

## Ensayo

# Obesidad infantil: Revisión desde la perspectiva de calidad de vida en la infancia

María Elena Acosta-Enríquez\*

\*Doctora en Nutrición, Socia de la Confederación Nacional de Pediatría de México.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad se define como un exceso de tejido adiposo en el cuerpo, tanto en niños como en adultos; se caracteriza por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía; se considera una enfermedad crónica con un componente genético importante y representa, en la actualidad, un problema mundial de salud pública (Cuevas et al, 2009).

La obesidad se relaciona con cambios en la conducta alimentaria, la selección de alimentos, el tiempo dedicado a realizar actividad física, con los modelos familiares actuales y otros factores ambientales.

Los cambios ocurridos en el estilo de vida, especialmente la adopción de nuevos patrones de alimentación en la población del mundo en los últimos 30 años, han dado como resultado modificaciones en los esquemas de salud, tanto individual como familiar, generando enfermedades que antes sólo eran comunes en la etapa adulta y que actualmente se observan en niños a temprana edad.

En otras instancias, los patrones de consumo de alimentos han sido condicionados a través del tiempo por la producción y disponibilidad de los recursos alimentarios locales y regionales, pero en las últimas décadas intervienen otros factores como los avances tecnológicos y biotecnológicos, la incorporación de la mujer a la vida laboral y productiva, el modelo actual de estructura familiar, el número de hijos, la urbanización e incremento de la población, el acceso a la educación y a la salud, la incorporación temprana a la escuela de la población infantil, el consumo de alimentos fuera del hogar, la atención en la infancia temprana por parte de los abuelos, los medios de comunicación y la influencia de la publicidad televisiva, que inciden directamente sobre los hábitos alimentarios y estilos de vida desde la infancia.

El consumo de productos hipercalóricos, alimentos de origen animal, ricos en proteínas y grasas, además de productos procesados ricos en azúcares refinados y grasas trans o saturadas, aumenta la cantidad de energía consumida que excede a los requerimientos y recomendaciones diarias

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/pediatriademexico>

en la población infantil (Sichieri et al, 2008; Spinelli et al, 2008; Acosta et al, 2009; West et al, 2009).

En la última década se le ha dado prioridad a la publicidad de las características organolépticas del alimento y al valor de prestigio social que éstos tienen, más que a la calidad nutricional o a las necesidades biológicas de nutrientes, que en la mayoría de los casos se consideran aseguradas con el volumen del alimento escogido e ingerido.

Entre otros factores que contribuyen al desarrollo de sobrepeso y obesidad se encuentran los cambios o transición de las etapas escolares, especialmente de nivel medio superior a Universidad, cuando en la mayoría de los casos se proveen de mayor independencia y por tanto de libertad en la toma de decisiones, al seleccionar los alimentos o armar sus patrones alimentarios (Pullman et al, 2009).

Entre las enfermedades crónicas frecuentes en la población infantil y adolescente en la mayoría de los países del mundo, relacionada con sobrepeso y obesidad, se considera a la *hipertensión*, como indicador de enfermedad cardiovascular en la vida adulta (Virdis et al, 2009).

Asimismo, existe mayor tendencia a presentar *dislipidemias* a temprana edad, creando la necesidad de medidas de protección que deben dar inicio desde la infancia, con la disminución de peso y la adquisición de un estilo de vida saludable (Manfredini et al, 2009; Yajnik, 2009).

Las enfermedades asociadas a obesidad pueden prevenirse e identificarse a temprana edad, a partir de evaluaciones periódicas y seguimiento de casos en riesgo (Salanave et al, 2009).

El inicio de un programa familiar que incluya una alimentación saludable baja en productos de origen animal y de grasas saturadas, un mayor consumo de frutas, vegetales, cereales, leguminosas y nueces parecen disminuir la obesidad y la génesis de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, dislipidemias y otras asociadas a la misma (Virdis et al, 2009; Manfredini et al, 2009).

A fin de disminuir la creciente tendencia de la población infantil a sobrepeso y obesidad, se promueve el desarrollo de *intervenciones desde la infancia* temprana para marcar sus patrones de conducta, de manera que en la edad adulta sea más fácil mantener un estilo de vida sano. (Niedder et al, 2009; Pullman et al, 2009; Jajnik et al, 2009).

Otro elemento indispensable para promover la preventión de obesidad es el *consumo diario de desayuno*, que representa una fuente energética importante de los requerimientos nutricios del niño durante las horas de la actividad matutina; la ausencia de este alimento y el ayuno prolongado generan situaciones que afectan el proceso de aprendizaje y la atención en los períodos de la educación básica.

Entre los temas de promoción de la salud infantil actual se incluye, además, la *distribución entre las horas de estudio y la práctica de actividad física*, evitar su permanencia frente al televisor por tiempo mayor a 3 horas diarias, pues equivale prácticamente a un 10% de sus vidas (Klesges et al, 1993; Serra et al, 2000; Acosta, 2005).

En relación a la televisión y la obesidad en el niño, desde 1985 han aparecido estudios de la relación entre las horas dedicadas a esta actividad pasiva y su relación con el incremento de peso e índice de masa corporal. Inicialmente se pensó que la obesidad se debía a tres factores: el sedentarismo, el consumo de alimentos hipercalóricos publicitados en los comerciales y la mayor ingesta de dichos alimentos al estar frente al televisor. En los últimos años se ha demostrado la relación entre las horas dedicadas a ver televisión sobre el metabolismo basal; además

de mencionar que el número de horas-televisión constituye el mejor indicador de predicción de hipercolesterolemia en niños (Strasburger, 1992; Lomeli et al, 2008; Rosas et al, 2008; Jackson et al, 2009; West et al, 2009; Gregory, 2009).

Existen múltiples estudios orientados a cómo atender la actual epidemia de obesidad, tanto en niños como adultos; a establecer intervenciones orientadas a la prevención, atención y promoción de la salud desde temprana edad, donde el entorno familiar juega un rol importante en los patrones de alimentación que conducen a alteración de la conducta alimentaria tanto individual como familiar.

La serie de referencias que acompañan esta revisión muestra la importancia de que los profesionales de la salud involucrados en la atención pediátrica incluyan acciones interdisciplinarias para el manejo y control de la obesidad, así como el interés en el diseño de intervenciones que promuevan un estilo de vida saludable desde la infancia; en especial, se debe hacer énfasis en la importancia de la familia y en la vigilancia y atención de sus hijos desde temprana edad (Galson, 2008; Seagle et al, 2009; Lajous et al, 2009; Lee, 2009; Yoshimatsu, 2009; Ariza et al, 2009; Stewart et al, 2009; Hebebrand, 2009).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ariza AJ, Laslo KM, Thomson JS, Seshadri R, Binns HJ. Pediatric Practice Research Group. Promoting growth interpretation and lifestyle counseling in primary care. *J Pediatr* 2009 Apr; 154(4): 596-601.e1. Epub 2008 Nov 22.
2. Cuevas A, Álvarez V, Olivos C. The emerging obesity problem in Latin America. *Expert Rev Cardiovasc Ther* Mar 2009; 7(3): 281-8.
3. Galson SK. Childhood overweight and obesity prevention. *Public Health Rep* May-Jun; 123(3): 258-9.
4. Gregory JW. Metabolic Disorders. *Endocr Dev* 2009; 15: 59-76. Epub 2009 Mar 3.
5. Hebebrand J, Hinney A. Environmental and genetic risk factors in obesity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* Jan 2009; 18(1): 83-94. Review.
6. Jackson DM, Djafarian K, Stewart J, Speakman JR. Increased television viewing is associated with elevated body fatness but not with lower total energy expenditure in children. *Am J Clin Nutr* 2009 Apr; 89(4): 1031-6. Epub 2009 Feb 25.
7. Lajous M, Chavarro J, Peterson KE, Hernández-Prado B, Cruz-Valdez A, Hernández-Ávila M, Lazcano-Ponce E. Screen time and adiposity in adolescents in Mexico. 2009.
8. Lee YS. The role of genes in the current obesity epidemic. *Ann Acad Med Singapore* 2009 Jan; 38(1): 45-3.
9. Lomelí C, Rosas M, Mendoza-González C, Méndez A, Lorenzo JA, Buendía A, Férez-Santander SM, Attie F. Hypertension in children and adolescence. *Arch Cardiol Mex* 2008 Apr-Jun; 78; Suppl 2: S2-82-93.
10. Manfredini F, D'Addato S, Laghi L, Malagoni AM, Mandini S, Boari B, Borghi C, Manfredini R. (2009). Influence of lifestyle measures on hypertriglyceridaemia. *Curr Drug Targets* Apr; 10(4): 344-55.
11. Niederer I, Kriemler S, Zahner L, Burgi F, Ebenegger V, Hartmann T, Meyer U, Schindler C, Nydegger A, Marques-Vidal P, Puder JJ. Influence of a lifestyle intervention in preschool children on physiological and psychological parameters (Ballabeina): study design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2009. Mar 31; 9(1): 94.
12. Pullman AW, Masters RC, Zalot LC, Carde LE, Saraiva MM, Dam YY, Randall Simpson JA, Duncan AM. Effect of the transition from high school to university on anthropometric and lifestyle variables in males. *Appl Physiol Nutr Metab* 2009; Apr; 34(2): 162-71.
13. Rosas M, Pastelín G, Vargas-Alarcón G, Martínez-Reding J, Lomelí C, Mendoza-González C, Lorenzo JA, Méndez A, Franco M, Sánchez-Lozada LG, Verdejo J, Sánchez N, Ruiz R, Férez-Santander SM, Attie F. (2008). Clinical guidelines for detection, prevention, diagnosis and treatment of systemic arterial hypertension in Mexico. Comité Institucional de Expertos en Hipertensión Arterial Sistémica. *Arch Cardiol Mex* 2008; Apr-Jun; 78 Suppl 2: S2-57. Spanish.
14. Salanave B, Peneau S, Rolland-Cachera MF, Hercberg S, Castetbon K. Stabilization of overweight prevalence in French children between 2000 and 2007. *Int J Pediatr Obes* 2009; Mar 20:1-7.
15. Seagle HM, Strain GW, Makris A, Reeves RS. Position of the American Dietetic Association: weight management. *J Am Diet Assoc* 2009; Feb; 109(2): 330-46.
16. Seidell JC, de Beer JJ, Kuijpers T. (2008). Guideline diagnosis and treatment of obesity in adults and children. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008; Sep 20; 152(38): 2071-6. Review. Deutch.
17. Sichieri R, Souza RA. (2008). Strategies for obesity prevention in children and adolescents. *Cad Saude Publica* 2008; 24 Suppl 2: S209-23; discussion S224-34. Portuguese.
18. Spinelli A, Baglio G, Cattaneo C, Fontana G, Lamberti A. Gruppo OKKIO alla SALUTE; Coorte PROFEA anno 2006. *Ann Ig* 2008; Jul-Aug; 20(4): 337-44. Italian.
19. Stewart L, Reilly JJ, Hughes AR. Evidence-based behavioral treatment of obesity in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009; Jan; 18(1): 189-98. Review.

20. Strasburger VC. (1992). Children, adolescents and television. *Pediatr in Review*; 13 (4): 144.
21. Virdis A, Ghiadoni L, Masi S, Versari D, Daghini E, Giannarelli C, Salvetti A, Taddei S. Obesity in the childhood: a link to adult hypertension. *Curr Pharm Des* 2009; 15(10): 1063-71.
22. Yajnik CS. (2009) Imperative of Preventive Measures Addressing the Life-Cycle. *Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program*; 63: 177-194.
23. Yoshimatsu H. Behavioral therapy for obesity. *Nippon Rinsho* 2009; Feb; 67(2): 373-83. Japanese.
24. West F, Sanders MR. The Lifestyle Behaviour Checklist: A measure of weight-related problem behaviour in obese children. *Int J Pediatr Obes* 2009; Mar; 12: 1-8.
25. Wilkinson KM. Increasing obesity in children and adolescents: an alarming epidemic. *JAAPA* 2008; Dec; 21(12): 31-6, 38. Review.

Correspondencia:

Dra. Elena Acosta Enríquez  
E-mail: elenacos\_20@yahoo.com