



Síntesis sobre la Obesidad Infantil

(Puesto en línea, en inglés, el 25 de marzo de 2008)

(Puesto en línea, en español, el 3 de marzo 2010)

*Esta síntesis ha sido traducida en colaboración con la Junta Nacional de Jardines Infantiles
-JUNJI- Gobierno de Chile.*

¿Por qué es importante?

La obesidad infantil se ha vuelto una pandemia, con más de mil millones de personas afectadas a nivel mundial. Durante los últimos 30 años, la frecuencia de niños con sobrepeso, definido como aquellos con índice de masa corporal, IMC (BMI, por sus siglas en inglés) superior al percentil 85 por edad y sexo, se ha triplicado. Los datos recabados por la Comisión Internacional sobre Obesidad (*International Obesity Task Force*) indican que 22 millones de niños en el mundo, menores de cinco años de edad, tienen sobrepeso o son obesos. La obesidad infantil incluso ha desplazado a la desnutrición como el principal problema de nutrición en algunas zonas de África, siendo ahora ésta, en conjunto con el sobrepeso, cuatro veces más común que la desnutrición.

Los primeros años de vida son un [período crucial](#) para el desarrollo de los sabores y las preferencias de los alimentos, así como para el autocontrol de la ingesta alimentaria, la transmisión de las creencias familiares y culturales sobre los alimentos y la alimentación, además de las posibilidades de tener sobrepeso y ser obeso en la vida adulta. El sobrepeso de los bebés tiende a aumentar este riesgo en la niñez y éste parece aumentar con la edad. La obesidad a los cuatro o cinco años de edad constituye una preocupación importante porque tiende a ser persistente.

A medida que la incidencia de obesidad infantil ha aumentado, se han identificado más secuelas de este trastorno en los niños, incluyendo apnea obstructiva del sueño (episodios de cese de la respiración durante el sueño debido a la obstrucción de las vías respiratorias), problemas ortopédicos, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares. Los problemas psicológicos, tales como la depresión y la disminución de la calidad de vida, son también consecuencias graves de la obesidad. Por otra parte, la predisposición negativa, los prejuicios y la discriminación, son parte de la vida cotidiana de los niños con sobrepeso. Más aún, las consecuencias de estos prejuicios, tales como el aislamiento o la hostilidad social, podrían contribuir a exacerbar la obesidad debido a las vulnerabilidades psicológicas, que aumentan las posibilidades de sobrealimentación y vida sedentaria.

¿Qué sabemos?

El desarrollo del sobrepeso y la obesidad durante los primeros años de vida, se ve influenciado tanto por las características del niño, como por factores relativos a los padres y al ambiente familiar. La [obesidad infantil](#) se desarrolla cuando el sistema auto regulatorio del cuerpo no logra ajustar las influencias ambientales relativas a los antecedentes genéticos de la persona. Debido a que el patrimonio genético no puede modificarse en menos de una generación, es posible que los cambios en la nutrición y el estilo de vida sean factores decisivos de la epidemia actual de obesidad.

Esta enfermedad se produce por un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto de energía: la reducción de la actividad física y el aumento de la ingesta alimentaria (especialmente de alimentos con un alto contenido en grasa, ricos en energía como las golosinas y dulces, bebidas edulcoradas y comida chatarra) son las causas principales de este trastorno. En los niños pequeños, realizar actividad física por menos de los 60 minutos diarios recomendados y ver televisión por más de dos horas al día, son factores que pueden causar efectos adversos para el sistema óseo y cardiovascular e influyen en la función cognitiva y el desarrollo socioemocional.

Entre los [factores prenatales](#) que pueden producir sobrepeso en los niños, desde el nacimiento hasta los cinco años de edad, se incluye el tabaquismo y la diabetes materna, y el sobrepeso de la madre antes y durante el embarazo. Sin embargo, la [lactancia materna](#) puede proteger a los niños de la obesidad. Los posibles mecanismos de este efecto protector incluyen la programación metabólica y el autocontrol de la ingesta alimentaria, adquirido a edad temprana. Otra explicación posible es que la lactancia puede influir en el control de los padres sobre los patrones de consumo del niño. Además, los bebés amamantados experimentan diversos sabores a través de la leche de la madre, lo que puede permitirles una mayor aceptación de aquellos alimentos generalmente rechazados, como las verduras.

La introducción de [alimentos complementarios](#) (cereales, frutas, verduras o carne) en la alimentación del bebé antes de las 16 semanas de edad, en conjunto con un período de lactancia breve (menos de 20 semanas), ha sido asociada al aumento de peso durante el primer año de vida. Los estudios realizados sobre este tema, sugieren que la introducción tardía de alimentos sólidos (no antes de las 15 semanas de edad) puede tener un efecto beneficioso en la obesidad infantil y reducir el riesgo de reacciones alérgicas. El aumento rápido de peso de bebés y niños pequeños parece constituir [factores de riesgo](#) de obesidad posterior.

Los padres juegan un papel decisivo para ayudar a sus niños a desarrollar hábitos de alimentación saludables y estilos de vida activos. Puesto que los niños imitan lo que ven, no es extraño que la propia conducta alimentaria de los padres esté asociada con el comportamiento alimentario y el peso de los niños. Ellos prefieren, de modo natural, los sabores dulces y salados y no necesitan aprender a aceptar estos alimentos. Sin embargo, cuando tienen la oportunidad de probar reiteradamente nuevos alimentos, como frutas y verduras, adquieren el gusto por comidas que antes habían rechazado. Los estudios han mostrado que este proceso puede tardar entre 5 y 16 intentos, antes que el niño acepte un nuevo alimento.

Pese a que es recomendable que los padres limiten el consumo de snacks o colaciones poco saludables por parte de sus hijos, y que los estimulen a consumir más frutas y verduras, la [restricción o presión excesiva respecto de la alimentación](#) puede, en la práctica, producir impactos negativos en la ingesta y el peso de los

niños, pues altera su capacidad para controlar naturalmente su consumo alimentario. La insistencia de los padres para que los niños coman ciertos alimentos puede reducir las preferencias de los niños hacia ellos, en tanto que una restricción excesiva puede reforzar el sobre consumo de los productos restringidos cuando los pueden conseguir fácilmente.

Finalmente, los [factores psicosociales](#) que aumentan potencialmente el riesgo que un niño se vuelva obeso, incluyen la condición socioeconómica, ser hijo único y tener una familia monoparental.

¿Qué podemos hacer?

La prevención de la obesidad infantil debería estar en el primer lugar de tratamiento. Esto requiere de un extenso programa de salud pública.

A la vez, se requiere de [servicios de salud y educación](#) para vigilar más efectivamente el sobrepeso y la obesidad infantil, una identificación más precisa de niños con obesidad y sobrepeso, y un apoyo mayor y más efectivo a las familias tanto para prevenir y como para tratar este trastorno.

Los médicos pediatras son estimulados para que promuevan la prevención de la obesidad, mediante la identificación y calificación de especialistas (profesionales de la salud, nutricionistas, y especialistas del desarrollo infantil) para educar sobre el tema. Ellos también deberían, en su trabajo diario, estimular, apoyar y proteger la lactancia, a la vez de promover hábitos de alimentación saludables, fomentar la actividad física y limitar el tiempo que los niños ven televisión. Además, deben recomendar buenos hábitos de sueño, dado que la literatura reciente indica que dormir menos horas de las necesarias está asociado con sobrepeso/obesidad, particularmente en los niños.

Las intervenciones deberían enfocarse hacia aquellas conductas modificables que pudieran mejorar la salud o el desarrollo infantil, y hacia las conductas importantes para el desarrollo y mantención de un peso saludable (por ejemplo, menos tiempo frente al televisor, mayor tiempo de lactancia, reducción de refrescos e ingesta de azúcar, mayor actividad física).

Los padres y cuidadores deberían ser modelos positivos para las conductas alimentarias y físicas de los niños. Deberían modelar conductas alimentarias saludables y hacer que los alimentos saludables estén al alcance de sus niños, para reducir el riesgo de obesidad de éstos. Al respecto, el [conocimiento insuficiente](#) sobre nutrición saludable, las conductas alimentarias poco saludables y una reducida actividad física de los padres, puede conducir a malos hábitos de alimentación y de actividad física de sus niños. De ahí que existen más posibilidades para que un tratamiento sea efectivo si la familia (no sólo el niño obeso) es el centro de la intervención, si se estimula a la familia a realizar los cambios necesarios en su estilo de vida, si el tratamiento supone una duración significativa y si se centra en la modificación de la conducta sedentaria y en una dieta adecuada.

Sin embargo, es probable que no se logre prevenir la obesidad si el ambiente del niño no se orienta en este sentido. Por ejemplo, las investigaciones en la materia sugieren que la reducción de la publicidad de golosinas ayuda a prevenir una conducta alimentaria perjudicial. También debería mejorarse la calidad nutricional de las comidas y refrescos que se sirven y venden en las escuelas. Los niños debieran

ser estimulados para que bajen su consumo de refrescos y otras bebidas azucaradas, aumenten su actividad física y reduzcan el tiempo que ven televisión. Es necesario que a la brevedad se fomenten cambios macro ambientales que promuevan la actividad física y el juego, para tratar profesionalmente la epidemia de la obesidad pediátrica.