

Recomendaciones de padres de niños obesos en tratamiento para el equipo de salud: estudio cualitativo

Recommendations from parents of obese children in treatment to the health-care team: qualitative study

Andrea García^a, Carolina Aspillaga^b, Claudia Cruzat-Mandich^c, Barja S.^d

^aPsicóloga, Magíster en Salud Mental Infantil, Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA), Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez

^bPsicóloga, Doctora en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo

^cPsicóloga, Ph.D. en Psicoterapia, Magíster en Psicología mención Psicología Clínica, Magíster en Psicoterapia, Centro de Estudios de la Conducta Alimentaria (CECA), Escuela de Psicología, Universidad Adolfo Ibáñez

^dMédico, Magíster en Nutrición Pediátrica. Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica. División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Recibido el 11 de octubre de 2016; aceptado el 6 de febrero de 2017

Resumen

Introducción: La familia tiene un rol fundamental en la adherencia y efectividad del tratamiento de la obesidad infantil; conocer la experiencia de los cuidadores es una herramienta valiosa a considerar.

Objetivo: Describir las recomendaciones para el equipo de salud que efectúan los padres cuidadores de niños(as) en tratamiento por obesidad. **Pacientes y Método:** Estudio transversal, descriptivo, con enfoque cualitativo y muestreo intencionado. En el primer semestre del año 2015 se entrevistó a nueve padres de niños de 4 a 10 años de edad, en tratamiento por su obesidad y con al menos tres controles durante el año previo. El análisis de datos se basó en los planteamientos de la *Grounded Theory*, mediante codificación abierta. El estudio tuvo aprobación ética y se utilizó consentimiento informado. **Resultados:** Los datos fueron agrupados en cinco categorías principales: a) Relación equipo de salud-cuidador, b) Relación equipo de salud-niño(a), c) Promover la participación familiar, d) Motivar adherencia terapéutica en el niño(a) y e) Frecuencia de controles. **Conclusiones:** Desde la perspectiva de este grupo de padres de niños con obesidad, el rol del equipo de salud debe basarse en establecer un vínculo terapéutico cercano con los niños(as) y sus padres durante el proceso de tratamiento, además de promover la participación del grupo familiar. Se destaca la importancia de desarrollar intervenciones terapéuticas que consideren la perspectiva del sistema consultante.

Palabras clave:

Obesidad,
Padres,
Pediatría,
Sobrepeso,
Tratamiento de la
obesidad

Abstract

Introduction: The family plays an essential role in the adherence and effectiveness in the treatment of childhood obesity. Caregivers' experience is fundamental for proper guidance. Aim: To describe the recommendations for the health-care team made by parents of children that are being treated for obesity. **Patients and Method:** Cross-sectional and descriptive study with a qualitative approach and purposeful sampling. In the first semester of 2015, interviews were conducted with nine parents of children from 4 to 10 years old that were being treated for obesity and who had at least three medical appointments in the previous year. The data analysis was based on the *Grounded Theory* Approach through open coding. The study was ethically approved and informed parental consent was obtained. **Results:** The results were grouped in the following main categories: a) Health-care team-caregiver relationship, b) Health-care team-child relationship, c) Encouraging family participation, d) Encouraging therapeutic adherence in the child and e) Frequency of medical appointments. **Conclusion:** From the perspective of this group of parents of obese children, the health-care team should establish a close therapeutic bond with the children and their parents during the treatment process, in addition to encouraging family participation. The importance of developing therapeutic interventions that consider the perspective of the patient's system is emphasized.

Keywords:

Obesity,
Parents,
Pediatrics,
Overweight,
Obesity treatment

Introducción

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. En Chile la prevalencia conjunta de obesidad y sobrepeso ha superado la de los niños eutróficos¹. Los niños(as) con obesidad tienen mayor riesgo de seguir siendo obesos en la edad adulta y de desarrollar complicaciones cardiometabólicas²⁻⁴. Por tanto, urge desarrollar estrategias de prevención y también de intervención en aquellos afectados⁵, ya que durante la infancia se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias que permanecerán toda la vida⁶.

Uno de los mayores problemas en el tratamiento es la baja adherencia terapéutica⁷⁻¹². Según estudios nacionales, cerca del 50% de los niños(as) que consultan por obesidad abandona el tratamiento en los primeros seis meses, pero aquellos que sí adhieren tienen mejoría¹³⁻¹⁴. Por ello, se requieren estrategias que mejoren la adherencia y así, el rendimiento de la terapia.

La relevancia de los padres en la génesis y evolución de la obesidad infantil se basa en que la principal relación de los niños es con sus figuras parentales¹⁵. Son ellos quienes tienen la mayor influencia en adquirir y mantener hábitos saludables¹⁶⁻¹⁷. Por tanto, sería en el hogar del niño(a), más que en la consulta, donde ocurriría el verdadero trabajo¹¹. Por ello, los programas de tratamiento basados en la familia pueden ser la estrategia más efectiva, ya que facilitan los necesarios cambios de conducta que mejoran la salud y peso del niño^{16,18}. Por otra parte, para el éxito del tratamiento de la obesidad infantil y mantención de los cambios del estilo de vida, es clave la comprensión integrada de las perspectivas del equipo de salud tratante, los padres y del mismo paciente respecto a su situación global^{10,15,19}. Siguiendo

esta idea, Lindelof, Vinther y Pedersen²⁰, explican que para influenciar el comportamiento de una persona en su vida cotidiana es necesario comprender las razones que estimulan y guían tales conductas, las cuales pueden conocerse mediante la exploración de las vivencias de la persona respecto a su comportamiento. No obstante, muchas veces las preocupaciones de los padres respecto a la salud de sus hijos(as) difieren de aquellas del equipo tratante²¹⁻²². Es por ello necesario explorar sus percepciones respecto a la obesidad de sus hijos, para generar estrategias de tratamiento efectivas y duraderas^{15,23}. Más aún, conocer las recomendaciones que ellos harían al equipo, permitiría identificar aspectos que faciliten o dificulten este proceso. Investigar la realidad subjetiva subyacente al proceso de tratamiento de la obesidad infantil permite conocer la perspectiva del sistema consultante y así posibilitar intervenciones más efectivas que mejoren la adherencia y efectividad terapéutica. A pesar de ello, son escasos los estudios que abordan la perspectiva de los padres o cuidadores principales, en el contexto de intervenciones de ajuste o pérdida de peso por obesidad infantil.

El objetivo de este estudio fue describir las recomendaciones al equipo de salud de un grupo de padres cuidadores de niños(as) que se encuentran en tratamiento por obesidad.

Pacientes y Método

El estudio se enmarca dentro del enfoque cualitativo, apropiado para acceder a los procesos subjetivos desde la propia perspectiva de los actores involucrados²⁴. Se empleó un muestreo intencionado, mediante la estrategia de "informante clave" o sujeto con conocimiento previo del objeto y campo de estudio que fa-

vorece la orientación, anticipación, contextualización y selección de los participantes²⁵.

Como criterios de inclusión se estableció que los padres o madres debían ser los principales cuidadores del niño(a)²⁸, y que a su nacimiento hubiesen tenido entre 20 y 45 años de edad. Los niños debían tener entre 4 y 10 años, diagnóstico de obesidad²⁷ y haber acudido a tres o más controles médicos consecutivos. Se excluyeron aquellos en quienes el objetivo del tratamiento fuese mantener el peso, o en que su último control hubiera sido antes de 6 meses.

Se invitó a participar telefónicamente a 15 padres de niños con obesidad en tratamiento con una médica nutrióloga, en dos centros ambulatorios de la Red UC-CHRISTUS, con controles entre julio de 2014 y julio de 2015. La muestra quedó conformada por 9 participantes, con lo cual se logró la *saturación teórica* de las principales categorías conceptuales generadas en el proceso de análisis de datos, es decir, hasta el momento en que los nuevos datos ya no aportaron información novedosa²⁶.

La recolección de información se llevó a cabo mediante una entrevista semi-estructurada basada en un guion temático, para conocer las maneras de pensar y sentir de los sujetos, incluyendo los aspectos asociados a sus valoraciones, motivaciones, deseos, creencias y esquemas de interpretación²⁵. Para no sesgar la entrevista, la entrevistadora desconocía el grado de obesidad del menor y la respuesta al tratamiento. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 60 minutos y se realizaron con cada cuidador, después de un control médico del hijo(a), en las mismas instalaciones. Fueron registradas por medio de una grabación de audio y transcritas íntegramente.

El análisis de datos se basó en la estrategia propuesta por la *Grounded Theory* ²⁹, metodología empleada para desarrollar una teoría a partir de datos que son sistemáticamente capturados y analizados. El análisis se realizó mediante *codificación abierta* , proceso en que se examina y clasifica la información recopilada para organizar el material en conceptos y categorías³⁰. En este estudio se resguardan criterios de rigor científico como *transparencia* y *contextualidad* ; es decir, la posibilidad del lector de entender cómo se llegó a los resultados, así como la inclusión de la descripción del contexto de generación de datos. También se consideró la *densidad* , *profundidad* y *aplicabilidad* , que aluden a una descripción detallada de la información, al efecto de triangulación sobre los resultados y a su complejidad. Además, se agrega la *triangulación de analistas* para facilitar la discusión y consenso de los hallazgos²⁶.

Los padres firmaron un Consentimiento Informado, en que aceptaron el uso de grabadora de voz. Se respetaron los requerimientos de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre ética

en la investigación médica en seres humanos y de la ley Chilena de Derechos y Deberes de los pacientes. El protocolo fue aprobado por las Comisiones de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile y de la Universidad del Desarrollo.

Resultados

Se presentan las recomendaciones que este grupo de padres haría al equipo de salud. La información se organizó en las siguientes cinco categorías (figura 1):

1. Relación equipo de salud-cuidador

Los padres entrevistados valoran positivamente que se establezca una relación clínico-cuidador cercana, en la cual el profesional se muestre sonriente y dispuesto a resolver dudas. Para ello se requeriría de un trato amable que genere confianza en los cuidadores, quienes destacan la importancia de que el equipo tratante no regañe al cuidador.

“[El tratante] no es que nos condene porque suba de peso, como que nos ayuda y nos acoge bastante bien. No le dice a la X “¡oye, pero por qué!”, entonces yo creo que por ahí va de que también es agradable venir, más allá de que me reten o no me reten, pero uno no viene “chuta, subió de peso, quizás qué me van a decir”, porque yo lo había vivido antes con otros profesionales. Con otros era

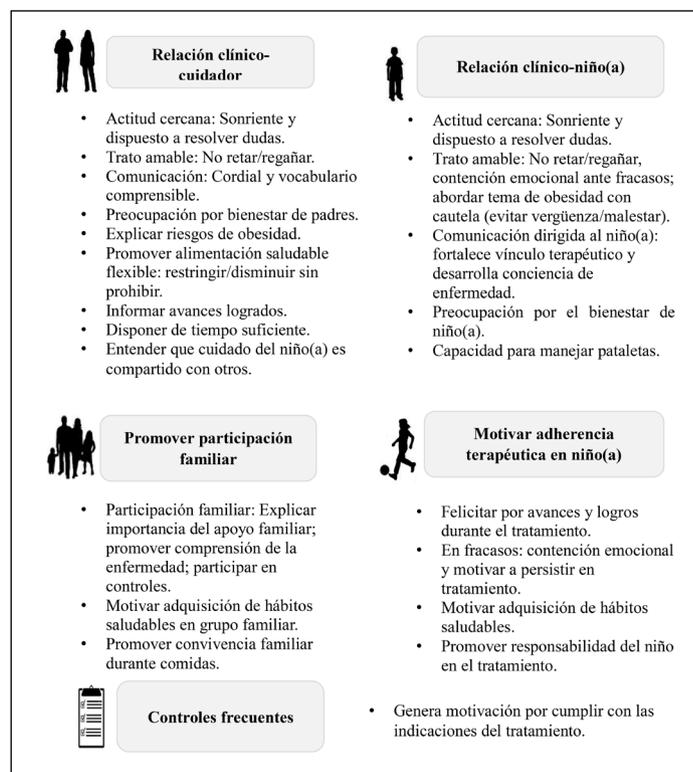


Figura 1. Categorías resumidas en cuanto a recomendaciones al equipo de salud de los padres de niños(as) con obesidad en cuanto a su tratamiento:

como “oiga, pero le estoy diciendo que no puede” y poco menos que te llaman la atención como si uno fuera la hija de ellos” (Entrevista VIII, párrafo 20).

Algunos padres enfatizan la importancia de la comunicación en la relación clínico-cuidador, siendo fundamental explicar y orientar de modo cordial, con un vocabulario comprensible.

“Yo creo que en la comunicación está todo (...) Muchos médicos uno les pregunta y ellos, escriben, no contestan mucho, sólo escriben. Considero que, si uno va al médico, el médico tiene que hablar con términos que uno entienda, no me va a hablar con términos médicos porque voy a quedar en las mismas (Entrevista III, párrafo 58).

Además de demostrar preocupación respecto del hijo(a) paciente, valoran positivamente que el equipo de salud también estime los hábitos de los cuidadores, quienes a su vez pueden ser distintos y tener responsabilidades compartidas. Esto implica hacer participar a los demás integrantes de la familia, explicándoles los riesgos y promoviendo su compromiso.

“Yo creo que, es tener la capacidad de entender que todas las familias son distintas; por ser, yo soy la mamá de la X y quien está a cargo 100% de ella, pero es mi mamá la que la cuida. Entonces la doctora entendió súper bien eso, entonces yo me sentí súper apoyada de que ella entiende de que no pasa todo por mi responsabilidad. Entonces ella ha hecho participar a mi mamá de esto” (Entrevista V, párrafo 56).

Se menciona la importancia de que los profesionales tengan tiempo suficiente para atender las consultas de los cuidadores, abordar el problema de la enfermedad y para algunos que se les explique los riesgos de la obesidad, de modo de prevenirlos y motivar la perseverancia.

“Cuidador: A mí me pareció bien clara y bien gráfica al decir...claro, sabíamos que estaba gordita, pero ella nos expuso bien claramente si seguía así, como iba a estar en unos años más. Y eso fue como detonante de continuar. Entrevistadora: ¿Usted diría que eso la motivó a usted a continuar con el tratamiento? Cuidador: Sí, me marcó mucho, yo creo que por el impacto que me ocasionó” (Entrevista IX, párrafo 126).

Es relevante para los padres participantes que el equipo de salud promueva la alimentación saludable de forma flexible, solicitando que se disminuya el consumo de ciertos alimentos, sin prohibirlos. También destacan que reconocer los avances logrados favorece una buena relación; ello aportaría mayor confianza y motivación para continuar con el tratamiento.

2. Relación equipo de salud-niño(a)

Según los padres estudiados, durante el tratamiento es importante que el equipo de salud establezca una buena relación con su hijo(a), expresado en demostrar preocupación por el bienestar del niño(a). Al igual, es necesaria una relación de cercanía con el cuidador, que

genere confianza. En este sentido, recomiendan que estén alegres y dispuestos a aclarar inquietudes al conversar con los niños(as). Estos cuidadores sugieren que se tenga un trato amable hacia el hijo(a), caracterizado por no retar al niño(a), llamar su atención de forma lúdica y contener emocionalmente ante sus posibles temores respecto de los fracasos.

“Tienen que ser muy tiernos y acogedores con el niño, porque ellos de por sí vienen un poco con miedo a los controles. No vienen feliz, porque sabe que los van a pesar y que podrían haber subido, o que no bajó de peso, entonces ellos vienen asustados, vienen con un poquito de temor, entonces el trabajo del nutricionista o médico es acogerlos, tratarlos amorosos, decirle “subiste, bueno, no importa, sigamos, démosle no más” o sea, apoyarlos y seguir con él” (Entrevista VI, párrafo 58).

Para establecer un trato amable, sugieren que el equipo procure que el niño(a) se sienta cómodo y aborden el tema de la obesidad con cautela, evitando así que se pueda sentir herido.

“A nadie le gusta ser gordo, entonces encuentro que tienen que ser súper cautos en el tema. La he llevado a otros doctores, por equis motivo, porque le duele la guatita o qué sé yo y, claro, me dicen “no, oiga, es que ella es obesa, ella está gorda” y la X lo escucha entonces tampoco lo recepciona bien” (Entrevista VIII, párrafo 34).

La mayoría de los participantes destaca que para ellos es importante que el equipo de salud establezca una comunicación dirigida hacia el hijo(a) paciente. Ello fortalecería el vínculo entre ambos, generando satisfacción en el niño(a), ayudaría a desarrollar mayor conciencia de enfermedad, a asumir con responsabilidad su rol y motivarse a adherir al tratamiento.

“Yo creo que el conversar con el niño es como súper bueno, más que dirigirse a los papás. Porque la doctora conversó con X, y como que él tomó conciencia. Él ya sabía que venía con un problema de obesidad, pero ella al conversar con él, generó que X pensara en lo que la doctora le estaba diciendo, no en lo que le dijeran los papás. Eso encontré que era súper bueno, que tuviera ese lazo con el niño, porque siempre cuando uno lleva a médico a su hijo, el médico habla con los papás, no se dirige al paciente” (Entrevista III, párrafo 54).

Por otra parte, ciertos cuidadores recomiendan que los profesionales de la salud que trabajen con niños(as) tengan capacidades suficientes para manejar las pataletas durante los controles.

3. Promover la participación familiar

Los cuidadores que participaron del estudio, recomiendan que el equipo de salud promueva la participación y apoyo de la familia durante el proceso terapéutico, motivando la adquisición de hábitos saludables. Para lograrlo, sería necesario que el equipo explique a la familia la importancia de que todos los miembros

participen y también de incluir a otros cuidadores en los controles, para comprender el problema y los riesgos. Señalan la necesidad de promover la convivencia familiar al momento de las comidas.

“Ella [médico tratante] en realidad hizo mucho, a nosotros nos ayudó como familia también, nos derivó con los especialistas, en las dietas, en la forma de cambiar en que había que alimentarnos, en que teníamos que apagar la tele, en que teníamos que comer todos en la mesa, entonces esas cosas lo ayudan a uno bastante como familia” (Entrevista V, párrafo 124).

Además, se recomienda que los profesionales de la salud realicen entrevistas por separado a los distintos cuidadores, para abordar el tema de la obesidad y el proceso terapéutico.

4. Motivar la adherencia terapéutica en el niño(a)

Para motivar la adherencia terapéutica en los niños(as), sería importante fomentar los hábitos saludables y promover que el paciente asuma su responsabilidad en el tratamiento. Se enfatiza en el relato de los cuidadores participantes, la relevancia de que el equipo felicite al hijo(a) por los avances logrados. Algunos aluden junto con reconocer el esfuerzo y los resultados favorables, se explicita lo que falta por lograr, motivándolo a persistir.

“Que lo felicite paso a paso, porque a los niños les cuesta más asumir, entonces si lo felicita, los niños se sienten mejor y con más ganas, y no van a sentir un rechazo y decir “ay, no quiero ir al médico porque el médico me va a decir esto, que lo estoy haciendo mal”; entonces que siempre lo estén... ¿Cómo dijera? Como felicitando, reconociendo que “tu hiciste bien esto, pero te falta un poquito en esto” (Entrevista II, párrafo 84).

5. Frecuencia de controles

Por último, se indica como recomendación para el equipo de salud, que los controles sean frecuentes, ya que esto ayudaría a cumplir con las indicaciones terapéuticas.

“El venir a control seguido, encuentro que es súper importante. De hecho, yo prefería venir... me decía “nos vemos en dos meses, en un mes”, “no, en un mes”, porque yo prefiero, porque eso nos da en el fondo, entre comillas una presión de que tenemos que portarnos bien, a que no nos podemos relajar. Eso yo encuentro que igual es bueno, a que no nos podemos relajar, porque si venimos en tres meses “ah, no importa, nos relajamos dos meses y el último mes nos ponemos las pilas”, no, no es la idea, la idea es que estemos siempre preocupadas y que no nos relajemos. Pienso que es bueno que no sean tan alejados los controles, yo encuentro, a pesar de que... porque si no, uno igual se tiende a relajar un poquitito, “que se coma el completo, total en un mes más tiene el control, la última semana nos ponemos las pilas” (Entrevista IV, párrafo 106).

Discusión

Este estudio muestra que los padres de niños en tratamiento por obesidad que participaron de esta investigación, valoran positivamente que el equipo de salud procure establecer un vínculo terapéutico cercano con los niños(as) y sus cuidadores durante todo el proceso, siendo un aspecto fundamental el promover la participación y apoyo familiar. Para motivar la adherencia terapéutica, los entrevistados recomiendan que los clínicos reconozcan los logros del niño(a) y ante situaciones de fracaso, apoyen emocionalmente conteniendo y estimulando la persistencia. Por otra parte, que para la adquisición de hábitos saludables se promueva en el niño una actitud responsable ante el tratamiento y que una mayor frecuencia de los controles favorecería la motivación por cumplir con las indicaciones médicas.

Es relevante considerar la perspectiva de los cuidadores, puesto que son ellos quienes asumen en forma prioritaria el cuidado del niño(a) con obesidad. Además, interactúan con su entorno social e influyen directamente en múltiples factores implicados en dicho proceso. Siguiendo a Lindelof, Vinther y Pedersen²⁰, la exploración de las vivencias de los cuidadores es necesaria para comprender los motivos que estimulan y guían las conductas relacionadas a la obesidad infantil y su tratamiento.

El presente estudio entrega algunas claves sobre las cuales es posible intervenir, en favor del bienestar del sistema consultante estudiado. Asimismo, conocer las vivencias de los cuidadores favorecería el éxito terapéutico del niño(a) con obesidad, al permitir llevar a cabo intervenciones clínicas que se ajusten a las necesidades y características particulares de quienes consultan, lo que podría mejorar la efectividad y adherencia terapéutica, aspectos problemáticos desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

Una de las limitaciones de este estudio pudiera ser el bajo tamaño de la muestra, a pesar de lo cual se cumplió con el criterio de *saturación teórica* que la metodología cualitativa requiere. Además de lo anterior, los pacientes incluidos correspondían a un grupo con adherencia al tratamiento y posiblemente, con mejor respuesta al mismo¹³; por ello, las percepciones de sus padres no dan cuenta de lo que ocurre en otro tipo de familias. En relación a ello, es preciso destacar que el propósito del estudio consistió en obtener una comprensión en profundidad sobre la experiencia del grupo entrevistado en particular. Por otro lado, son fortalezas la apropiada aplicación metodológica, que el entrevistador haya sido ciego al grado de obesidad del niño(a) y a la respuesta al tratamiento.

En conclusión, estos resultados permiten comprender las vivencias de los cuidadores estudiados y conocer sus recomendaciones para el equipo de salud. Estos

datos pueden ser de utilidad para los profesionales que participan en el tratamiento de niños con obesidad en contextos similares y colaborar con el desarrollo de intervenciones terapéuticas que consideren la perspectiva del sistema consultante.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales: Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos: Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos a los padres entrevistados y sus hijos(as) por compartir sus experiencias de tratamiento.

Referencias

- JUNAEB. Mapa Nutricional 2013. Disponible en: <http://www.junaeb.cl/wp-content/uploads/2013/03/Informe-Mapa-Nutricional-2013.pdf> (Accedido el 28 de abril de 2016).
- Organización Mundial de la Salud 2004. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Disponible en: <http://www.who.int/publications/list/9241592222/es/>. Accedido: 20 abril, 2016.
- Barja S, Arteaga A, Acosta AM, Hodgson MI. Resistencia insulínica y otras expresiones del Síndrome Metabólico en niños obesos chilenos. *Rev Med Chile*. 2003;131:259-68.
- Barja S, Arnaiz P, Villarroel L, et al. Dislipidemias en escolares chilenos: prevalencia y factores asociados. *Nutr Hosp*. 2015 May 1;31(5):2079-87.
- Dietz WH, Baur LA, Hall K, et al. Management of obesity: improvement of health-care training and systems for prevention and care. *Lancet*. 2015;385(9986):2521-33.
- González E, Aguilar MA, García C, et al. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutr Hosp*. 2012;27:177-84.
- Faus AL, Leibowitz KL. Predictors of attrition form a behavior change-based pediatric lifestyle changes program for overweight/obese youth. *Clin Pediatr*. 2015;54:686-9.
- Skelton JA, Irby MB, Beech BM, Rhodes SD. Attrition and family participation in obesity treatment programs: clinician's perceptions. *Acad Pediatr*. 2012;12:420-8.
- Jensen CD, Aylward BS, Steele RG. Predictors of attendance in a practical clinical trial of two pediatric weight management interventions. *Obesity*. 2012;20:2250-6.
- Stewart L, Chapple J, Hughes AR, Poustie V, Reilly JJ. The use of behavioural change techniques in the treatment of paediatric obesity: Qualitative evaluation of parental perspectives on treatment. *J Hum Nutr Diet*. 2008;21:464-73.
- Steele MM, Steele RG, Hunter HH. Family adherence as a predictor of child outcome in pediatric obesity intervention: Different outcomes for self-report and objective measures. *Children's Health Care*. 2009;38:64-75.
- Kitscha CE, Brunet K, Farmer A, Mager DR. Reasons for non-return to a pediatric weight management program. *Can J Diet Pract Res*. 2009;70:89-94.
- Barja S, Núñez E, Velandia S, Urrejola P, Hodgson MI. Adherencia y efectividad a mediano plazo del tratamiento de la obesidad infantil. *Rev Chil Pediatr*. 2005;76:151-8.
- Moraga F, Rebollo MJ, Bohórquez P, Cáceres J, Castillo C. Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Rev Chil Pediatr*. 2003;74:374-80.
- Lorentzen V, Dyeremose V, Larsen BH. Severely overweight children and dietary changes-a family perspective. *J Adv Nurs*. 2012;68:878-87.
- Nowicka P, Flodmark CE. Family in pediatric obesity management: A literature review. *Int J Pediatr Obes*. 2008;3:44-50.
- Tyler DO, Horner SD. Family-centered collaborative negotiation: A model for facilitating behavior change in primary care. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20:194-203.
- Boutelle KN, Cafri G, Crow SJ. Parent predictors of child weight change in family based behavioral obesity treatment. *Obesity*. 2012;20:1539-43.
- Lachal J, Orri M, Speranza M, Falissard B, Lefevre H, QUALIGRAMH, Moro MR, Revah-Levy A. Qualitative studies among obese children and adolescents: A systematic review of the literature. *Obes Rev*. 2013;14:351-68.
- Lindelof A, Vinther C, Pedersen BD. Obesity stigma at home: A qualitative, longitudinal study of obese adolescents and their parents. *Child Obes*. 2011;7:462-74.
- Giannini C, Irby MB, Skelton JA. Caregiver expectations of family-based pediatric obesity treatment. *Am J Health Behav*. 2015;39:451-60.
- Garbutt JM, Leege E, Sterkel R, Gentry S, Wallendorf M, Strunk R. What are parents worried about? Health problems and health concerns for children. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51:840-7.
- Jones AR, Hyland RM, Parkinson KN, Adamson AJ, Gateshead Millennium Study Core Team. Developing a focus group approach for exploring parents' perspectives on childhood overweight. 2009. *British Nutrition Foundation Nutrition Bulletin*. 34,214-219.
- Krause M. Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2009.
- Gainza A. La entrevista en profundidad individual. En: Canales M, editor. *Metodologías de Investigación Social*. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2006. p 219-61.
- Krause M. La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos. *Revista Temas de Educación*. 1995;7:19-39.
- CDC- Clinical Growth Charts [serie en internet]. Atlanta: Centers for Disease

- Control and Prevention. Accedido el 5 de junio de 2016. Disponible en: www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm.
28. Grau C, Fernández M. Familia y enfermedad crónica pediátrica. *Anales Sis San Navarra*. 2010;33:203-12.
 29. Glaser BG, Strauss AL. *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1967.
 30. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. 2ª ed. Bogotá: CONTUS-Editorial Universidad de Antioquia; 2002.