesidad infantil. Siendo coherentes con los resultados esperados del presente estudio, el cual pretende brindar un aporte a la investigación de la Obesidad Infantil y a la intervención que se realiza actualmente, se presenta una guía orientada a los profesionales, que evalúa y fomenta la adherencia al tratamiento y su consecuente Efectividad por parte de pacientes diagnosticados de mala nutrición por exceso.

Basándose en el Modelo de Creencias Compartidas en torno a la Obesidad en Familias con Niños Obesos y su relación con la Efectividad del Tratamiento (Cuadro N°4) propuesto por las autoras en la sección anterior, se presenta un Árbol de Intervención que da cuenta de los pasos a seguir, de acuerdo a una etapificación del paciente en tratamiento.

El Protocolo se divide en 5 partes para una mayor claridad en la explicación y comprensión de la Propuesta. Estas etapas siguen un orden de aplicación serial estricto en que cada paso se constituye en el antecedente del próximo.

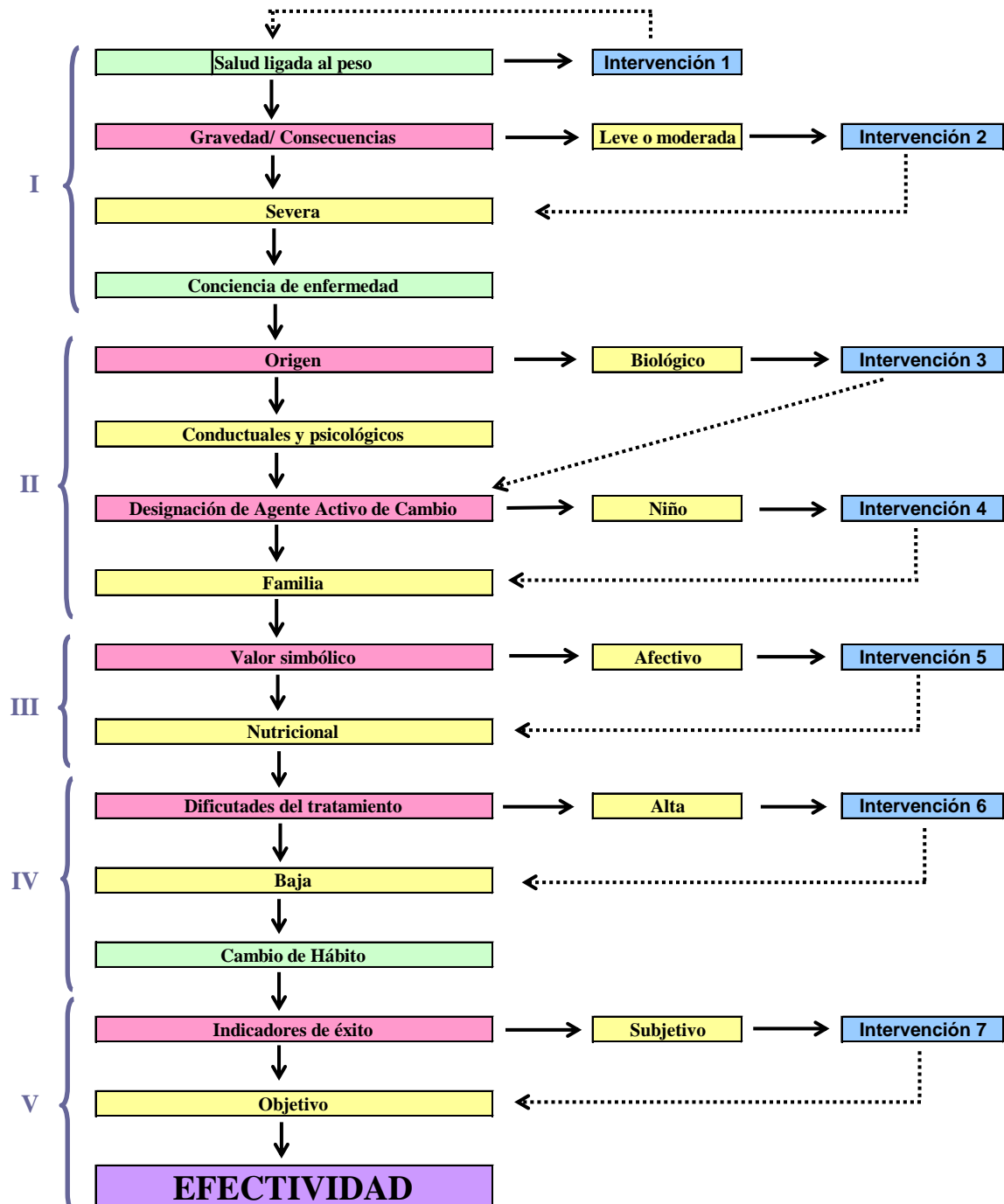
- I.** Primera Etapa: Se trata de establecer de qué forma las familias relacionan la Salud con el Peso con el fin de evaluar el nivel de conciencia de enfermedad que poseen. Para ello se explora la gravedad y las consecuencias que le atribuyen a la Obesidad. Si no consideran que el peso puede ser un determinante de la salud, se efectúa una Intervención N° 1, cuyo objetivo es psicoeducar acerca de las consecuencias del sobrepeso y la influencia sobre el estado de salud. Si el paciente considera que las consecuencias fluctúan entre un rango leve a moderado, se realiza un Intervención N° 2, en donde se explica la severidad y los riesgos que se corren al permanecer con sobrepeso. Si el paciente conoce y es capaz de sopesar la gravedad que la obesidad reviste, se considera que la familia es consciente de la enfermedad. Cumplido este objetivo se avanza a la siguiente etapa.
- II.** Segunda Etapa: Adquirida la conciencia de enfermedad se evalúa la atribución causal de la obesidad, la cual se divide en biológicas, conductuales y psicológicas. Por ser las primeras las más difíciles de controlar por parte de las familias, se realiza

una Intervención N° 3, cuyo objetivo es psicoeducar acerca de la multicausalidad de la obesidad. Si el paciente considera que el origen de la obesidad se debe a la práctica de estilos de vida poco saludables o ha participado en la Intervención N° 3, el próximo paso es evaluar la Designación del Agente Activo de Cambio. Si es sólo el niño el que lleva a cabo el tratamiento se realiza la Intervención N° 4, la cual enfatiza la necesidad de una participación familiar en el proceso. Por el contrario, si desde un principio el cambio ha afectado a todos sus miembros, se concluye satisfactoriamente con esta etapa.

- III.** Tercera Etapa: Establecido el compromiso familiar, se explora el Valor Simbólico que las familias atribuyen al alimento. Una valoración afectiva atribuida al alimento además de ser inadecuada, posiblemente constituirá un obstáculo para el tratamiento, por lo que se debe realizar una Intervención N° 5 donde se intervenga en el plano de creencias nucleares de las persona para reenfocar dicho simbolismo. Si se le atribuye un valor netamente nutricional, la familia se encuentra preparada para pasar a la siguiente etapa.
- IV.** Cuarta Etapa: Esta etapa se refiere al tratamiento propiamente tal y cómo éste es concebido por las personas. El objetivo de este paso es conducir a un cambio de hábitos, lo cual transita en un continuo de complejidad. Si las familias se polarizan hacia el extremo de mayor dificultad se realiza la Intervención N° 6 destinada principalmente a potenciar los recursos personales de cada miembro de la familia, haciendo énfasis en la motivación. Por otro lado, aquellas familias que consideran que un cambio de hábitos no constituye un obstáculo difícil de salvar, se encuentran en condiciones inmejorables para la próxima etapa.
- V.** Quinta Etapa: Finalmente se evalúan los indicadores de éxito con los cuales las familias ajustan sus avances o retrocesos durante el tratamiento. Si éstos son de carácter subjetivo y no concuerdan con los parámetros médicos, se debe realizar la última Intervención, que reencadre los indicadores para cumplir con los estándares entregados por el equipo de salud. Luego del cumplimiento de todos los pasos anteriores, las familias se encuentran en condiciones de cumplir exitosamente con las metas de la terapia.

Cuadro N° 8: Protocolo de Evaluación e Intervención Psicológica en la Obesidad Infantil.

PROTOCOLO DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA OBESIDAD INFANTIL



6.2. COMENTARIOS FINALES

Es importante que los análisis y comentarios se contextualicen dentro del marco de las facilidades y limitaciones que caracterizaron este estudio. Dentro de las primeras se encuentra el hecho de haber podido contar con una muestra previamente diagnosticada, de tal manera que al acceder a ella ya existía un tratamiento. Esto otorga uniformidad respecto de los resultados obtenidos por una parte, y por otra, hace recaer la responsabilidad del diagnóstico en profesionales ajenos al estudio.

Una de las limitaciones que atraviesa esta investigación es la ruralidad, pero ella adquiere una dimensión relativa cuando se transforma en una característica más que en una restricción, por cuanto el lenguaje utilizado en la exploración fue muy concreto y el acceso a lo que se considera una vida moderna es muy limitado. Sin embargo, aspectos tales como la deseabilidad social detectada o la negación de conductas, que claramente atentan en contra del tratamiento, pudieron ser atravesados por un análisis riguroso que logró rescatar aquellas creencias más arraigadas.

Otra característica que marcó el análisis fue el hecho de contar con estructuras familiares diversas, en las que no se pudo establecer uniformidad respecto de la responsabilidad de las conductas que dan cuenta de una vida sana o de un tratamiento. Esto fue relacionado directamente con otro aspecto que también afecta al proceso, y que tiene que ver con la designación del agente activo de cambio. Se vio que cuando esta misión recaía en el niño, no se apreciaban resultados que fueran reveladores, confirmando la teoría de que un cambio individual sólo puede darse respaldado por personas significativas en la vida de éste, lo que implica que cuando es la familia la que asume la tarea del cambio, se logra mayor adherencia y compromiso terapéutico. Esto pudo ser apreciado en la muestra, ya que la mayor responsabilidad de todos los miembros de la familia siempre estuvo relacionada con un mejor tratamiento y consecuentemente, con un mejor resultado.

El tratamiento en sí resulta ser un proceso largo y no siempre fácil, sostenido en el tiempo, por lo tanto los recursos afectivos de las familias deben ser muy firmes y estables, de tal manera de potenciar en los niños una motivación que traspase aspectos tan importantes como la presión de los pares y los estímulos a los que se ven sometidos permanentemente por los medios de comunicación y por la modernidad que

tangencialmente les alcanza. Respecto del penúltimo punto hay una reflexión que no puede dejar de mencionarse, y tiene que ver con la valencia positiva o negativa que puede adquirir este aspecto cuando es bien utilizado. Si bien la publicidad puede inducir al consumo de alimentos no siempre saludables y situar a las personas que los consumen en un status deseable, también los medios de comunicación pueden transmitir los riesgos que implica el sobrepeso y las ventajas de una vida sana, considerando como tal la miscelánea producto de una alimentación adecuada y de una actividad física permanente.

El tema de la información que manejan las familias es también destacable. Se vio que en aquellas sometidas a tratamiento no existen diferencias importantes entre las que muestran y las que no muestran adherencia a éste. En general, todos los entrevistados, niños y adultos, demostraron conocer todos los elementos que conducen a una vida saludable. Llama la atención que la información que manejan es adecuada y no presenta variación entre los dos grupos, sin embargo es en las conductas relacionadas con las creencias donde se produce la diferencia, viéndose que el grupo adherente al tratamiento lleva sus creencias, las indicaciones del equipo de salud y los conceptos que manejan a la práctica, en cambio los no adherentes manejan creencias verdaderas, tienen acceso a las indicaciones de los profesionales indicados, sin embargo sus conductas no guardan ninguna relación con los factores mencionados.

Se produce entonces una barrera entre creencias y conductas, y que representa un filtro entre ambas. La diferencia reside entonces en la mayor o menor dificultad para atravesarlo.

Uno de los aportes importantes de este estudio consistió en identificar los elementos de este paso. Por una parte se considera que la conciencia de enfermedad es el punto de inicio para una abierta disposición a tomar las medidas necesarias para sanarse, existiendo clara conciencia de las limitaciones y consecuencias; es aquí donde se produce la primera diferencia entre las familias adherentes y no adherentes y se adquiere el compromiso futuro, en donde juega un rol fundamental la designación del agente activo de cambio. Como ya fue discutido previamente, la situación ideal pasa por una responsabilidad compartida entre todos los miembros, incluyendo al paciente. Por otra parte aparece lo que fue considerado el hallazgo más importante de este estudio, y que dice relación con el valor simbólico asignado a los alimentos. El valor nutricional real es conocido ampliamente y lo

adecuado o inadecuado de su consumo también, sin embargo la comida adquiere dimensiones insospechadas cuando se relaciona con los afectos, adquiriendo connotaciones irracionales que van más allá de las proyecciones de mantener un peso censurado médica, psicológica y socialmente.

Esta dimensión simbólica de la comida puede ir desde lo religioso hasta lo afectivo, pasando por las funciones de ser la proyección de algo divino, de ser un instrumento para demostrar cariño o de poder constituir un premio para los comportamientos y logros adecuados a lo largo de la vida. Evidentemente este filtro es muy difícil de ser traspasado, por lo que un tratamiento idóneo debe necesariamente pasar por una reasignación de valores y creencias.

A lo largo de todo el proceso que viven las personas obesas, desde el diagnóstico, pasando por el tratamiento y la mantención de los resultados, el quehacer de los psicólogos no se ha visualizado adecuadamente. El aporte no sólo puede hacerse notar al tratar las depresiones y trastornos del ánimo en general que afecta a estos pacientes, sino que debe constituirse desde el principio en una herramienta indispensable en el apoyo, conducción y mantención de cambios y logros que, por ser la obesidad considerada una enfermedad crónica, no obedece a un tratamiento tradicional sino a un proceso y a un viraje de hábitos que debe mantenerse a lo largo de toda la vida.

Este estudio propone un Protocolo de Evaluación e Intervención en Niños Obesos, sujeto a revisiones y cambios, de tal manera que pueda constituirse en el punto de partida para futuras líneas de investigación en este sentido, y que pueda responder a la necesidad de mejorar protocolos de intervención existentes.

Se hace necesario recalcar la importancia de un abordaje psicológico a todo nivel en la lucha contra este flagelo de la modernidad, ya que si bien los niños y personas obesas en general reciben la información que cubre los razonamientos concretos acerca de problema, no se maneja la dimensión abstracta y emocional que en un enfrentamiento integral y multidisciplinario necesariamente debe ser considerado.

Haciendo una proyección evolutiva de la responsabilidad de los profesionales de la salud en esta tarea, considerándolo en su trabajo de equipo y en su especialización, la labor debe ser replanteada. Actualmente se está trabajando en una tarea *reactiva* principalmente, tratando de responder a los requerimientos de pacientes instalados en la patología, sin

embargo, una política de choque debe considerar necesariamente la labor *proactiva*, en que la promoción y prevención tengan un efecto incuestionable.

Finalmente, y como crítica a los psicólogos, las propuestas en este campo no han abierto un espacio suficientemente fértil como para posicionarse en un rol que no sólo les corresponde, sino que abre una puerta para un trabajo interesantísimo e imprescindible en una cruzada contra la obesidad, icono de la vida moderna, que traspasa fronteras entre el desarrollo y el subdesarrollo y que silenciosamente se ha instalado, sin dar cuenta clara de los tentáculos devastadores que ha desplegado. La tarea para la Psicología en este sentido se constituye en un atractivo desafío para el futuro, en el que no sólo se viene a dar cuenta de la labor previamente establecida, sino que abre definitivamente el espectro de disciplinas en las que los procesos psicológicos, cognitivos y fisiológicos se encuentran férreamente entrelazados.

BIBLIOGRAFIA.

1. Albala, C. Kain, J. Burrows, R. Díaz, E. Obesidad: Un desafío pendiente. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 2000.
2. Alcocer F. Lorenza. Obesidad: Causa o consecuencia de los trastornos de la alimentación. Rev. Hospitalidad-esdai / Julio-Diciembre 2003. Cuba
3. Barja S., Nuñez E., Velandia S. et al. Adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil. Rev. chil. pediatr., abr. 2005, vol.76, no.2, p.151-158.
4. Barquera C., Simón en <http://cbs.xoc.uam.mx/3rafase/obesidad/unidad1.htm>
5. Braguinsky J. y col. "Actualización del libro: OBESIDAD. Patogenia, clínica y tratamiento". 2ª Ed. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1999.
6. Busdiecker S., Castillo C., Salas I., Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una revisión antropológica. Rev. chil. pediatr., ene. 2000, vol.71, no.1, p.5-11.
7. Cooke L., The development and modification of children`s eating habits. British Nutrition Foundation Bulletin, 2004.
8. Cuevas, A. American College of Phisicians. Lo último en diagnóstico y tratamiento de la obesidad. ¿Hay un lugar para la terapia conservadora aún?.2004
9. Dallos, R. Sistemas de creencias familiares. Terapia y Cambio. Piados. Buenos Aires. Argentina. 1996.
10. De ville-Almond J. Talcking childhood obesity. Primary Health Care, Vol.15 No. 3, 2005.
11. Díaz, P "Manejo Psicológico de la Obesidad" Curso Endocrinología y Diabetes para Médicos Generales, 2006
12. Ebbelin, C., Pawlak,D.,Ludwig,D. Childhood obesity: Public-health crisis, common sense cure. The Lancet, vol 360. 2002.
13. Etelson, D., Brand, D., Patrick, P., Shirali, A. Childhood Obesity: Do Parents Recognize This Health Risk?. Obesity Research, vol. 11, no. 11. 2003.
14. Galvez, D. Menay, E. (2004). "Evaluación de creencias respecto a la obesidad infantil, niveles de ansiedad, depresión y autoestima de padres de niños entre 9 y

- 11 años y su relación con el índice de masa corporal de sus hijos”. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Santiago, Facultad de Humanidades.
15. Gielen, A.C. Child Pedestrians: The Role of Parental Beliefs and Practices in Promoting Safe Walking in Urban Neighborhoods. *Journal of Urban Health* 81, no. 4. 2004.
 16. Ginarte, Y. La Adherencia Terapéutica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, vol. 17, no. 5. 2001.
 17. Golan M., Weizman A., Apter A., Fainaru M. Parents as the exclusive agents of change in the treatment of childhood obesity. *American Society for Clinical Nutrition*, 1998.
 18. Heather, P., Theresa, A. A Review of Family and Social Determinants of Children's Eating Patterns and Diet Quality. *Journal of the American College of Nutrition*, vol. 24, no. 2. 2005.
 19. Herrera, A. La familia: Unidad de Análisis. *Revista médica de IMSS, México*, 1983.
 20. INJUV: Página Web: www.injuv.cl
 21. Hodgson M. Obesidad infantil, Manual de Pediatría de la Universidad Católica de Chile, 2006 <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/ManualPed/Obesidad.html>
 22. Instituto de nutrición y tecnología de los alimentos (INTA). Prevención del sobrepeso y la obesidad. 2001
 23. Jadue, C. Meza, A. (2003). “Estructura familiar y significados compartidos en familias con pacientes pediátricos diagnosticados con una enfermedad metabólica crónica”. Tesis para optar al título de Psicólogo, Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina.
 24. Kain, J. “Factores poblacionales que inciden en la obesidad infantil en Chile”. INTA.
 25. Kimiecik, J.C., Horn, T.S. Parental Beliefs and Children's Moderate-to-Vigorous Physical Activity. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 69, n. 2. 1998.
 26. Lindsay, A., Sussner, K., Kim, J., Gortmaker, S. The Role of Parents in Preventing Childhood Obesity. *Journal Future of Children*. Princeton University and Brookings Institution, vol. 16, no. 1. 2006.

27. Llanos, F. Cotrina, A. Campana, P. Factores asociados al tratamiento de malaria en Piura y Tumbes, Perú. 2000.
28. Lopez M. K. en <http://cbs.xoc.uam.mx/3rafase/obesidad/unidad2.htm>. 2006.
29. Louro Bernal, Isabel. La familia en la determinación de la salud. Rev Cubana Salud Pública, vol. 29, no.1. 2003.
30. Martinez, A. La obesidad infantil, un reto para la salud pública y para los pediatras del siglo XXI. 2005.
31. Mclean, N., Griffin, S., Toney, K., Haderman, W. Family involvement in weight control, weight maintenance and weight-loss interventions: a systematic review of randomized trials. International Journal of Obesity, no.27, 2003.
32. Minsal. Norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. Agosto del 2004.
33. Minsal. Propuesta de Trabajo. Estrategia Global Contra la Obesidad. (EGO-Chile), 2006.
34. Moraga, F. Rebolledo, M. Borquez, P. et al. Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. Rev. chil. pediatr., jul. 2003, vol.74, no.4, p.374-380.
35. Munuera, N., Abad, M., Esteban, M., Tejerina, M. Psicología para Ciencias de la Salud. Editorial Mc Graw Hill. Madrid, España, 2004.
36. Patrick H., Nicklas T. A review of family and social determinants of children`s eating patterns and diet quality. Journal of the American College of Nutrition Vol. 24, No 2, 2005.
37. Peña, M, Bacallao,J. La obesidad y sus tendencias en la región. Revista panamericana de salud pública. 2001
38. Reilly, J; Methven, E; McDowell, Z; Hacking, B; Alexander, D; Stewart, L; Kelnar, H. Health consequences of obesity. Arch Dis Child. 2003; 748-752.
39. Reparas, F; Chueca, M; Elcarte, R; Iñigo, J; Oyarzábal, M; Villa. Obesidad Infantil en Navarra. Estudio Pecna. 1993.
40. Revista de Salud Pública. V 33, n 3, jun 1999. Modelos Alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública.
41. Rolland, J. Familias, Enfermedad y Discapacidad. Editorial Gedisa. Barcelona, España, 2000.

42. Santos, M., Martínez, J., Perez, F., *et al.* Epidemiología genética de la obesidad: estudios familiares. *Rev. méd. Chile*, mar. 2005, vol.133, no.3, p.349-361.
43. Seijas, D. Feuchtmann, C. Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos. Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1997.
44. Simón, M A. Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones. Biblioteca Nueva, Madrid España, 1999.
45. Unidad de Nutrición del Ministerio de Salud. Consejo Asesor en Nutrición. Norma técnica de evaluación nutricional del niño de 6 a 18 años. Año 2003. *Rev. chil. nutr.*, ago. 2004, vol.31, no.2, p.128-137.
46. Vick, J. Childhood Obesity: Familial Influences & Effects. University of Georgia, 2005.
47. Wright, C; Parker,L; Lamont, D; Craft, A. Implications of childhood obesity for adult health: findings from thousand families cohort study. University of Newcastle. 2001.
48. Young B. Food advertising, food choice and obesity. European Association of Communications Agencies, 2003.