

ORIGINAL

LA PERCEPCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD INFANTIL
POR PARTE DE LOS PROGENITORES

Amelia Rodríguez Martín (1), José P Novalbos Ruiz (1), Sergio Villagran Pérez (2), José M Martínez Nieto (1) y José L Lechuga Campoy (2).

(1) Medicina Preventiva, Salud Pública y Comunitaria. Universidad de Cádiz

(2) Hospital Universitario Puerta del Mar (Cádiz). Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

Fundamento: Con frecuencia los padres no perciben la sobrecarga ponderal de sus hijos. El objetivo de este trabajo es estudiar con qué frecuencia se produce este hecho y si esta percepción se asocia a diferencias en hábitos alimentarios, actividad física y sedentarismo de sus hijos.

Métodos: Estudio transversal de 1.620 niños de 3 a 16 años seleccionados en un muestreo por conglomerados (2008-2010). 454 presentaron sobrecarga ponderal. Se estudiaron sus características antropométricas, hábitos alimentarios, actividad física (adaptación cuestionarios Cindi/Maraton) y sedentarismo. Analizamos las diferencias con niños con normopeso, sobrecarga ponderal percibida y no percibida (χ^2 y Anova).

Resultados: Los padres percibieron el 34,7% del sobrepeso y un 72,3% de obesidad en sus hijos varones, y un 10,8% y 53,8% respectivamente en las hijas. Los padres y madres obesos identifican un 54,5% y el 57,7% de los casos de sobrecarga ponderal de varones, frente al 23,8% y 27,8% en niñas. La percepción del exceso de peso se asocia a la cualificación profesional del padre (47%) y a la de ser ama de casa en las mujeres (40%). La percepción coincidió con mayor cumplimiento de recomendaciones de actividad física en los hijos (67,5 vs. 77,3%) e hijas (47,5% vs 55,6%) más jóvenes, menor sedentarismo en éstas (42,6% vs. 38,9%), y discretas diferencias por sexo y edad en los hábitos alimentarios.

Conclusiones: Un porcentaje significativo de casos con sobrecarga ponderal infantil no es percibida por sus padres debiéndose estudiar sus causas y por qué esta percepción parental no determina diferencias en alimentación, actividad física y sedentarismo de sus hijos.

Palabras clave: Sobrepeso. Obesidad. Trastornos de la nutrición del niño. Relaciones padres-hijo. Estilos de vida.

Correspondencia

Amelia Rodríguez Martín.

Facultad de Enfermería y Fisioterapia.

Avda. Ana de Viya 52. 11009 Cádiz

amelia.rodriguez@uca.es

ABSTRACT

Parents' Perception of Childhood Overweight
and Obesity and Eating Behaviors, Physical
Activity and Sedentary Lifestyle
of Their Children. Spain

Background: Parents often do not perceive their children's excess weight, and therefore not modified their lifestyles. We study how often this actually occurs and whether this perception is associated with differences in dietary habits, physical activity and sedentary in children.

Methods: Cross-sectional study of 1620 children aged 3-16 years selected by multi-stage sampling (2008-2010) of which 454 children had excess weight. We studied family anthropometric characteristics, dietary habits, physical activity (adapted questionnaires Cindi/Marathon), and sedentary lifestyle. We analyze the differences in children with normal weight, unperceived and perceived excess weight (χ^2 test and ANOVA).

Results: Parents receive 34.7% of overweight cases and 72.3% obesity cases of their sons, and a 10.8% and 53.8% respectively in daughters. Obese parents recognize a 54.5% and 57.7% of cases of excess weight in sons, compared to 23.8% and 27.8% in daughters. Perception of excess weight was associated with the professional qualifications of the father (47%) and be a housewife (40%). Excess weight parents' perception coincided with more compliance with physical activity recommendations in younger's sons (67.5% vs. 77.3%) and daughters (47.5% vs. 55.6%), and a lower frequency of sedentary in 3-9 years girls (42.6% vs. 38.9%). According to parents' excess weight perception we found slight differences in dietary by gender and age group of children.

Conclusions: A significant percentage of children's excess weight is not perceived by the parents, being due to study the causes and why parent's perception does not determine differences in dietary habits, physical activity and sedentary habits in their children.

Key words: Overweight. Obesity. Child Nutrition Disorders. Parent-Child relation. Life Style

INTRODUCCIÓN

La elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños españoles, cercana al 12,4% y 13,9% respectivamente (lo que supone un 26,3 % de sobrecarga ponderal), constituye en la actualidad uno de los principales problemas de salud pública del país, alcanzando niveles superiores a los encontrados en otros países desarrollados¹⁻⁴.

El excesivo consumo de alimentos de alta densidad energética, ricos en grasas saturadas, azúcar y sal, la falta de actividad física y el incremento de actividades sedentarias, representan en la actualidad los estilos de vida de gran parte de la población infantil⁵⁻⁷. Este desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético sostenido por períodos prolongados de tiempo, ha sido reconocido internacionalmente como la principal causa de la elevada y creciente prevalencia de obesidad.

Otro de los posibles factores implicados en la obesidad infantil es la percepción parental inadecuada del estado nutricional de los hijos, que oscila entre un 10,5-79% según diferentes autores⁸. Tanto la percepción de los niños, cuando son más mayores, como la percepción de los padres cuando son más pequeños⁹ es considerada actualmente el aspecto que presenta una mayor relación con los cambios de conducta relacionados con los factores de riesgo de obesidad¹⁰, de ahí la importancia de su identificación.

La asociación entre la obesidad infantil y los factores de riesgo de enfermedades crónicas, su persistencia en la edad adulta y el escaso éxito en su tratamiento^{11,12} han llevado a los organismos internacionales a plantear a los gobiernos la necesidad de prevenir el problema con medidas que promuevan una alimentación saludable y actividad física en los niños, involucrando especialmente a los padres, educadores,

sanitarios, industria de alimentos y medios de comunicación, en el marco de una adecuada regulación^{13,14}.

En la actualidad se enfatiza la necesidad de utilizar modelos educativos cuando se diseñan y realizan intervenciones orientadas a lograr cambios de conducta que contribuyan a prevenir y controlar la obesidad y otras enfermedades crónicas. Todos ellos plantean cómo es esencial explorar las percepciones, expectativas y conductas¹⁵, en este caso de los padres o tutores, ya que serán éstos los que influyan de manera decisiva en la adopción de hábitos y conductas saludables en sus hijos con sobrepeso u obesidad. No obstante, un aspecto poco estudiado en la “epidemia de sobrepeso” es la aceptación por parte de los padres del sobrepeso en las etapas infantiles, ya que frecuentemente en nuestro modelo cultural se confunde sobrepeso con “salud”. Esta aceptación puede condicionar una alteración en la percepción y, por tanto, la ausencia de modificaciones en la actividad física o en los patrones alimentarios que están en la base del sobrepeso del niño^{16,17}.

El objetivo de este trabajo es conocer la percepción de los padres respecto al estado nutricional de sus hijos durante las edades comprendidas entre los 3 y 16 años, estudiando su relación con factores que inciden en un mayor riesgo de obesidad en los niños, tales como hábitos alimentarios, actividad física y sedentarismo.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal de base poblacional sobre población infanto-juvenil entre los 3 y los 16 años, escolarizada en la ciudad de Cádiz, en 2009-10. Esta población, según los datos de la Delegación Provincial de Educación estaba constituida por 14.332 sujetos.

Se obtuvo la autorización de la Delegación provincial de Educación para la realización del estudio en los colegios y se incluyó la petición/consentimiento de los padres para participar en el estudio y el tratamiento estadístico anónimo de la información aportada.

El tamaño mínimo de muestra, atendiendo a una prevalencia estimada de sobrecarga ponderal del 32,5% y considerando un error relativo de 5% se estimó en 1.233 sujetos. Se realizó un muestreo bietápico por por colegios. Se estudiaron 6 colegios, seleccionándose en cada uno de ellos varias aulas de cada uno de los cursos obteniéndose así una muestra proporcional al tamaño de cada una de ellas, estratificando la selección de las unidades últimas de muestreo (sujetos) por sexo y edad. Se recogió información de un total de 1.620 individuos, 831 chicos (51,3%) y 789 chicas (48,7%), de estos niños presentaron sobrepeso y obesidad un total de 454. El período del estudio fue desde junio de 2008 hasta septiembre 2010.

La recogida de datos se realizó a través de cuestionarios que fueron entregados a los niños para ser cumplimentados por sus progenitores (bien por el padre, la madre o ambos). En este cuestionario, se incluyó información sobre:

- Datos generales de filiación del niño: edad, sexo, curso y colegio.

- Medidas antropométricas: peso, talla, y pliegue tricípital. Su obtención se realizó por el personal investigador en la clase, utilizando las mismas herramientas en todos los casos. Para la tipificación ponderal se utilizó el Índice de Masa Corporal o IMC (peso en Kg/talla en m²), considerándose como criterios de sobrepeso y obesidad: $IMC \geq P85-97$ e $IMC \geq P97$ respectivamente, utilizando las tablas auxológicas del estudio Enkid¹⁸.

- Percepción por parte de los padres del sobrepeso y obesidad infantil: se incluyeron preguntas relativas a la presencia de sobrepeso y obesidad en sus hijos en la actualidad y en períodos anteriores, el seguimiento de dietas y la ganancia de peso en los primeros años.

- Hábitos alimentarios: estudiados a través de un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos y un recordatorio de 24 horas cualitativo.

- Actividad física: Las preguntas sobre la actividad física se adaptaron a partir del cuestionario de actividad física del programa de intervención en enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud (CINDI)¹⁹ y del cuestionario MARATÓN²⁰ sobre la actividad física durante el tiempo libre, que incluye los deportes de juego (tipo y frecuencia) en el ámbito académico y de ocio. Con estos cuestionarios se obtuvo el gasto de energía asociado con la actividad física en equivalentes metabólicos (MET). El criterio de cumplimiento de actividad física recomendada fue $MET > 5$ durante ≥ 60 min/día según los criterios de Pate et al²¹.

- Nivel de sedentarismo: medido como el tiempo dedicado a actividades pasivas de ocio, como ver la televisión, uso de videoconsolas e internet. Se consideró como criterio de sedentarismo dedicar más de 120 minutos/día a estas actividades.

- Datos socio-demográficos y antropométricos de los padres o tutores, que incluyó el número de miembros de la familia, nivel de instrucción y ocupación laboral (siguiendo la recomendación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología²²) y su situación laboral (clasificada en seis categorías: activo, incapacidad/baja temporal, jubilado, parado con prestación, parado sin prestación, estudiantes y sus labores).

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v15. Se obtuvieron las medidas de tendencia central y de dispersión, y los valores de prevalencia con sus intervalos de confianza al 95%. Como pruebas estadísticas se emplean χ^2 y test de Fisher para la comparación de proporciones, así como la *t* de Student y Anova para la comparación de las medias. Cuando no eran asumibles la normalidad de los datos o igualdad de varianzas se emplearon test no paramétricos. Para el análisis multivariante de los factores asociados a la percepción correcta de los padres de la presencia de sobrepeso y obesidad en sus hijos se realizó una regresión logística binaria con estimación de la razón de ventajas (OR).

RESULTADOS

Del total de 1.620 niños de 3 a 16 años encuestados, 824 (51,1%) presentaron normopeso, 263 (16,3%) sobrepeso y 191 (11,8%) obesidad, obteniéndose por tanto una sobrecarga ponderal en 454 (28,1%) niños.

Los padres percibieron a 1.063 niños con normopeso (88,1%), de los cuales 239 presentaron realmente sobrecarga ponderal según las mediciones realizadas, e identificaron correctamente a 114 niños con sobrecarga ponderal (11,9%) (tabla 1).

En los 454 niños con sobrepeso y obesidad, los padres percibieron en un 34,7% de los casos el sobrepeso y en un 72,3% la obesidad en sus hijos varones, mientras que en las niñas solo se percibió en un 10,8% y 53,8% respectivamente. (tabla 2).

Los padres obesos percibieron un 54,5% del sobrepeso y obesidad de sus hijos varones frente al 41,0% detectado por los padres con normopeso, y un 23,8% frente al 35,4% de la sobrecarga ponderal de sus hijas. Las madres obesas identificaron mejor la sobrecarga ponderal en sus hijos varones (57,7%) frente a las madres con normopeso (42,9%). En el caso de las niñas no existen diferencias en la percep-

ción de sobrecarga ponderal entre las madres con sobrepeso (27,8%) y las madres con normopeso (26,1%).

Al analizar la percepción de sobrecarga ponderal dependiendo del nivel de cualificación profesional de los progenitores, se obtuvieron los mayores niveles de percepción en los directivos (47,1%) frente al 38,3% de los trabajadores no cualificados. En las madres se obtuvieron un 31,3% en directivas frente a un 40,3% en las amas de casa (tabla 3).

El tiempo diario dedicado a actividades físicas activas (caminar, prácticas deportivas, etc.) fue de 83 minutos en varones con sobrecarga ponderal no percibida por sus progenitores y de 81 en los que si era percibida. En el caso de las niñas la actividad física fue de 69 y 74 minutos respectivamente. Con respecto a la intensidad del ejercicio físico sólo encontramos una mayor actividad física moderada (34,4%) cuando los progenitores identificaron la sobrecarga ponderal en sus hijas (frente al 30,8%) no observándose diferencias significativas en el caso del varón.

Al considerar conjuntamente los criterios que determinaron el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física (tiempo por intensidad), se observó cómo la percepción del sobrepeso y la obesidad aumentó su cumplimiento sólo en los niños de 3 a 6 años (77,3% vs 67,5 en los niños de 3-9 años, y un 55,6% frente al 47,5% en el caso de las niñas) (tabla 4).

En términos generales, los hijos varones de los progenitores que perciben el sobrepeso y obesidad de sus hijos eran más sedentarios que los de los que no lo percibían (76,3% frente al 56,3%), diferencia que no se observó en las hijas (51,6% vs 50,9%). En general, el grado de sedentarismo fue superior en los niños de mayor edad (10-16 años en relación a los de 3-9 años). Cuando analizamos este sedentarismo según la per-

Tabla 1
Características sociodemográficas y antropométricas de la población estudiada

NIÑOS		Total (n) %	Niño (n) %	Niña (n) %	Estadístico	p
Sexo		(1620) 100	(831) 51,3	(789) 48,7		
Grupos de edad	3-5 años	(221) 14,9	(124) 14,9	(117) 14,8		
	6-9 años	(392) 24,2	(197) 23,7	(195) 24,7		
	9-13 años	(258) 30,1	(258) 31,0	(300) 38,0		
	14-16 años	(252) 30,3	(252) 30,3	(177) 22,4	Chi 15,4	<0,001
Actividad física (n 1.330)	Horas activas / día	1,34	1,52	1,16	T 7,6	<0,001
	Horas sedentarias /día	2,29	2,4	2,18	T 3,7	<0,001
	Actividad física recomendada %	(792) 59,5	(468) 71,8	(324) 47,8	Chi 79,4	<0,001
	Sedentarismo %	(702) 52,8	(376) 57,7	(326) 48,1	Chi 12,2	<0,001
IMC	% Bajopeso	(334) 20,7	(197) 23,8	(137) 17,5		
	% Normopeso	(824) 51,1	(431) 52,0	(393) 50,2		
	% Sobrepeso (IC95%)*	16,3 (14,4-18,1)	14,7 (12,2-17,1)	18,0 (12,2-20,7)		
	3-5 años	(17) 7,1	(6) 4,8	(11) 9,6		
	6-9 años	(70) 17,9	(32) 16,2	(38) 19,6		
	10-13 años	(108) 19,4	(47) 18,3	(61) 20,4		
	14-16 años	(68) 16,0	(37) 14,7	(31) 17,7		
	% Obesidad (IC95%)*	11,8 (10,2-13,4)	9,5 (7,4-11,5)	14,3 (11,-16,8)		
	3-5 años	(16) 6,7	(9) 7,3	(7) 6,1		
	6-9 años	(47) 12,0	(21) 10,7	(26) 13,4		
	10-13 años	(90) 16,2	(35) 13,6	(55) 18,4		
	14-16 años	(38) 8,9	(14) 5,6	(24) 13,7		
	Prevalencia (IC95%) sobrecarga ponderal	28,1 (25,9-30,3)	24,2 (21,2-27,2)	32,3 (28,9-35,6)	chi ² 18,3	<0,001
	n	(1612) 100	(829) 100	(783) 100		

Tabla 1 (continuación)

NIÑOS		Total n (%)	Niño (n) %	Niña (n) %	Estadístico	p
	% Percepción Normopeso	(1063) 88,1%	(511) 86,4	(552) 89,6		
	% Percepción Normopeso real	(824) 68,3	(431) 72,9	(393) 63,8		
	% Sobrecarga ponderal percibida como normopeso	(239) 19,8	(80) 13,5	(159) 25,8		
	% Sobrecarga ponderal percibida	(144) 11,9	(80) 13,5	(64) 10,4	chi ² 9,1	<0,001
	n	(1207) 100	(591) 100	(616) 100		
PADRES			Padre	Madre		
Edad (años)			42,1 (6,1)	39,6 (5,8)		
Trabajo remunerado %			(1133) 89,6	(712) 53,7	Z 20,0	<0,001
IMC padres	% Bajopeso	(24) 0,98	(4) 0,33	(20) 1,6		
	% Normopeso	(1096) 44,8	(366) 30,6	(730) 58,3		
	% Sobrepeso	(988) 40,4	(622) 52,1	(366) 29,3		
	% Obesidad	(339) 13,9	(203) 17,0	(136) 10,8		
	n		(1195) 100	(1252) 100	chi ² 09	<0,001
Enfermedades metabólicas	Diabetes	(49) 1,8	(32) 2,5	(17) 1,3	Z 2,12	0,03
	Alteraciones tiroideas	(82) 3,15	(15) 1,2	(67) 5,1	Z 5,58	<0,001
	HTA	(176) 6,7%	(114) 8,9	(62) 4,7	Z 4,18	<0,001

cepción de la sobrecarga ponderal por parte de los progenitores, encontramos cifras significativamente superiores sólo en los varones (tabla 4).

Respecto a los hábitos alimentarios, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas por sexo y grupo de edad entre los niños cuyos progenitores percibieron la sobrecarga ponderal y los que no la percibieron: los varones de 3 a 9 años cuyos progenitores sí la percibían realizaban con menor frecuencia 5 comidas diarias (50 vs 60%), desayunos (72,7 vs 87,5%) y tuvieron menor frecuencia de picoteos entre comidas (18,2 vs 25%). En las niñas, en cambio, se incrementó la frecuencia de 5 comidas al día (55,6 vs 44,3%) y desayunos (88,9 vs 86,9%) (tabla 4).

A partir de los 10 años no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la dieta de los niños con sobrecarga ponderal en función de si los progenitores la percibían o no. Sin embargo, en los niños de 3 a 9 años, cuando los progenitores percibían la presencia de sobrepeso u obesidad en sus hijos, hubo un menor consumo de cereales (1 vs 1,15 raciones), lácteos y grasas (2,1 vs 2,3), y un mayor consumo de frutas (1,3 vs 1,1) (tabla 5).

En el análisis multivariante se asociaron significativamente con la correcta detección por los progenitores de la existencia de sobrecarga ponderal de los niños, el sexo masculino (OR=2,9), la edad de los niños (especialmente entre los 10 y los 14 años, OR=14,3), la existencia de obesidad en el padre (OR= 3,3) y un nivel socioeconómico medio de la unidad

Tabla 2
Percepción de sobrecarga ponderal del niño atendiendo al IMC de los padres

			PORCENTAJE DE SOBRECARGA PONDERAL QUE IDENTIFICAN LOS PADRES						
			Total %	IMC PADRE			IMC MADRE		
				NORMOPESO	IMC \geq 25	TOTAL	NORMOPESO	IMC \geq 25	TOTAL
SEXO NIÑO	IMC NIÑO	N							
VARÓN	Sobrepeso	122	34,70	41,7	35,1	37	34,7	36,1	35,3
	Obesidad	79	72,3*	40	79,5*	65,5*	61,9*	76,2*	71,4*
	Sobrepeso y obesidad	201	50,00	41	54,5	50,7	42,9	57,7	50,7
MUJER	Sobrepeso	141	10,80	14,3	8	9,6	12,7	6,9	9,9
	Obesidad	112	53,8*	65	46,7*	51,3*	55,2*	49,1*	51,2*
	Sobrepeso y obesidad	253	28,70	35,4	23,8	26,7	26,1	27,8	27,1
TOTAL	Sobrepeso	263	20,90	26,9	18,8	20,9	22,3	18,1	20,4

*p<0,005

Tabla 3
Percepción de sobrecarga ponderal del niño según el nivel estudios y profesional de los padres

		PADRES SOBRECARGA IDENTIFICADA		MADRES SOBRECARGA IDENTIFICADA	
		N	(n) Porc.	N	(n) Porc.
NIVEL ESTUDIOS	Sin estudios	8	(2) 25,0%	5	(1) 20,0%
	Estudios Primarios	57	(22) 37,9%	59	(25) 42,4%
	Graduado escolar	161	(67) 41,6%	192	(75) 39,1%
	Bachiller / Formación profesional	93	(31) 33,3%	85	(29) 34,1%
	Estudios universitarios	45	(16) 35,6%	41	(14) 34,1%
	Total	365	(138) 37,8%	382	(144) 37,7%
PROFESIÓN	Directivos	34	(16) 47,1%	16	(5) 31,3%
	Grado medio	113	(36) 31,9%	92	(28) 30,4%
	Manual cualificado	151	(62) 41,1%	65	(28) 43,1%
	Manual no cualificado	47	(18) 38,3%	78	(30) 38,5%
	Pasiva/Ama de casa	-	-	119	(48) 40,3%
	Total	345	(132) 38,3%	370	(139) 37,6%

Tabla 4
Actividad física y sedentarismo de los niños atendiendo a la percepción por los padres
del estado nutricional

	PERCEPCIÓN ESTADO NUTRICIONAL NIÑOS			PERCEPCIÓN ESTADO NUTRICIONAL NIÑAS		
	NORMOPESO n: 341	SP + OB NO PERCIBIDO n: 80	SP + OB PERCIBIDO n: 80	NORMOPESO n: 335	SP + OB NO PERCIBIDO n: 159	SP + OB PERCIBIDO n: 64
MINUTOS ACTIVIDAD FISICA	93	83	81	70	69	74
MINUTOS ACT SEDENTARIAS	137	143	171	130	137	138±65
ACTIVIDAD FISICA						
Ligera	18,50%	27,50%	26,30%	50,40%	44,00%	40,60%
Moderada	32,80%	32,50%	32,50%	23,30%	30,80%	34,40%
Intensa	48,70%	40,00%	41,30%	26,30%	25,20%	35,40%
CUMPLEN RECOMENDACIONES ACTIVIDA FISICA						
3-5 años	75,30%	58,30%	100,00%	45,50%	33,30%	100,00%
6-9 años	74,70%	71,40%	75,00%	47,20%	52,20%	50,00%
10-13 años	75,00%	69,20%	65,10%	42,30%	44,10%	48,60%
14-16 años	76,70%	64,30%	40,00%	61,40%	73,30%	72,70%
Total	75,40%	67,50%	63,80%	47,50%	50,90%	54,70%
SEDENTARISMO (>2 horas/día de actividades sedentarias)						
3-5 años	50,60%	58,30%	100,00%	34,80%	33,30%	100,00%
6-9 años	58,20%	53,60%	75,00%	41,60%	45,70%	31,30%
10-13 años	49,00%	57,70%	72,10%	52,00%	52,90%	51,40%
						44,80%
						50,30%
						53,90%

Tabla 5
Alimentación de los niños atendiendo a la percepción por los padres del estado nutricional de sus hijos

	PERCEPCIÓN ESTADO NUTRICIONAL NIÑOS			PERCEPCIÓN ESTADO NUTRICIONAL NIÑAS			TOTAL	
	NORMOPESO	SP + OB NO PERCIBIDO	SP + OB PERCIBIDO	NORMOPESO	SP + OB NO PERCIBIDO	SP + OB PERCIBIDO		
FRECUENCIA DE CINCO COMIDAS								
3-9 años	69,60%	60,00%	50,00%	63,20%	44,30%	55,60%	61,90%	
10-16 años	56,10%	42,50%	34,50%	41,70%	30,60%	30,40%	42,50%	
Total	62,80%	51,30%	38,80%	51,60%	35,80%	37,50%	51,00%	
FRECUENCIA DE DESAYUNO								
3-9 años	93,50%	87,50%	72,70%	87,10%	86,90%	88,90%	88,80%	
10-16 años	85,00%	80,00%	72,40%	77,10%	68,80%	74,00%	74,60%	
Total	89,10%	83,80%	72,50%	77,60%	73,00%	79,70%	80,80%	
FRECUENCIA DE PICOTEOS ENTRE COMIDAS								
3-9 años	32,70%	25,00%	18,20%	31,00%	31,10%	44,40%	31,00%	
10-16 años	37,60%	27,50%	34,50%	42,20%	43,90%	43,50%	39,50%	
Total	35,20%	26,30%	30,00%	37,00%	39,00%	43,80%	35,80%	
RACIONES DIARIAS DE								
Cereales	3-9 años	1,0952	1,15	1,0909	1,0581	1,082	1,0556	1,1058
	10-16 años	1,1387	1,025	1,069	1,05	1,051	1,0435	1,0556
Lácteos	3-9 años	2,4464	2,3	2,1364	2,3548	2,2623	2,1667	2,2655
	10-16 años	2,2428	2,025	2	1,7722	1,7041	1,8043	1,991
Frutas	3-9 años	1,3095	1,15	1,2727	1,2774	1,2295	1,3889	1,2555
	10-16 años	1,237	1,225	1,2414	1,1778	1,1939	1,1739	1,2204
Verduras	3-9 años	1,0119	1,025	1	1,0323	1	1	1,016
	10-16 años	1,0116	1,025	1,0345	1,0056	1,0408	1,0217	1,0197
Carne y pescado	3-9 años	1,381	1,375	1,2727	1,3742	1,2951	1,4444	1,4032
	10-16 años	1,4335	1,35	1,4828	1,5	1,3265	1,5	1,4104
Azúcares	3-9 años	1,5893	1,625	1,6818	1,5613	1,6066	1,5556	1,6407
	10-16 años	1,659	1,65	1,7241	1,7611	1,7551	1,6087	1,6685
Grasas	3-9 años	1,0179	1,025	1	1,0194	1,0656	1	1,0519
	10-16 años	1,0925	1,0000	1,1034	1,0444	1,0510	1,0652	1,0412

familiar (OR=2,36), integrado mayoritariamente por familias en las que trabaja uno de los progenitores y el otro posee nivel educativo medio-alto.

DISCUSIÓN

Los progenitores perciben el problema del sobrepeso y la obesidad de sus hijos en algo más de la tercera parte de los casos, siendo ésta percepción menor cuando la sobrecarga ponderal se da en las niñas. Parece existir consenso en el hecho de que si los progenitores son obesos tienen una mejor percepción de la sobrecarga ponderal en sus hijos⁸, aunque nosotros encontramos que este hecho solo en el caso de la sobrecarga ponderal en los niños varones.

A diferencia de lo encontrado en otros estudios^{1,2} en los participantes en nuestro estudio, el nivel educativo de los padres aisladamente no mejora su nivel de percepción o identificación del sobrepeso y obesidad de sus hijos, observándose por el contrario una relación inversa.

Al igual que defienden otros autores²³, parece que el nivel de cualificación profesional y ocupación de los progenitores mantiene una relación directa con el grado de percepción real del sobrepeso y obesidad de sus hijos. En nuestro estudio este hecho presenta la peculiaridad de que no se observó en la mujer, ya que fueron las amas de casa y no las directivas las que percibieron mejor el problema de sobrepeso y obesidad en sus hijos. En la misma línea que destacan otros autores⁹ esto podría indicar que se trata más de un problema de dedicación de tiempo y de formación que de posición socioeconómica.

Sin embargo, en contra de lo que cabría esperar, la percepción de los progenitores del sobrepeso y la obesidad de sus hijos no conlleva cambios de comportamiento en éstos en cuanto a un mayor cumplimiento de recomendaciones sobre actividad física, dis-

minución del sedentarismo o mejora en los hábitos alimentarios, tan sólo son los niños pequeños de 3-9 años los que sí presentan diferencias estadísticamente significativas en estos hábitos, quizás motivados por un mayor control y seguimiento por parte de los progenitores, principalmente la madre, o también por el hecho de que a partir de los 10 años, con el comienzo de la adolescencia, hay una situación de menor control de los padres hacia sus hijos y el seguimiento de unos hábitos de forma más independiente^{5,15}.

Resulta llamativo que la mayor percepción de los progenitores de la sobrecarga ponderal en los hijos varones apenas se acompañe de cambios en la actividad física o alimentación y, en cambio, en las niñas, a pesar de que la percepción de sobrepeso y obesidad por parte de sus padres parece ser menor, se detectan más frecuentemente estos cambios de comportamiento, que incluso se producen de forma más destacada en las niñas de mayor edad. Nosotros no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la duración ni la intensidad de la actividad física en los niños varones con sobrecarga ponderal, sea esta percibida o no por los padres. En cambio en las niñas si es mayor el tiempo dedicado a actividades activas y su intensidad cuando los padres identifican correctamente la presencia de sobrecarga ponderal. Esto podría deberse a que las cifras de sobrepeso en las chicas en esta etapa de su vida pueden pasar más desapercibidas en los padres, pero una vez detectadas suponen una mayor presión sociofamiliar comparativamente frente a los varones²⁴.

Este trabajo presenta algunas limitaciones tales como el diseño transversal basado en un cuestionario, con una direccionalidad entre obesidad y hábitos saludables. No fue posible contactar directamente con todos los padres de niños con sobrecarga ponderal ya que no acudieron a la cita posiblemente porque no reconocían la existencia del sobrepeso.

Otra limitación puede suponer la no auto-percepción de sobrepeso y obesidad en los padres que conlleva la no percepción del problema por parte de sus hijos. Finalmente, la comparación de las diferentes edades de los hijos puede suponer una limitación dado que los adolescentes suelen presentar una mayor discordancia con sus padres.

Por todo ello, podríamos concluir que en nuestro medio solo un tercio del sobrepeso y obesidad infantil son identificados por los progenitores y que esta percepción no siempre supone modificaciones en los estilos de vida de los hijos. Solo en los niños más pequeños y en niñas adolescentes encontramos diferencias en los estilos de vida al estar presente la percepción por parte de los padres.

Por lo tanto, no sólo habría que actuar intentando incrementar el grado de percepción de los padres hacia el problema del sobrepeso y obesidad infantil sino, sobre todo, conocer los posibles factores que influyen en el hecho de que aún percibiéndose este problema no se produzca un cambio de comportamiento en los hábitos alimentarios, de actividad física y sedentarismo de sus hijos.

BIBLIOGRAFÍA

- Papandreou C, Mourab TA, Jildeh C, Abdeen Z, Philalithis A, Tzanakis T. Obesity in Mediterranean region (1997-2007): a systematic review. *Obes Rev.* 2008; 9: 389-99
- Serra Majem LI, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). *Med Clin (Barc).*2003; 121(19): 725-32
- International Obesity Taskforce with the European Childhood obesity group. Obesity in Europe. IOTF. Copenhagen, 2002. Disponible en: <http://www.ietf.org/media/euobesity.pdf>
- Lobstein TJ, Frelut M-L. Prevalence of overweight children in Europe. *Obes Rev.* 2003; 4:195-200
- Moreno LA, Rodríguez G, Fleta J, Bueno-Lozano M, Lazaro A, Bueno G. Trends of dietary habits in adolescents. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2010; 50 (2):106 - 12
- Ochoa MC, Moreno-Aliaga MJ, Martínez-González MA, Alfredo Martínez J, Martí A. GENOI members. Predictor factors for childhood obesity in a Spanish case-control study. *Nutrition.* 2007; 23: 379-84
- Kipping RR, Jago R, Lawlor DA. Obesity in children. Part 1: Epidemiology, measurement, risk factors, and screening. *BJM.*2008; 337:922-27
- Hodges EA: A primer on early childhood obesity and parental influence. *Pediatr Nurs.* 2000; 26: 23-30.
- Zonana-Nacah A, Conde Gaxiola ME. Mother's perception of their children's obesity. *Gac Med Mex.* 2010; 146:165-68
- Schwarzer R, Fuchs R. Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. In: Bandura A ed. *Self-efficacy in changing societies.* Cambridge: University Press; 1999.
- Rodríguez MM, Naveiro Rilo JC, Fernández EB, Arias IC, Fernández MR, Casado AP. Prevalence and duration of breastfeeding. It influences on the weight and the morbidity. *Endocrinol Nutr.* 2009; 56 (8): 400-03
- Owen CG, Nightingale CM, Rudnicka AR, Sattar N, Cook DG, Ekelund U. Physical activity, obesity and cardiometabolic risk factors in 9 – to – 10 year – old UK children of white European, South Asian and black African-Caribbean origin: the Child Heart and Study in England (CHASE). *Diabetologia.* 2010; 53: 1620-30.
- WHO. Global prevalence and secular trends in obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO; 1997. p.17-36.
- Salinas J, Vio F. Política de promoción de salud en Chile. En: Albala C, Olivares S, Salinas J, Vio F eds. *Bases, prioridades y desafíos de la promoción de la salud.* Santiago: Ministerio de Salud/Vida Chile/Universidad de Chile/INTA; 2004.
- Sonia Olivares C. , Nelly Bustos Z., Ximena Moreno H. , Lydia Lera M. ,Silvana Cortez F. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Rev Chil Nutr.* 2006;33; 2:170-179.
- Koletzko B, Toschke A. Meal patterns and frequencies: do they affect body weight in children and adolescents? *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2010; 50 (2):100-05

17. Fox KR, Hillsdon M. Physical activity and obesity. *Obes Rev.* 2007; 8 (Suppl 1): 115-1.

18. Serra Majem L, Ribas L, Aranceta J, Pérez C, Saavedra P. Epidemiología de la obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del estudio enKid (1998-2000). In Serra Majem L, Aranceta Bartrina J eds. *Obesidad infantil y juvenil. Estudio enKid.* p.81-108. Barcelona: Masson; 2004.

19. Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention (CINDI) Programme. Protocol and Guidelines. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1991.

20. Elosua R, Marrugat J, Molina L, Pons S, Pujol E. Validation of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire in Spanish men. The MARATHON Investigators. *Am J Epidemiol.* 1994; 139:1197-209.

21. Pate RR, Freedson Ps, Sallis JF, et al. Compliance with physical activity guidelines: prevalence in a population of children and youth. *Ann Epidemiol.* 2002;12:303-8.

22. Regidor E. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la sociedad española de epidemiología. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75(1):13-22.

23. Ogden CL, Lamb MM, Carroll MD, Flegal KM. Obesity and socioeconomic status in children and adolescents: United States, 2005-2008. *NCHS Data Brief.* 2010; 51:1-8

24. Rand CS, Resnick JL. The "Good Enough" Body Size as Judged by People of Varying Age and Weight. *Obes Res.* 2000; 8(4): 309-316.