OBESIDAD INFANTIL

La Obesidad a una Edad Temprana y su Impacto en el Desarrollo Infantil

Jean-Philippe Chaput, PhD, Angelo Tremblay, PhD

University Laval, Canadá

Febrero 2006

Introducción

La obesidad se ha vuelto una pandemia, que actualmente afecta a más de mil millones de personas a nivel mundial.[1] Durante los últimos 30 años se ha triplicado la prevalencia de niños con sobrepeso, definidos como aquellos que tienen un índice de masa corporal, IMC (BMI, por sus siglas en inglés) por arriba del percentil 85 según edad y sexo.[2] Más de un 30% de niños en los Estados Unidos tienen sobrepeso o son obesos (IMC > percentil 95).[3] Informaciones de la International Obesity Task Force, indican que en el mundo 22 millones de niños menores de cinco años de edad tienen sobrepeso o son obesos.[4] La obesidad ha desplazado a la malnutrición como el mayor problema de nutrición en algunas partes de África, donde el sobrepeso/obesidad es cuatro veces más frecuente que la malnutrición.[5]

Materia

La obesidad infantil se produce por una falla del sistema autorregulatorio para modular las influencias ambientales relativas a los antecedentes genéticos personales. Los diversos factores

involucrados en las complejas interacciones genético-ambientales que causan la obesidad, fomentarán un equilibrio energético positivo a largo plazo. Los resultados de estudios longitudinales sugieren que un desequilibrio energético crónico y modesto, el cual es difícil de detectar por los métodos actuales de medición de ingesta y gasto energético, probablemente sea la causa principal de la obesidad.[6] Es probable que los cambios en el ambiente (por ejemplo, nutrición y estilo de vida) sean los principales responsables de la epidemia actual de obesidad, pues el acervo genético no puede cambiar en menos de una generación.

Problemas

Los niños obesos están expuestos al estigma debido a su peso, lo que puede producir efectos psicológicos negativos, como estados depresivos, o bien psicosociales, como el aislamiento.[7] Las consecuencias de una predisposición negativa hacia niños obesos, tales como la hostilidad o la evitación social, podrían intensificar la obesidad a través de vulnerabilidades psicológicas que incrementan las probabilidades de sobrealimentación y vida sedentaria. Está claro que una predisposición negativa, los prejuicios y la discriminación son parte de la vida cotidiana de los niños con sobrepeso. Además, en la medida en que la incidencia de la obesidad infantil ha aumentado, también se han identificado otras consecuencias tales como la apnea obstructiva del sueño, problemas ortopédicos, hiperandrogenismo, diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares.

Contexto de la Investigación

Los niños que sufren las patologías antes mencionadas las acarrean hasta la vida adulta, aumentando así tanto los costos médicos a la sociedad y los riesgos de morbilidad temprana y mortalidad.[8] Por ello, el contexto de investigación actual se refiere principalmente a la prevención de la obesidad. La salud de estos niños depende de un conjunto de factores, no sólo biológicos, sino también psicológicos y sociales. Éstos interactúan sinérgicamente, ya sea para reforzarse o debilitarse mutuamente. En este contexto, la investigación implica considerar todos los factores determinantes que afectan el desarrollo. Esto significa intentar comprender las causas fundamentales de los problemas, las formas en que ellas se interrelacionan y sus múltiples impactos en los individuos y la comunidad; y, por sobre todo, también deben provocar cambios en prácticas y actitudes poco saludables.

Preguntas de Investigación Clave

Comprender a cabalidad el estigma del peso y sus impactos, puede ser importante para documentar las consecuencias psicológicas y sociales de la obesidad en los niños y puede ser fundamental para revelar la totalidad de los efectos del exceso de peso en la salud y el bienestar. Desde una perspectiva biológica, los factores que pueden afectar el equilibrio energético son muy importantes para una mejor comprensión de la regulación del peso corporal y para proponer estrategias que pudieran tener una influencia positiva en el manejo de la obesidad.

Resultados de Investigaciones Recientes

Los resultados en experimentos realizados con roedores son congruentes con las observaciones que señalan que la lactancia materna puede ser un factor protector contra la obesidad infantil.[9] Los posibles mecanismos de este efecto protector incluyen la programación metabólica o la autorregulación de la ingesta alimentaria adquirida a temprana edad.[10] Los bebés que recibieron lactancia artificial antes de los tres meses de edad, presentaron un IMC significativamente mayor y pliegues cutáneos más gruesos durante la infancia temprana que los bebés alimentados con leche materna por un período superior a los tres meses.11 No obstante, todos los estudios que analizan el componente protector de la lactancia materna han concluido que los factores genéticos y ambientales, como el peso materno y la condición socioeconómica, también juegan un papel importante en el desarrollo de la obesidad infantil.[12]

Conclusiones

La prevención de la obesidad infantil debería ser la primera prioridad en el tratamiento clínico. En el año 2003, la Academia Americana de Pediatría (AAP) difundió una declaración sobre las políticas públicas para la prevención clínica del sobrepeso y la obesidad. La declaración recomendó supervisión y defensoría para prevenir la obesidad infantil. Además, indicó que los médicos pediatras deberían volverse expertos en reconocer a los niños en riesgo de obesidad, deberían calcular y determinar el IMC en todas las consultas, utilizar los cambios en el IMC para identificar el aumento excesivo de peso, y monitorear las co-morbilidades asociadas a la obesidad. Adicionalmente, la AAP señaló que los médicos pediatras deberían estimular, fomentar y proteger la lactancia materna, promover los hábitos alimentarios saludables, promover la actividad física, y limitar el tiempo para ver televisión. La declaración también instó a los médicos a que actuaran a modo de defensoría a favor de la prevención de la obesidad al identificar y seleccionar personas influyentes en la educación sobre obesidad y orientar el financiamiento hacia la prevención de la obesidad en los niños. En términos prácticos, la mejor

estrategia para tratar este problema parece ser un enfoque multidisciplinario en el que participen diferentes especialistas de todas las áreas. Adicionalmente, el seguimiento frecuente de los pacientes obesos es absolutamente necesario, si se quiere tener éxito en esta cruzada.

Implicaciones

Los escasos efectos de las intervenciones realizadas en el campo de la educación de la salud, han aumentado el interés en estrategias políticas y ambientales para aumentar la actividad física, disminuir las conductas sedentarias y/o reducir la ingesta de energía para prevenir la obesidad. Estas perspectivas intentan alterar los ambientes físicos, regulatorios o sociales, para lograr que las personas tengan conductas más saludables, estén o no conscientes de la decisión de adoptar tales conductas. Los enfoques políticos y ambientales pueden ser especialmente atractivos para ayudar a moldear las conductas infantiles porque, (1) los niños ocupan una gran parte del día en una cantidad reducida de lugares en los que es posible realizar cambios ambientales y de políticas (por ejemplo, el hogar, la escuela, el transporte de/al colegio, los programas de centros abiertos y la jornada escolar extendida); (2) a menudo, se cree que los niños no pueden tomar decisiones conductuales responsables por sí mismos; (3) y las supuestas vulnerabilidades infantiles justifican tanto las acciones preventivas, como las de remedio, de los padres, instituciones y legisladores. Las soluciones políticas y ambientales diseñadas para prevenir la obesidad a temprana edad, son atractivas para muchos parlamentarios en todos los niveles de la sociedad, desde los padres hasta las agencias internacionales. Sin embargo, la implementación de nuevas políticas y estrategias sin evidencia suficiente sobre la eficacia o efectividad, pueden llevar a grandes inversiones de recursos, esfuerzos y tiempo, cuyos beneficios no están garantizados.

Referencias

1. Kimm SYS, Obarzanek E. Childhood obesity: A new pandemic of the new millennium. *Pediatrics* 2002;110(5):1003-1007.
2. Thibault H, Rolland-Cachera MF. Prevention strategies of childhood obesity. *Archives de Pediatrie* 2003;10(12):1100-1108.
3. Fox R. Overweight children. *Circulation* 2003;108(21):e9071.
4. Deitel M. The International Obesity Task Force and "globesity." *Obesity Surgery* 2002;12(5):613-614.
5. du Toit G, van der Merwe MT. The epidemic of childhood obesity. *South African Medical Journal* 2003;93(1):49-50.
6. Goran MI. Energy metabolism and obesity. *Medical Clinics of North America* 2000;84(2):347-362.
7. Puhl RM, Brownell KD. Psychosocial origins of obesity stigma: toward changing a powerful and pervasive bias. *Obesity Reviews* 2003;4(4):213-227.

8. Gunnell DJ, Frankel SJ, Nanchahal K, Peters TJ, Smith GD. Childhood obesity and adult cardiovascular mortality: a 57-y follow-up study based on the Boyd Orr cohort. *American Journal of Clinical Nutrition* 1998;67(6):1111-1118.

9. Srinivasan M, Laychock SG, Hill DJ, Patel MS. Neonatal nutrition: Metabolic programming of pancreatic islets and obesity. *Experimental Biology and Medicine* 2003;228(1):15-23.

10. Clifford TJ. Breastfeeding and obesity: The evidence regarding its effect on obesity is inconclusive. *BMJ - British Medical Journal* 2003;327(7420):879-880.

11. Parsons TJ, Power C, Manor O. Infant feeding and obesity through the lifecourse. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88(9):793-794.

12. Dewey KG. Is breastfeeding protective against child obesity? *Journal of Human Lactation* 2003;19(1):9-18.