

COMPRENDIENDO LA OBESIDAD INFANTIL COMO UNA CONDICIÓN BIO-PSICO-SOCIAL

UNDERSTANDING CHILDHOOD OBESITY AS A BIO-PSYCHO-SOCIAL CONDITION

Olivia De Jongh-González^{1,2}

Ericka I. Escalante Izeta³

Angélica Ojeda García²

¹Escuela de Población y Salud Pública, Universidad de Columbia Británica (UBC), Instituto de Investigación del Hospital Infantil de Columbia Británica (BCCHR).

²Departamento de Psicología, Universidad Iberoamericana de la Ciudad de México.

³Departamento de Salud, Universidad Iberoamericana de Puebla.

Recibido: 22 de diciembre de 2021

Aceptado: 25 de abril de 2022

Publicado: 31 de julio de 2022

Cómo citar este artículo:

De Jongh-González O; Escalante Izeta E.I; Ojeda García A. (2022) Comprendiendo la obesidad infantil como una condición bio-psico-social. Revista cubana de Psicología, 4 (6), 177-194.
<http://www.psicocuba.uh.cu>

RESUMEN

La obesidad infantil constituye una enfermedad compleja y multifactorial, causada por la interrelación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Aunque existe amplio conocimiento sobre sus causas y consecuencias, este padecimiento continúa en aumento mundialmente, y afecta casi a un tercio de la población infantil y adolescente de América Latina y del Norte, especialmente en zonas marginadas y de bajos recursos. El presente trabajo teórico analiza, de forma sintetizada, la diversa etiología bio-psico-social de la obesidad infantil, con especial énfasis en el rol de los factores familiares y psicológicos, entre ellos las prácticas y estilos de crianza y de alimentación, el comer emocional y la autoeficacia. Se destaca cómo la obesidad es un problema cíclico o en espiral que se refuerza a sí mismo, así como la necesidad de desarrollar programas de intervención a nivel individual, familiar, comunitario, y políticas públicas para promover el desarrollo saludable de niños y adolescentes.

Palabras clave: sobrepeso y obesidad infantil; etiología; prácticas de crianza; estilos de crianza; comer emocional; autoeficacia.

ABSTRACT

Childhood obesity is a complex and multifactorial health condition, caused by the interaction of biological, psychological and social variables. Despite the existing knowledge on its causes and consequences, its prevalence has increased worldwide affecting about one third of Latino- and North-American children and adolescents, especially those living in marginalized and low-income communities. This theoretical narrative study reviews the bio-psycho-social etiology of childhood obesity, focusing mostly on familial and psychological variables such as parenting practices and styles, feeding practices, emotional eating and self-efficacy. It illustrates the cyclic nature of this health condition, and highlights the need to design multilevel intervention programs that take into account individual, familial and community variables as well as public policies, in order to promote children's and adolescents' health and wellbeing.

Keywords: childhood overweight and obesity; etiology; parenting practices; parenting styles; emotional eating; self-efficacy.

Introducción

La obesidad constituye una enfermedad crónica y multifactorial, en la que aumenta la masa grasa y se produce una ganancia del peso corporal (Rivera, Velasco, Hernández, *et al.*, 2015). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000), este padecimiento implica un nivel de grasa tal, que incrementa significativamente la mortalidad y/o morbilidad de los pacientes que lo padecen. Gran parte de su relevancia radica en su alta prevalencia a nivel mundial, así como en sus consecuencias sobre la salud física y mental de los pacientes. Por ejemplo, en México, la obesidad afecta a más del 35 % de los niños(as) y adolescentes entre cinco y diecinueve años de edad, según el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2018).

Las personas con obesidad tienen mayor probabilidad de presentar problemas médicos, como la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus tipo 2, afectaciones cardiovasculares diversas, hígado graso, hipertensión arterial, dificultades respiratorias, asma, apnea del sueño, problemas ortopédicos, anormalidades menstruales, entre otras condiciones que incrementan su morbilidad y mortalidad prematura (Baile, 2007). Además, padecer obesidad en la infancia aumenta el riesgo de continuar teniendo obesidad en la vida adulta (Aceves-Martins, Llauradó, Tarro, *et al.*, 2016). Por otra parte, las personas con obesidad reportan significativas dificultades psicosociales al ser frecuentemente víctimas de discriminación y acoso, lo cual deteriora su bienestar y calidad de vida (López, Perea, Loredó, 2008).

Según Baile (2007), la obesidad se refuerza a sí misma, ya que factores derivados de esta condición constituyen también factores para su mantenimiento. Por ejemplo, la obesidad puede generar problemas músculo-esqueléticos (como dolores en las articulaciones), que favorecen el sedentarismo. Igualmente, una persona con obesidad puede presentar depresión derivada de la estigmatización de dicha condición, y utilizar los alimentos como pseudosolución para compensar dicha emoción. Por estos motivos, el presente artículo, a través de una revisión narrativa, buscó realizar un acercamiento al problema del sobrepeso y la obesidad infantil como un fenómeno dinámico, complejo y multifactorial, con una etiología bio-psico-social compleja basada en una variedad de factores.

1. ¿Qué es la obesidad infantil?

La obesidad es definida como un desequilibrio entre el consumo de energía y el gasto energético. A consecuencia del mismo, se produce una acumulación progresiva de energía sobrante en forma de

triglicéridos, de lo cual deriva el incremento del número y volumen de adipocitos, que afectan el metabolismo (Calzada, 2003). Kaufer-Howitz y Toussaint (2012) explican el proceso para su diagnóstico en niños y adolescentes, para lo cual se han utilizado diversas medidas antropométricas y corporales. Según los autores, el método recomendado por la OMS para el diagnóstico del estado nutricional infantil es el cálculo del índice de masa corporal (IMC) pues, aunque no se trata de un valor que muestra el nivel de tejido adiposo, sí ha mostrado correlación positiva con el mismo. Por otra parte, el IMC es uno de los indicadores más sencillos de obtener, a partir de la relación entre peso y estatura (kg/m^2). Posteriormente, se utiliza el resultado obtenido en conjunto con la fecha exacta de nacimiento y el sexo, para ubicar a los pacientes en una tabla o gráfica de crecimiento que considera los estándares nacionales y/o internacionales, con la utilización de un punto de corte fijo. Estas tablas de referencia están divididas por sexo. En ellas se puede comparar el peso, la estatura y/o el IMC del niño en relación a su edad, información que permite asignarle un determinado percentil. El punto de corte para el diagnóstico de sobrepeso es el percentil igual o superior a ochenta y cinco, a diferencia del punto de corte para diagnosticar obesidad, que es el percentil igual o superior a noventa y cinco.

2. Etiología de la obesidad

La compleja etiología del sobrepeso y obesidad infantil involucra la interacción entre factores que funcionan a diversos niveles individuales (biológicos, conductuales, psicológicos) y sociales (familia, escuela, comunidad, cultura). Actualmente, el modelo ecológico del sobrepeso y la obesidad infantil es una de las propuestas más aceptadas (Davison y Birch 2001; Birch y Ventura, 2009), el cual identifica diferentes niveles de influencia sobre el peso, desde los más directos (factores individuales), hasta los de menos incidencia (factores macrosociales). Es importante señalar que la relevancia de dichos factores varía según el contexto y población. Sin embargo, todos están presentes e interactúan entre sí de forma recíproca.

2.1. Factores individuales

2.1.1 Factores biológicos

Diversos factores biológicos han sido asociados con la obesidad. Sin embargo, muchos autores consideran que estos no son determinantes en la mayoría de los casos. En este sentido, García (2012) reportó que únicamente entre el 1 % y el 3 % del total de las causas de la obesidad y el sobrepeso corresponden a trastornos endocrinos. De estos, los más frecuentes son: hipotiroidismo, ovarios

poliquísticos, síndrome de Cushing, hipogonadismo e insulinoma. Por otra parte, Calzada (2003) explicó la asociación de la obesidad con las diferencias en el control y regulación del apetito, en el cual se contrasta (a nivel neurológico), el contenido de energía utilizable a corto plazo, con el de las reservas energéticas a mediano y largo plazo. A consecuencia de este proceso, se estimula o inhibe la ingesta de alimentos. Otros elementos como los niveles de leptina en sangre, las diferencias en la eficacia del metabolismo basal y las diferencias en la activación del consumo de energía tras la ingesta, también constituyen factores biológicos individuales que se asocian con cierta predisposición a presentar sobrepeso u obesidad (Baile y González, 2013). Por su parte, Klünder, Peralta, Burguete, *et al.* (2012) destacaron que existen cerca de 430 genes asociados a la obesidad en niños y adultos, y enfatizan la relevancia de la diabetes mellitus tipo 2 en algunos de los padres, como antecedentes significativos o factores de riesgo. No obstante, dado que la diabetes constituye también una consecuencia de la obesidad, cabría preguntarse si es la diabetes de los padres (o si es su obesidad, de estar presente), el factor de riesgo que incrementa la probabilidad de que los hijos presenten esta condición. Igualmente, se ha encontrado que la preferencia hacia la comida es de cierta forma transmitida de la madre al hijo a través del líquido amniótico y de la leche materna durante la lactancia (Birch y Ventura, 2009), además de otros factores de riesgo como el peso y la diabetes gestacional en la madre, los antecedentes de obesidad en familiares de primer grado (que triplican el riesgo de obesidad en los hijos) y el retraso en el crecimiento intrauterino (García, 2012). Finalmente, se ha encontrado una asociación entre el aumento de peso y el consumo de ciertos medicamentos, entre ellos los glucocorticoides, antipsicóticos, antiepilépticos, antidiabéticos, antidepresivos y bloqueadores beta (Speakman y Levistky, 2009).

2.1.2. Conducta individual

Diversos estudios han demostrado que, a nivel conductual, la población infantil, adolescente y adulta mantienen hábitos no saludables que se asocian con el sobrepeso y la obesidad. Entre ellos, se encuentra el consumo de alimentos chatarra y la ingesta de bebidas azucaradas, el alto consumo de grasas saturadas, el bajo consumo de proteínas, fibras y de agua simple (Aceves-Martins, Llauro, Tarro, *et al.*, 2016). Además, estos autores han identificado un patrón de conducta sedentario en aproximadamente el 30 % de la población con reducida actividad física y ejercicio al aire libre, así como un incremento de las actividades dentro del hogar, especialmente las asociadas con *horas-pantalla*. En combinación, todo este alto consumo calórico y el bajo gasto de energía derivan en el incremento del peso corporal (Ramírez, García, Cervantes, *et al.*, 2003; Piernas, Barquera, Popkin, 2012; Rivera, Barquera, González-de-Cosío, *et al.*, 2012; Barquera, Campirano, Bonvecchio, *et al.*, 2013; INSP, 2018). Sin embargo, asumir que estas son las únicas causas de la obesidad infantil implica una visión muy limitada de esta condición. Por el

contrario, estas conductas personales se ven causadas y/o reforzadas por otros factores individuales, sociales y contextuales diversos, los cuales se profundizan en los siguientes apartados.

2.1.3. Factores psicológicos

Diversos factores psicológicos han sido asociados con la obesidad infantil, aunque en muchos casos se trata de estudios transversales. Este tipo de metodología implica una limitación importante: no aporta evidencia en cuanto a la direccionalidad de dicha relación (causa vs. consecuencia). Sin embargo, de forma general, se ha encontrado que las personas con baja autoeficacia, baja autoestima, ansiedad, estrés, depresión, trastornos del sueño, trastornos alimentarios, entre otras variables psicológicas, tienen más probabilidades de presentar sobrepeso u obesidad.

Por ejemplo, diversos autores han estudiado la influencia de la autoeficacia en el desarrollo de conductas de salud en general, así como su relación con la obesidad. La autoeficacia fue definida por Bandura en 1999 como el nivel de confianza de la persona sobre sus propias capacidades. Incluso, existen diversas teorías explicativas sobre la relación entre la autoeficacia y dichas conductas de salud (Bandura, 1999; Champion y Sugg, 2008; Montañó y Kasprzyk, 2008). Además de estos modelos teóricos, existen también diversos estudios empíricos que demuestran su asociación (O’Dea y Wilson, 2006; Robertson, Green, Liao, *et al.*, 2019; Schroeder, Kubik, Lee, *et al.*, 2020). Schwarzer y Fuchs (1999) explicaron que las personas con mayor autoeficacia se muestran más perseverantes ante el cambio de hábitos, lo cual les ayuda a superar los obstáculos que se les presenten. Por ejemplo, los autores obtuvieron que una mayor autoeficacia predice la intención de realizar actividad física y de alimentarse de forma saludable. Por otra parte, en un estudio realizado con niños de entre cuarto, quinto y sexto grado, Sug y Hee (2004) obtuvieron que la autoeficacia se destacó como el mejor predictor de un estilo de vida más saludable, así como el mejor indicador para promover conductas de salud dirigidas al abordaje de la obesidad infantil. En esta misma línea, Campos y Pérez (2007) realizaron una investigación con mujeres con obesidad, a partir del cual reportaron que la baja autoeficacia estuvo asociada con mayores conflictos decisionales, que afectaron consecuentemente la modificación de conductas obesogénicas y no saludables. Adicionalmente, Sharma, Wagner, y Wilkerson, *et al.* (2004) evaluaron la asociación de los componentes de la teoría social cognitiva (entre ellos, la autoeficacia), con conductas de salud relacionadas con la obesidad. En el mismo estudio, identificaron que la autoeficacia predijo el nivel de actividad física y el consumo de frutas y verduras en los niños participantes. Más recientemente, Menéndez-González y Orts-Cortés (2018) compararon la autoeficacia, la autorregulación y el locus de control en grupos de

personas con normopeso, con sobrepeso y con obesidad. Se obtuvieron diferencias significativas entre estos grupos. Además, entre sus principales resultados reportaron que, aunque las tres variables se asociaron significativamente de forma negativa con el IMC, fue la autoeficacia el mejor predictor del mismo.

Por otra parte, Russell-Mayhew, McVey, Bardick, *et al.* (2012) realizaron una revisión sistemática de 131 artículos empíricos sobre salud mental y la obesidad infantil, donde identificaron la asociación del peso con sintomatología depresiva y ansiosa, con trastornos de la conducta alimentaria, con problemas de autoestima y con la insatisfacción en relación a la imagen corporal. Igualmente, destacaron la existencia de variables mediadoras en esta relación, como la discriminación en relación al peso, las preocupaciones sobre este y la resiliencia.

Diversos autores, entonces, se han enfocado en la relación entre las emociones y la comida. Ejemplo de ello son Buckroyd y Rother (2008) que realizaron entrevistas a profundidad a personas con obesidad, sobre su relación con los alimentos. En las mismas, identificaron que la actividad de comer es frecuentemente moderada por el estado emocional de las personas. Explicaron que los alimentos cumplen funciones psicológicas y de regulación, entre ellas: ayudar a las personas a sentirse mejor, a disminuir el aburrimiento, la culpa, al ser utilizados como recompensas o como castigos. También Zalazar (2015) trabajó con mujeres con obesidad en un proceso con Arteterapia. En esta investigación, también se expresó la función psicológica que tiene la comida, en tanto les sirve a las mujeres participantes como consuelo, como forma de satisfacer diversas necesidades psicológicas, y como respuesta a las dificultades asociadas al afrontamiento de situaciones difíciles o adversas.

Por otra parte, Perpiñá, Cebolla, Botella, *et al.* (2011) estudiaron el comer emocional en niños. Los autores identificaron que estos tienden a comer más cuando se sienten aburridos, excitados o agotados, y a comer menos cuando están resentidos. Los autores reportaron que los más pequeños reducen su alimentación ante factores estresantes. Además, sugirieron que el comer emocional constituye un mecanismo de autorregulación aprendido para afrontar emociones como la ira, la ansiedad y la depresión, al estar asociado positivamente con la edad. De forma similar, otros han estudiado la relación entre este comer emocional y el peso corporal. Según Steinsbekk, Barker, Llewellyn, *et al.* (2017), aproximadamente el 65 % de los niños utilizan ese mecanismo, el cual se encuentra asociado no sólo con el peso, sino también con la alimentación emocional por parte de sus padres. Según este estudio, las emociones reportadas por niños de cuatro años predijeron el comer y la alimentación emocional dos años después, mientras que el comer emocional se asoció positivamente con el IMC. Adicionalmente, una

mayor alimentación emocional por parte de los padres de niños de seis a ocho años predijo el comer emocional de los niños dos años después. Finalmente, un mayor comer emocional en niños de seis años se asoció con una mayor alimentación emocional a los ocho y diez años de edad.

Estos resultados demuestran que la relación entre dichas variables es multidireccional y compleja (Debeuf, Verbeke, Boelens, *et al.*, 2020; Kang y Sook, 2020) y que no sólo las variables individuales se relacionan con conductas de riesgo, sino también otros factores externos como la familia.

2.2. Factores sociales

2.2.1. El contexto familiar

El contexto familiar ejerce gran influencia sobre los niños, modela su concepción del mundo, sus creencias, sus costumbres, sus hábitos, sus patrones de conducta, de alimentación, y de actividad física. Diversos autores han estudiado la influencia de los padres sobre sus hijos, especialmente a través de las prácticas y los estilos de crianza, lo que demostró el impacto que estos tienen sobre la conducta y el peso infantil (Hughes, Power, Orlet, *et al.*, 2005; Taylor, Wilson, Slater, *et al.*, 2011; Mitchell, Farrow, Haycraft, *et al.*, 2013; Piquart, 2014; Hughes, Power, O'Connor, *et al.*, 2016; Powell, Frankerl, Umemura, *et al.*, 2017; Turnbull, González, Oliva, *et al.*, 2017; Lindsay, Wallington, Less, *et al.*, 2018; Turnbull, Frances, Oliva, *et al.*, 2019; Quelly, 2019; Walton, Haycraft, Jewell, *et al.*, 2019; Tugault-Lafleur, De-Jongh González, O'Connor, *et al.*, 2021)

Los estilos de crianza son entendidos como el contexto o clima emocional dentro del cual se da la convivencia y la educación de los menores por parte de los padres o tutores, y fueron desarrollados por Baumrind (1966) en función de dos dimensiones principales: la demanda hacia los hijos y la sensibilidad hacia sus necesidades. La combinación de estas dos dimensiones (2x2; alto o bajo) deriva en cuatro estilos parentales. El adecuado equilibrio entre el nivel de demanda y de sensibilidad por parte de los padres deriva en el estilo democrático, que es el deseado y que se ha asociado con mejores hábitos alimenticios en los niños (Mitchell, Farrow, Haycraft, *et al.*, 2013). La combinación de una alta demanda y una baja sensibilidad deriva en el estilo autoritario. La baja demanda, combinada con una alta sensibilidad, constituyen el estilo permisivo. Finalmente, la baja demanda y la baja sensibilidad dan lugar al estilo más indeseado: el negligente.

En estrecha relación con este tema, se ha incrementado el estudio sobre las prácticas de crianza, y en especial, las prácticas parentales de alimentación hacia los niños. Estas son entendidas como las conductas o estrategias específicas que utilizan los padres dentro del contexto de la alimentación, con la

intención de regular esta y/o el peso de los niños. Aunque existe similitud entre estilos y prácticas de crianza, se trata de dos constructos diferentes. Mientras que el estilo de crianza es el contexto emocional en que se dan las prácticas de crianza, estas últimas son las conductas o acciones específicas de los padres. Por tanto, el estilo de crianza modera la influencia que tienen las prácticas de crianza en los hijos. Algunos autores (Hurley, Cross, Hughes, *et al.*, 2011) han clasificado las prácticas de crianza y alimentación y alimentación en dos grupos: alimentación responsiva o no responsiva. La primera es entendida como el tipo de respuesta de los padres, que se caracteriza por la orientación del cuidador hacia las necesidades de los hijos, y el reconocimiento de las señales de hambre y saciedad en ellos. Constituyen, por tanto, prácticas de alimentación deseables y positivas. Por el contrario, las no responsivas se distinguen por una falta de reciprocidad entre los padres y el niño. Esto significa que: a) los adultos ejercen un control excesivo y restrictivo de la alimentación (similar al estilo autoritario), b) su postura es extremadamente permisiva (similar al estilo permisivo), y/o c) se desvinculan completamente de la alimentación (similar al estilo negligente).

Por otra parte, O'Connor, Mâsse, Tu, *et al.* (2017) desarrollaron una extensa revisión sistemática como base de un marco conceptual para clasificar y evaluar las prácticas parentales de alimentación: identificaron un total de 3632. Con ayuda de expertos procedentes de ocho países, estos resultados fueron reducidos a un banco de *ítems* que evalúa diecisiete grupos de prácticas de crianza relacionadas con la alimentación, las cuales fueron agrupadas en tres grandes dimensiones:

- Promoción de la autonomía. Incluye prácticas enfocadas a la promoción de la autonomía psicológica del niño, como su involucramiento en la toma de decisiones sobre la alimentación y la preparación de los alimentos, el uso de métodos no directivos para invitarlo a alimentarse de forma saludable, la educación y el razonamiento con el infante.
- Control. Incluye prácticas correctivas, punitivas e intrusivas como el uso de los alimentos como premio para regular la conducta infantil, la presión para que el niño coma sin tener en cuenta su nivel de saciedad, el control intrusivo o encubierto sobre lo que consume, por ejemplo, al esconder verduras en su comida, las prácticas excesivamente restrictivas, entre otras.
- Estructura. Incluye prácticas directivas, pero no coercitivas, como el establecimiento de límites y normas claras en relación a la comida, el uso de rutinas y horarios específicos de alimentación, el modelado de conductas saludables por parte de los padres (disfrutar el comer verduras delante de los hijos), la exposición y el acceso a alimentos saludables dentro del hogar, entre otras.

Un estudio longitudinal realizado por Hughes, Power, O'Connor, *et al.* (2016), encontró que los niños de aquellos padres cuyo estilo era indulgente o permisivo, presentaron un mayor incremento del IMC, dieciocho meses después. Por otra parte, en un meta-análisis realizado por Pinquart (2014) se obtuvo que el estilo parental negligente, así como prácticas de crianza como la ambigüedad y la ausencia de límites, predijeron el incremento del peso en los hijos, a diferencia del estilo democrático, el cual predijo una mejor alimentación y una mayor actividad física. Estos resultados sugieren que la capacidad de demanda y de sensibilidad de los padres hacia sus hijos fomenta hábitos saludables. Por el contrario, una baja demanda y sensibilidad se asocia con el descuido de los hábitos y conductas no saludables. Adicionalmente, Jennings, Loth, Tate, *et al.* (2019) encontraron que aquellos padres que reportaron utilizar los estilos permisivo o autoritario, también utilizan prácticas más restrictivas, presionan más a los niños para que coman y no modelan conductas saludables. En asociación con dichas prácticas parentales negativas, sus hijos utilizaban más conductas alimentarias de riesgo, entre ellas la responsividad a la comida, lo que implica el consumo de alimentos en respuesta a señales externas (comer aquellos alimentos que se le antojen o le resulten atractivos visualmente, o estar interesados en comer todo el tiempo), en lugar de comer en respuesta a señales internas (comer cuando tienen hambre y dejar de comer ante la saciedad). Watterworth, Hutchinson, Buchholz, *et al.* (2017) identificaron que los padres que modelan conductas saludables ante sus hijos; los involucran en la alimentación; proveen un ambiente saludable en el hogar; e incitan a una mejor alimentación, tienen hijos con un estado de nutrición más saludable. En cambio, aquellos padres que utilizan alimentos como reforzadores o castigos, que presionan a sus hijos para que coman sin considerar su nivel de hambre o saciedad, tienen hijos con un mayor riesgo nutricional. Adicionalmente, De-Jongh, González, Tugault-Lafleur, *et al.* (2021) encontraron que la posible influencia de las prácticas de crianza sobre la alimentación de los niños depende del tipo de cuidador en cuestión. Por ejemplo, se reporta que los hijos utilizan con mayor frecuencia la comida para regular su estado emocional (comer emocional) cuando sus padres (de sexo masculino) utilizan prácticas de alimentación más coercitivas, y cuando sus madres utilizan prácticas más permisivas.

Otros elementos directamente relacionados con el ambiente familiar que parecen incrementar la probabilidad de presentar obesidad infantil, son la disfuncionalidad familiar (Jaramillo-Sánchez, 2012), la percepción parental de poco apetito en los hijos (Ek, Sorjonen, Eli, *et al.*, 2016), los horarios irregulares de alimentación, la introducción de la comida sólida demasiado temprano en la infancia y el comer fuera de casa (Birch y Ventura, 2009), la desinformación, la edad y la percepción del estado nutricional de los hijos por parte de los padres (Barquera *et al.*, 2012).

2.2.3. El contexto socio-cultural

El ambiente en el que crece y se desarrolla la persona constituye otro elemento relevante que impacta su conducta, emociones y cogniciones. Desde un enfoque antropológico, la obesidad también ha sido estudiada, pues dado el carácter multideterminado de esta condición, comprenderla también implica prestar atención al contexto más amplio en el que se presenta. En este sentido, Bertrán (2010) explicó cómo la alimentación constituye muchas veces un criterio de superioridad e inferioridad económica, racial y étnica. Según este estudio, para la población de clases más bajas, los alimentos industrializados y urbanos (que por lo general son los de mayor contenido energético), son asociados con la creencia de “alcanzar la modernidad” y, por tanto, dentro de ciertos contextos, dichos alimentos reflejan un estatus social. Como describen Martínez-Munguía y Navarro-Contreras (2014), la alimentación refleja no sólo una necesidad biológica sino también una necesidad psicosocial, ya que implica diversas actividades sociales como son la compra de alimentos, su preparación, el lugar y las personas con las que se consumen, el tipo de alimentos consumidos según la ocasión, etc. De forma similar, Turnbull, González, Oliva, *et al.* (2017) ejemplificaron a través de entrevistas, cómo el comer en los puestos de la calle es una manifestación de la *cultura* y una forma de *fortalecimiento* de los lazos familiares y sociales. No obstante, los significados de la comida y del cuerpo pueden variar, entre otros factores, según las diferencias socioeconómicas de la población. Por ejemplo, Contreras (2005) explicó que, para muchas de las personas de un nivel socioeconómico elevado, la corporalidad pasa a ser el nuevo *criterio de estatus*, en el cual la delgadez se asocia con el éxito, con el poder y con otros atributos altamente deseados. Por el contrario, desde esta visión elitista, la obesidad es asociada con la pereza y con la falta de voluntad, entre otras características que implican una connotación negativa.

Diversos autores han destacado cambios sociales, económicos, políticos y tecnológicos que se asocian con el incremento de la prevalencia de la obesidad. Entre estos se encuentran la gran influencia de los sistemas alimenticios industrializados de países desarrollados (Clark, Hawkes, Murphy, *et al.*, 2012), que incrementan la accesibilidad a la comida chatarra o altamente calórica, y a la comida congelada y manipulada químicamente para que dure más tiempo. Adicionalmente, se ha producido un incremento en el consumo de pastelería, embutidos y refrescos, así como un incremento de la publicidad de este tipo de productos (Aceves-Martins, Llauradó, Tarro, *et al.*, 2016). En combinación con una baja regulación de las etiquetas nutrimentales (Turnbull, González, Oliva, *et al.*, 2017), estos factores obstaculizan una clara comprensión sobre los riesgos que implica el consumo de este tipo de alimentos.

Por otra parte, también se ha estudiado el ambiente escolar y comunitario, y los factores obesogénicos del mismo. Por ejemplo, Aceves-Martins, Llauradó, Tarro, *et al.* (2016) destacaron que en muchas escuelas se evidencia la venta de alimentos poco nutritivos y la carencia de opciones saludables para su consumo, así como los horarios de actividad física reducidos a una hora, tres veces por semana, y la poca preparación de las clases por parte de los maestros encargados de dicha actividad. De forma similar, Turnbull, González, Oliva, *et al.* (2017) encontraron este *ambiente tóxico* alrededor del niño, caracterizado por falta de regulaciones gubernamentales que permitan un mayor control sobre lo que se comercializa alrededor de la escuela. Ambos estudios también destacaron que el contexto, el nivel socioeconómico, la inseguridad y la peligrosidad de la comunidad, derivan en que las familias eviten realizar actividades al aire libre, como salir a caminar, correr, jugar en parques, montar bicicleta o acceder a centros deportivos. Esto incrementa las actividades sedentarias dentro del hogar como las *horas-pantalla* (entretenimiento mediante la televisión, celular, tabletas, videojuegos o computadoras).

Conclusiones

A diferencia de otros padecimientos de salud, el sobrepeso y la obesidad ha sido ampliamente estudiado. Existe abundante evidencia empírica que lo relaciona con muchas variables, tanto individuales como contextuales. La conducta alimentaria y la actividad física son muy importantes para el aumento o disminución del peso, pero ambas se ven afectadas por factores psicológicos (motivacionales, cognitivos, afectivos). Igualmente, esta conducta y la propia psicología del individuo se desarrollan dentro de un medio o contexto social, que añade un peso importante a los factores individuales, a la hora de determinar las causas de la obesidad. La influencia de cada uno de dichos factores puede variar en dependencia de la población con la que se trabaje. Por este motivo, es relevante no sólo conocer la literatura al respecto, sino, además, adentrarse en las características y particularidades de cada grupo, como un paso previo necesario para delimitar variables clave en el abordaje de esta condición, en un contexto dado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aceves-Martins, M., Llauradó, E., Tarro, L., Solà, R. y Giralt, M. (2016). Obesity-promoting factors in Mexican children and adolescents: challenges and opportunities. *Global Health Action*. Recuperado de <https://doi.org/10.3402%2Fgha.v9.29625>.
- Baile, J. (2007). *Obesidad infantil. ¿Qué hacer desde la familia?* Síntesis.
- Baile, J. y González, M. (2013). *Intervención psicológica en obesidad*. Pirámide.
- Bandura, A. (1999). *Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes*. En A. Bandura (ed.). *Auto-Eficacia: Como afrontamos los cambios de la Sociedad actual*. (pp. 19-54). Desclée De Brouwer.
- Barquera, S., Campirano, F., Bonvecchio, A., Hernández-Barrera, L., Rivera, J. y Popkin, B. (2010). Caloric beverage consumption patterns in Mexican children. *Nutrition journal*, 9(47), 1-10.
- Barquera, S., Campos, I., Carrión, C., Medina, C. y Sánchez, L. (2012). *Obesidad infantil y sus implicaciones en salud pública*. En N. Garibay, y S. García (eds), *Obesidad en la edad pediátrica. Prevención y tratamiento* (pp. 13-28). Corinter.
- Barquera, S., Campos, I. y Rivera, J. (2013). Mexico attempts to tackle obesity: the process, results, push backs and future challenges. *Obesity Review*, 14(2), 69-78.
- Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Bertrán, M. (2010). Acercamiento antropológico de la alimentación y salud en México. *Physis Revista de Saúde Colectiva*, 20(2), 387-411.
- Birch, L. y Ventura, A. (2009). Review: Preventing childhood obesity: what works? *International Journal of Obesity*, 33(1), 74-81.
- Buckroyd, J. y Rother, S. (2008). *Psychological Responses to Eating Disorders and Obesity: Recent and Innovative Work*. Wiley-Interscience.
- Calzada, R. (2003). *Prevalencia y etiopatogenia*. En R. Calzada (ed.), *Obesidad en niños y adolescentes* (pp. 15-19). Editores de Textos Mexicanos.

- Campos, S. y Pérez, J. (2007). Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista Chilena de Nutrición*, 34(3), 213-218.
- Champion, V., y Sugg, C. (2008). En K. Glanz, B. K. Rimer, y K. Viswanath (eds), *Health, behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 45-66). Jossey-Bass. John Wiley & Sons, Inc.
- Clark, S., Hawkes, C., Murphy, S., Hansen-Kuhn, K., y Wallinga, D. (2012). Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 18(1), 53-64.
- Contreras, J. (2005). La obesidad: una perspectiva sociocultural. *Zainak. Cuadernos de Antropología etnográfica*, 27, 31-52.
- Davison, K., y Birch, L. (2001). Childhood overweight: a contextual model and recommendations for future research. *Obesity Reviews*; 2(3), 159-171.
- Debeuf, T., Verbeken, S., Boelens, E., Volkaert, B., Van Malderen, E., Michels, N., y Braet, C. (2020). Emotion regulation training in the treatment of obesity in young adolescents: protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 21(153). Recuperado de <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13063-019-4020-1>.
- De-Jongh González. O., Tugault-Lafleur, C.N., O'Connor, T.M., Hughes, S.O., y Mâsse, L.C. (2021). Are fathers' and mothers' food parenting practices differentially associated with children's eating behaviors? *Appetite*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105434>.
- Ek, A., Sorjonen, K., Eli, K., Lindberg, L., Nyman, J., Marcus, C., y Nowicka, P. (2016). Associations between Parental Concerns about Preschoolers' Weight and Eating and Parental Feeding Practices: Results from Analyses of the Child Eating Behavior Questionnaire, the Child Feeding Questionnaire, and the Lifestyle Behavior Checklist. *PLoS ONE*, 11(1), 1-20.
- García, S. (2012). El problema de la obesidad en México. En N. Garibay., y S. García (eds.), *Obesidad en la edad pediátrica. Prevención y tratamiento* (pp. 1-12). Corinter.
- Hughes, S.O., Power, T., Orlet-Fisher, J., Mueller S., y Nicklas, T. (2005). Revisiting a neglected construct: parenting styles in a child-feeding context. *Appetite* 4(1), 83-92.
- Hughes, S.O., Power, T., O'Connor, T.M., Orlet-Fisher, J., y Chen, T-A. (2016). Maternal Feeding Styles and Food Parenting Practices as Predictors of Longitudinal Changes in Weight Status in Hispanic

Preschoolers from Low-Income Families. *Journal of Obesity*. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2016/7201082>.

Hurley, K., Cross, M., y Hughes, S.O. (2011). A systematic review of responsive feeding and child obesity in high-income countries. *The Journal of Nutrition*, 141(3), 495-501.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2018). Encuesta nacional de salud y nutrición 2018. Presentación de resultados. Recuperado el 7 de noviembre de 2021 de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_presentacion_resultados.pdf.

Jaramillo-Sánchez, R. (2012). Disminución de peso y funcionamiento familiar. *Revista Médica del IMSS*, 50(5), 487-492.

Jennings, K., Loth, K., Tate, A., Miner, M., y Berge, J. (2019). Application of latent profile analysis to define subgroups of parenting styles and food parenting practices. *Appetite*, 139, 8-18.

Kang, N., y Sook, Y. (2020). An Update on Mental Health Problems and Cognitive Behavioral Therapy in Pediatric Obesity. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition*, 23(1), 15-25.

Kaufer-Howitz, M., y Toussaint, G. (2012). *Definición y diagnóstico de la obesidad en la edad pediátrica*. En N. Garibay, y S. García (eds.), *Obesidad en la edad pediátrica. Prevención y tratamiento* (pp. 39-66). Corinter.

Klünder, M., Peralta, J., Burguete, A., y Cruz, M. (2012). Genética de la obesidad. En N. Garibay, y S. García (eds.), *Obesidad en la edad pediátrica. Prevención y tratamiento* (39-66). Corinter.

Lindsay, A., Wallington, S., Lees, F., y Greaney, M. (2018). Exploring How the Home Environment Influences Eating and Physical Activity Habits of Low-Income, Latino Children of Predominantly Immigrant Families: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 1-13.

López, G., Perea, A., y Loredo, A. (2008). Obesidad y maltrato infantil. Un fenómeno bidireccional. *Acta Pediátrica de México*, 29(6), 342-346.

Martínez-Munguía, C., y Navarro-Contreras, G. (2014). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del IMSS*, 52 (1), 94-101.

Menéndez-González, L., y Orts-Cortés, M. (2018). Factores psicosociales y conductuales en la

regulación del peso: autorregulación, autoeficacia y locus control. *Enfermería Clínica*, 28(3), 154-161.

Mitchell, G., Farrow, C., Haycraft, E., y Meyer, C. (2013). Parental influences on children's eating behaviour and characteristics of successful parent-focussed interventions. *Appetite*, 60(1), 85-94.

Montaño, E., y Kasprzyk, D. (2008). *Theory of Reasoned Action, Theory of Planned Behavior, and the Integrated Behavioral Model*. En K. Glanz, B. Rimer, y K. Viswanath (eds.) *Health behavior and health education: Theory, research and practice* (pp. 67-96). Jossey-Bass. John Wiley & Sons, Inc.

O'Dea, J., y Wilson, R. (2006). Socio-cognitive and nutritional factors associated with body mass index in children and adolescents: possibilities for childhood obesity prevention. *Health Education Research Theory & Practice*, 21(6), 796-805.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic* (No. 894). Geneva: OMS. Recuperado el 7 de noviembre de 2021 de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>.

Perpiñá C., Cebolla, A., Botella, C., Lurbe, E., y Torró, M. (2011). Emotional eating scale for children and adolescents. Psychometric characteristics in a Spanish sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 424-433.

Piernas, C., Barquera, S., y Popkin, B. (2012). Current patterns of water and beverage consumption among Mexican children and adolescents aged 1-18 years: analysis of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2012. *Public Health Nutrition*, 17(10), 2166-2175.

Pinquart, M. (2014). Associations of general parenting and parent-child relationship with pediatric obesity: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(4), 381-393.

Powell, E., Frankler, L., Umemura, T., y Hazen, N. (2017). The relationship between adult attachment orientation and child self-regulation in eating: the mediating role of persuasive-controlling feeding practices. *Eating behaviour* 26, 121-128.

Quelly, S. (2019). Helping With Meal Preparation and Children's Dietary Intake: A Literature Review. *The Journal of School Nursing*, 35(1), 51-60.

Ramírez, J., García, M., Cervantes, R., Mata, N., Zárate, F., Mason, T., y Villareal, A. (2003). Transición Alimentaria en México. *Anales de Pediatría*, 58(6), 568-73.

- Rivera, J., Barquera, S., González-de-Cosío, T., Campos, I., y Moreno, J. (2012). *México*. En M. Serrano (ed.), *La obesidad como pandemia del siglo XXI. Una perspectiva epidemiológica desde Iberoamérica* (pp. 219-246). Real Academia Nacional de Medicina.
- Rivera, J., Velasco, A., Hernández, M., Aguilar, C., Vadillo, F., y Muraya, C. (2015). *La obesidad en México. Recomendaciones para una política de estado*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robertson, M., Green, C., Liao, Y., Durand C., y Basen-Engquist, K. (2019). Self-efficacy and Physical Activity in Overweight and Obese Adults Participating in a Worksite Weight Loss Intervention: Multistate Modeling of Wearable Device Data. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, 29(4), 769-76.
- Russell-Mayhew, S., McVey, G., Bardick, A., y Ireland, A. (2012). Mental Health, Wellness, and Childhood Overweight/Obesity. *Journal of Obesity*. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2012/281801>.
- Schroeder, K., Kubik, M., Lee, J., Sirard, J., y Fulkerson, J. (2020). Self-Efficacy, Not Peer or Parent Support, Is Associated With More Physical Activity and Less Sedentary Time Among 8- to 12-Year-Old Youth With Elevated Body Mass Index. *Journal of Physical Activity and Health*, 17(1), 74-79.
- Schwarzer, R., y Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de auto-eficacia. En A. Bandura (ed.), *Auto-Eficacia: Como afrontamos los cambios de la Sociedad actual* (pp. 223-244). Desclée De Brouwer.
- Sharma, M., Wagner, D., y Wilkerson, J. (2004). Predicting Childhood Obesity Prevention Behaviors Using Social Cognitive Theory. *International Quarterly of Community Health Education*, 24(3), 191-203.
- Speakman, J., y Levistky, D. (2009). Aetiology of human obesity. En G. Williams, y G. Fruhbeck (eds), *Obesity: Science to practice* (pp. 187-208). John Wiley and Sons, Ltd.
- Steinsbekk, S., Barker, D., Llewellyn, C., Fildes, A., y Wichstrom, L. (2017). Emotional feeding and emotional eating: reciprocal process and the influence of negative affectivity. *Child development*, 00(0), 1-13.
- Sug, G., y Hee, S. (2004). A Study on the Relationship between Self-Efficacy and Health Promoting Lifestyle Profile of Childhood Obesity. *Korean Journal of Child Health Nursing*, 10(2), 173-179.

- Taylor, A., Wilson, C., Slater, A., y Mohr, P. (2011). Parent- and child-reported parenting. Associations with child weight-related outcomes. *Appetite*, 57(3), 700-706.
- Tugault-Lafleur, C.N., De Jongh González, O., O'Connor, T.M., Hughes, S.O., y Mâsse, L.C. (2021). Identifying and predicting food parenting practice profiles among Canadian parents. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 18(1), 1-11.
- Turnbull, B., González, M., Oliva, G., Sánchez, R., y Escalante, E. (2017). Energy imbalance and psychosocial imbalance in the construction of child obesity in a marginalized area of Mexico City. *Salud Mental*, 40(4), 149-156.
- Turnbull, B., Frances, S., Oliva, G., y González-Unzaga, M. (2019). Childhood obesity in Mexico: A critical analysis of the environmental factors, behaviours and discourses contributing to the epidemic. *Health Psychology*, 6(1), 1-8.
- Walton, K., Haycraft, E., Jewell, K., Breen, A., Randall, J. & Haines, J. (2019). The Family
- Watterworth, J., Hutchinson, J., Buchholz, A., Darlington, G., Randall, J., Ma, D., y Guelph Family Health Study (2017). Food parenting practices and their association with child nutrition risk status: comparing mothers and fathers. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 42(6), 667-671.
- Zalazar, E. (2015). Una experiencia de Arteterapia con mujeres con sobrepeso y obesidad. Enfoque gestáltico y Arteterapia. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 10(2015), 343-350.