



Obesidad infantil en México: la necesidad de capacitar al médico de primer contacto

Childhood obesity in Mexico: the need to train primary care physicians

Jessie Nallely Zurita-Cruz,* Miguel Ángel Villasís-Keever‡

* Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México; ‡ Unidad de Investigación en Análisis y Síntesis de la Evidencia, Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, determinada por la interacción de factores biológicos, genéticos, conductuales, psicosociales, ambientales y estructurales. En la población pediátrica, su importancia radica no sólo en la elevada probabilidad de persistir hasta la vida adulta, sino también en su asociación con alteraciones metabólicas, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular temprana, complicaciones musculoesqueléticas, entre otras.^{1,2} Ante esta situación, es necesario que la obesidad infantil se prevenga, se identifique y se maneje de manera integral desde las primeras etapas de la vida.

En México, desde hace años, la obesidad infantil representa uno de los principales problemas de salud pública. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020-2022, en escolares la prevalencia de sobrepeso fue de 19.2% y la de obesidad de 18.1%, mientras que en adolescentes fue de 23.9 y 17.2%, respectivamente.³ Estos datos muestran que más de una tercera parte de los escolares, y que alrededor de cuatro de cada diez adolescentes presentan exceso de peso, lo cual coloca a México entre los países con mayor carga de esta condición en América Latina.^{3,4} Pero además resulta preocupante que, a pesar de diferentes iniciativas para tratar de revertir el problema, al analizar las tendencias de los últimos años, no parece que

vayamos por buen camino. Dentro de estas iniciativas se incluyen diferentes programas gubernamentales implementados para modificar los entornos alimentarios y promover estilos de vida saludables.³

Ante este escenario, se requiere que el personal de salud de primer contacto, como médicos generales, médicos familiares y pediatras estén preparados para la atención de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad, ya que, en general, suelen ser los primeros profesionales en identificar el exceso de peso y sus complicaciones.

Las guías clínicas actuales, tanto nacionales como internacionales, recomiendan que en todo paciente pediátrico con sobrepeso u obesidad se lleve a cabo una evaluación integral que incluya interrogatorio dirigido a reconocer sus hábitos de alimentación, actividad física y sueño, tiempo de pantalla, así como establecer, su salud mental; además, la exploración física debe estar enfocada a identificar comorbilidades (por ej. hipertensión arterial, *acantosis nigricans* o problemas osteoarticulares). Asimismo, es esencial la toma de muestras sanguíneas para conocer la presencia de alteraciones metabólicas, como hiperglucemia y dislipidemia.⁵ Una vez obtenida esta información, el personal de primer contacto debe planear el manejo, el cual requiere ser longitudinal, familiar y multidisciplinario, con inter-

Correspondencia: Miguel Ángel Villasís-Keever. E-mail: miguel.villasis@gmail.com

Citar como: Zurita-Cruz JN, Villasís-Keever MÁ. Obesidad infantil en México: la necesidad de capacitar al médico de primer contacto. Rev Mex Pediatr. 2026; 93(2): 47-52. <https://dx.doi.org/10.35366/123607>

venciones centradas en una alimentación saludable, realización de actividad física sistematizada, reducción del sedentarismo. Es decir, se necesita una modificación conductual para mejorar su estilo de vida, donde el clínico realice entrevista motivacional y un seguimiento estructurado.^{1,5}

A pesar de que se han publicado guías, manuales y libros para el manejo del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, en diversos estudios realizados se han documentado brechas relevantes en la formación médica sobre estos temas, lo cual es relevante porque podría explicar, en parte, la falta de cambios claros en las tendencias en la prevalencia de esta enfermedad crónica. Por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica (EUA) una encuesta nacional a directores de programas de residencia mostró que, aunque la mayoría consideraba importante la capacitación en obesidad infantil, sólo 18.1% contaba con un currículo formal.⁶ De manera similar, encuestas a médicos de atención primaria pediátrica han mostrado variabilidad en las horas de entrenamiento formal, encontrando que entre mayor capacitación y conocimiento, se incrementa la confianza y familiaridad con las guías de manejo de los problemas de sobrepeso y obesidad.⁷ Esta falta de preparación puede traducirse en menor detección del sobrepeso/obesidad y sus comorbilidades, así como escasa consejería, inseguridad para abordar el tema y limitada capacidad para iniciar tratamiento.⁸

La evidencia disponible también sugiere que los talleres educativos son una estrategia factible y útil para fortalecer competencias clínicas para el manejo de la obesidad infantil. Intervenciones breves donde se sientan las bases para brindar una entrevista motivacional y consejería -centrada en el paciente-, han resultado en mejoría en el conocimiento, las habilidades y la confianza de médicos residentes para abordar conductas relacionadas con la obesidad.^{9,10} También, programas de capacitación mediante modalidades presenciales o apoyadas en herramientas digitales dirigidas para la detección, establecimiento de metas y tratamiento inicial de obesidad pediátrica, han demostrado optimizar las competencias clínicas.¹¹

La necesidad de capacitar a los profesionales de la salud para el manejo del sobrepeso y obesidad en pediatría es una realidad actual que requiere acciones. Existen múltiples estudios donde se ha documentado que en niños y adolescentes con estas condiciones no se llevan a cabo las recomendaciones ampliamente publicadas.¹² Además, en algunas experiencias recientes de los autores de este artículo nos hemos dado cuenta que, en evaluación realizada en pediatras que parti-

ciparon voluntariamente en un taller estructurado de cuatro horas sobre obesidad pediátrica, el porcentaje de respuestas correctas antes de la intervención fue bajo y aumentó de manera importante después del taller. En ciertas áreas para la atención del sobrepeso/obesidad se detectó menor conocimiento, como la cantidad apropiada del tiempo de pantalla, la duración que se recomendada de actividad física o cuáles son los criterios para incorporar el apoyo psicológico. Aunque estos resultados deben interpretarse considerando el posible sesgo de selección, muestran que una intervención educativa breve, práctica y apoyada en material visual puede mejorar sustancialmente el conocimiento de los pediatras y fortalecer su capacidad para iniciar el manejo de la obesidad infantil.

Para el manejo y prevención de los problemas del sobrepeso y obesidad, existen diferentes recomendaciones en las guías clínicas que, muy probablemente, los médicos de primer contacto requieren ser capacitados mediante talleres,¹³ lo cual deberá resultar en disponer de competencias clínicas mínimas, estandarizadas y aplicables en la consulta cotidiana. A continuación, señalamos los puntos clave para el desarrollo de estas competencias. El primer paso es establecer un diagnóstico correcto del sobrepeso u obesidad. En la población pediátrica, el índice de masa corporal (IMC) no debe interpretarse con los puntos de corte utilizados en adultos, sino de acuerdo con edad y sexo, mediante percentiles o puntaje Z del IMC.^{14,15} Además, la medición estandarizada del perímetro de cintura debe incorporarse a la evaluación clínica, ya que permite identificar adiposidad central y mayor riesgo cardiometabólico, particularmente cuando se encuentra por arriba del percentil 90 para edad y sexo.^{16,17}

El segundo elemento es que el médico de primer contacto identifique comorbilidades desde la primera evaluación. La valoración inicial debe incluir indagar sobre antecedentes perinatales, familiares y sociales; además de conocer historia de alimentación, el tipo y cantidad de actividad física, sueño y tiempo de pantalla que el niño, niña o adolescente realiza. Es básico que se lleve a cabo la medición de presión arterial con técnica adecuada, así como su interpretación basada en la edad y sexo de cada paciente. Y tampoco deben pasar por alto la búsqueda de *acantosis nigricans*, los datos de hiperandrogenismo, alteraciones menstruales, síntomas respiratorios durante el sueño, dolor musculoesquelético y alteraciones dermatológicas.^{5,12}

Un tercer paso, particularmente en niños mayores de 10 años, es la solicitud de estudios dirigidos para detectar alteraciones del metabolismo de la glucosa, dislipidemia

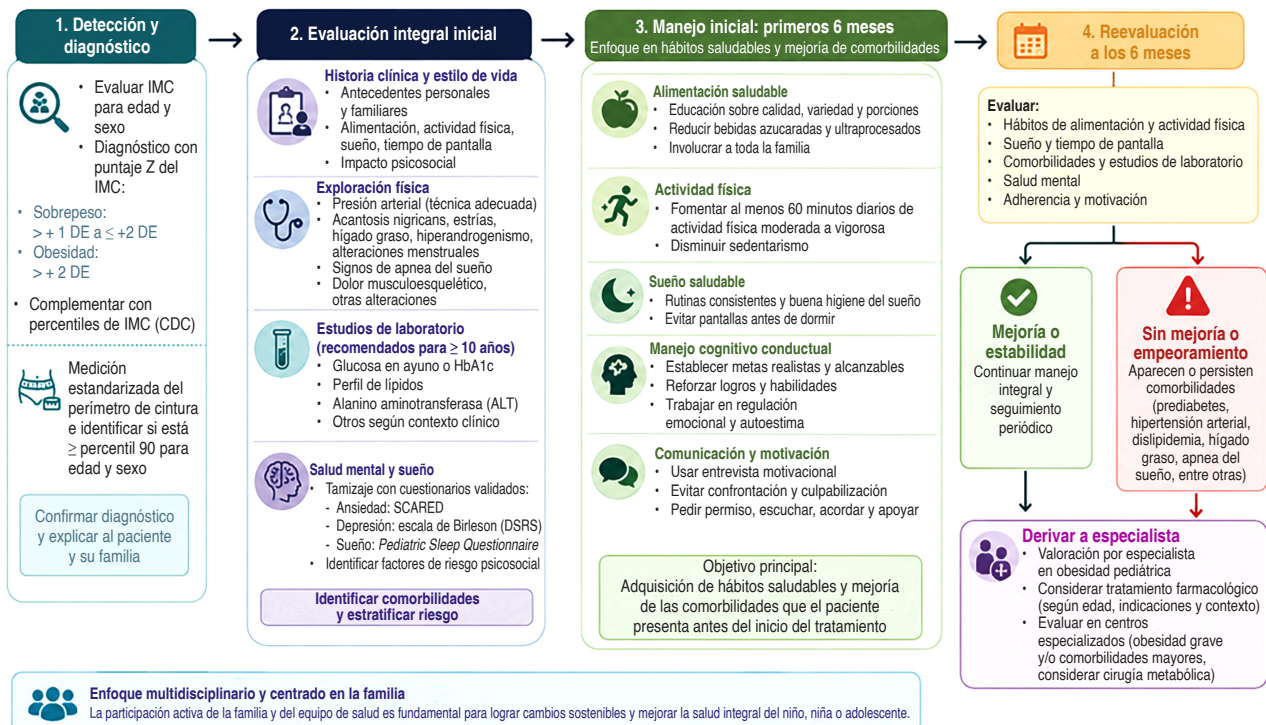
y enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica, principalmente mediante glucosa o hemoglobina glucosilada, perfil de lípidos y alanino-aminotransferasa.^{5,12}

Otro componente frecuentemente subestimado es la salud mental. La obesidad infantil se asocia con estigma, baja autoestima, insatisfacción corporal, ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria y alteraciones del sueño. Por ello, el médico de primer contacto debe incorporar preguntas dirigidas y, cuando sea posible, utilizar cuestionarios breves de tamizaje. Instrumentos como SCARED pueden apoyar la sospecha de trastornos de ansiedad,¹⁸ mientras que la escala de Birmleson ha sido traducida y validada en población adolescente mexicana para la detección de síntomas depresivos.¹⁹ De igual forma, el *Pediatric Sleep Questionnaire*, disponible en versión española, puede ser útil para identificar síntomas sugestivos de trastornos respiratorios del sueño.²⁰ Estos instrumentos no sustituyen la valoración especializada, pero permiten reconocer señales de alarma y canalizar oportunamente a psicología, psiquiatría infantil, medicina del sueño u otras áreas según el caso.

Posterior a la realización de la evaluación integral y brindar las recomendaciones para mejorar el estilo

de vida del paciente con sobrepeso u obesidad, el profesional de salud debe programar su seguimiento. Durante los primeros meses de atención, el objetivo del manejo no debe centrarse únicamente en la pérdida de peso como desenlace principal. En pediatría, la o las intervenciones se orientan a la adquisición progresiva de hábitos saludables en alimentación, actividad física, sueño y reducción del sedentarismo, así como a la mejoría de las comorbilidades identificadas antes del inicio del tratamiento.^{5,12} Las intervenciones más efectivas son las que integran a las familias y tienen múltiples componentes. Sin duda, un componente fundamental es la educación alimentaria, donde se instruye para seleccionar alimentos saludables, el tamaño de las porciones, y en la reducción -progresiva- de bebidas azucaradas y alimentos ultraprocesados. El otro componente es la prescripción de actividad física, limitación del tiempo de pantalla, higiene del sueño y estrategias conductuales.^{5,21,22} En este proceso, el médico de primer contacto tiene un papel central: acompañar, educar, establecer metas realistas y monitorear avances clínicos evitando siempre culpabilizar al paciente o a su familia (*Figura 1*). Hemos

Rol del médico de primer contacto para el manejo de la obesidad infantil



CDC = Centers for Disease Control and Prevention. DE = desviación estándar. HbA1c: hemoglobina glucosilada. IMC = índice de masa corporal.

Figura 1: Diagrama de atención para la obesidad infantil.

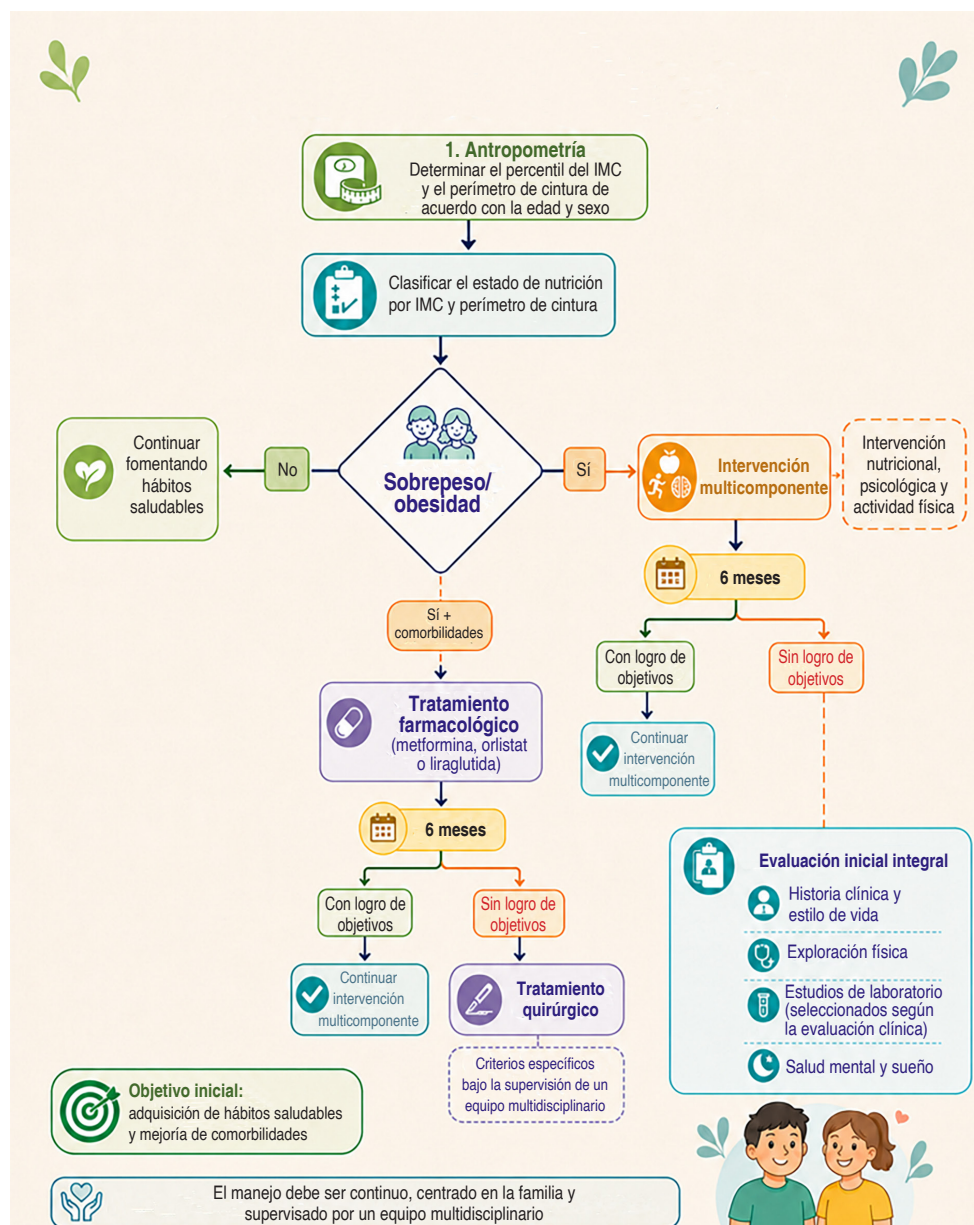


Figura 2:

Abordaje del paciente
pediátrico con
sobrepeso/obesidad.

documentado que el desarrollo de las competencias de estos componentes parece ser más efectivo cuando se realizan talleres.

La forma de comunicar el diagnóstico y las recomendaciones es tan importante como el contenido de la intervención. La entrevista motivacional permite explorar la disposición al cambio, fortalecer la autonomía del paciente y su familia, y evitar conversaciones confrontativas que generen resistencia.^{23,24} En lugar de imponer indicaciones generales, el profesional de la

salud debe pedir permiso para hablar del peso, escuchar las preocupaciones familiares, identificar barreras, acordar metas alcanzables y reforzar los logros. Este enfoque permite desplazar la consulta desde una lógica centrada en “bajar de peso” hacia una atención centrada en la salud, la funcionalidad, la autoestima y la prevención de complicaciones.

En términos prácticos, el médico de primer contacto debería acompañar al paciente durante una fase inicial estructurada, idealmente con seguimiento

periódico durante los primeros seis meses. Si durante este periodo no se logra mejoría en el estilo de vida, o si persisten o aparecen comorbilidades como prediabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad hepática, apnea obstructiva del sueño, síndrome de ovario poliquístico o afectación psicoemocional significativa, debe considerarse la referencia a un segundo o tercer nivel de atención. En adolescentes seleccionados, la farmacoterapia puede ser considerada como complemento de la intervención intensiva en estilo de vida, de acuerdo con la edad, las indicaciones aprobadas, los riesgos, los beneficios y la disponibilidad local.^{5,12} En casos de obesidad grave y comorbilidades mayores, la evaluación por centros especializados en obesidad pediátrica o cirugía metabólica puede formar parte del continuo terapéutico⁵ (Figura 2).

En síntesis, consideramos que la capacitación sobre obesidad pediátrica para personal de primer contacto debe convertirse en una prioridad para el sistema de salud. No existen suficientes especialistas para atender a todos los niños, niñas y adolescentes con exceso de peso, y la respuesta no puede depender exclusivamente de la referencia tardía. Se requieren talleres estructurados, basados en evidencias, reproducibles y adaptados al contexto mexicano, dirigidos a pediatras, médicos generales, médicos familiares, personal de enfermería, nutriólogos, psicólogos y otros profesionales que participan en la atención de la infancia. Estos talleres deben enseñar no sólo el diagnóstico y la solicitud adecuada de estudios, sino también habilidades de comunicación, entrevista motivacional, manejo inicial, identificación de comorbilidades, criterios de referencia y estrategias prácticas para acompañar a las familias. Capacitar al médico de primer contacto no sustituye al especialista en endocrinología o nutrición; sino que amplía la capacidad del sistema de salud para detectar, tratar y acompañar oportunamente a los pacientes desde el primer nivel de atención. Frente a una enfermedad crónica, multifactorial y altamente prevalente, la educación médica continua debe considerarse como una estrategia indispensable para transformar la atención de la obesidad pediátrica en México.

REFERENCIAS

- World Health Organization. *Obesity and overweight* [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [Cited 2026 Jun 10]. Available in: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in underweight and obesity from 1990 to 2022: a pooled analysis of 3663 population-representative studies with 222 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2024; 403(10431): 1027-1050. doi: 10.1016/S0140-6736(23)02750-2.
- Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA et al. Prevalencias de sobrepeso y obesidad en población escolar y adolescente de México. *Ensanut Continua 2020-2022*. *Salud Publica Mex*. 2023; 65(Supl 1): S218-S224.
- UNICEF. *Obesity exceeds underweight for the first time among school-age children and adolescents globally* [Internet]. New York: UNICEF; 2025 [Cited 2026 Jun 10]. Available in: <https://www.unicef.org/press-releases/obesity-exceeds-underweight-first-time-among-school-age-children-and-adolescents>
- Hampel SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2023; 151(2): e2022060640. doi: 10.1542/peds.2022-060640.
- Wolff MS, Rhodes ET, Ludwig DS. Training in childhood obesity management in the United States: a survey of pediatric, internal medicine-pediatrics and family medicine residency program directors. *BMC Med Educ*. 2010; 10: 18.
- Campoverde RKJ, Perez NP, Czepl KS, Shaw AY, Stanford FC. Exploring pediatric obesity training, perspectives, and management patterns among pediatric primary care physicians. *Obesity (Silver Spring)*. 2021; 29(1): 159-170. doi: 10.1002/oby.22990.
- Sánchez-García BP, Roy-García IA, Navarro-Susano LG, Villasís-Keever MA, Zurita-Cruz J. Cumplimiento de las acciones diagnóstico-terapéuticas para la atención de escolares y adolescentes con sobrepeso u obesidad en el primer nivel de atención. *Rev Mex Pediatr*. 2026; 93(1): 20-26. doi: 10.35366/123105.
- Burton AM, Brezaussek CM, Agne AA, Hankins SL, Willett LL, Cherrington AL. Training residents in obesity counseling: incorporating principles of motivational interviewing to enhance patient centeredness. *J Grad Med Educ*. 2011; 3(3): 408-411. doi: 10.4300/JGME-03-03-34.
- Burton AM, Brezaussek CM, Agne AA, Hankins SL, Willett LL, Cherrington AL. Evaluation of a workshop to improve residents' patient-centered obesity counselling skills. *Postgrad Med J*. 2016; 92(1090): 455-459. doi: 10.1136/postgradmedj-2015-133590.
- Kolko RP, Kass AE, Hayes JF et al. Provider training to screen and initiate evidence-based pediatric obesity treatment in routine practice settings: a randomized pilot trial. *J Pediatr Health Care*. 2017; 31(1): 16-28. doi: 10.1016/j.pedhc.2016.01.001.
- Villasís-Keever MA, Zurita-Cruz J. El papel de los pediatras en el manejo de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad. *Rev Mex Pediatr*. 2023; 90(Supl. 1): s4-s9. doi: 10.35366/115874.
- Styne DM, Arslanian SA, Connor EL, Farooqi IS, Murad MH, Silverstein JH, et al. Pediatric obesity-assessment, treatment, and prevention: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2017; 102(3): 709-757. doi: 10.1210/jc.2016-2573.
- World Health Organization. *BMI-for-age: 5-19 years*. Geneva: WHO; 2026 [cited 2026 Jun 10].
- Centers for Disease Control and Prevention. *Child and teen BMI categories*. Atlanta: CDC; 2024 [cited 2026 Jun 10].
- Fernández JR, Redden DT, Pietrobello A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr*. 2004; 145(4): 439-444. doi: 10.1016/j.jpeds.2004.06.044.
- Bassali R, Waller JL, Gower B, Allison J, Davis CL. Utility of waist circumference percentile for risk evaluation in

- obese children. *Int J Pediatr Obes*. 2010; 5(1): 97-101. doi: 10.3109/17477160903111722.
18. Birmaher B, Khetarpal S, Brent D, Cully M, Balach L, Kaufman J et al. The screen for child anxiety related emotional disorders: scale construction and psychometric characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(4): 545-553. doi: 10.1097/00004583-199704000-00018.
19. De la Peña F, Lara MC, Cortés J, Nicolini H, Páez F, Almeida L. Traducción al español y validez de la Escala de Birmaher (DSRS) para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia. *Salud Mental*. 1996; 19(Supl 3): 17-23.
20. Tomás VM, Miralles TA, Beseler SB. Versión española del Pediatric Sleep Questionnaire. Un instrumento útil en la investigación de los trastornos del sueño en la infancia. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 66(2): 121-128. doi: 10.1157/13098928.
21. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020; 54(24): 1451-1462. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955.
22. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015; 1(1): 40-43. doi: 10.1016/j.sleh.2014.12.010.
23. Resnicow K, Davis R, Rollnick S. Motivational interviewing for pediatric obesity: conceptual issues and evidence review. *J Am Diet Assoc*. 2006; 106(12): 2024-2033. doi: 10.1016/j.jada.2006.09.015.
24. Schwartz RP, Hamre R, Dietz WH, Wasserman RC, Slora EJ, Myers EF et al. Office-based motivational interviewing to prevent childhood obesity: a feasibility study. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007; 161(5): 495-501. doi: 10.1001/archpedi.161.5.495.