



ORIGINAL

Los equipos de pediatría ante la obesidad infantil: un estudio cualitativo dentro del proyecto STOP

Emma Argelich^{a,b,c}, Maria Elòdia Alemany^d, Bàrbara Amengual-Miralles^e,
Rosmery Argüelles^f, Darina Bandiera^g, Maria Antònia Barceló^h, Beatrice Beinbrech^c,
Cristina Bouzas^{a,b}, Paula Capelⁱ, Apol.lònia Cerdà^e, Marina Colom^j, Helena Corral^k,
Diego de Sotto-Esteban^l, Gabriela Fleitasⁱ, Catalina Garcias^f, Dolors Juan^g,
Joana Juan^m, David Mateos^{b,n}, María Isabel Martín^o, Maria Àngels Martínez^k,
Marta Mínguez^k, Efrén Moncada^g, Maria Nadal^g, Jerònia M. Pont^d, Bernat Puigserverⁱ,
Claudia A. Suñer^g, Lucía Ugarriza^p, David Yeste^g, Sonia Yeste^g y Josep A. Tur^{a,b,*}

^a CIBER de Fisiopatología de la Obesidad y la Nutrición (CIBEROBN), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Grupo de investigación en Nutrición Comunitaria y Estrés Oxidativo, Universidad de las Islas Baleares & IDISBA, Palma de Mallorca, España

^c Hospital de Manacor, Manacor, España

^d CS Felanitx, Felanitx, España

^e CS Santanyí, Santanyí, España

^f CS Muntanya, Son Ramonell Nou, Marratxí, España

^g CS Manacor-Sa Torre, Manacor, España

^h CS Serra Nord, Sóller, España

ⁱ CS Emili Darder, Palma de Mallorca, España

^j CS Escola Graduada, Palma de Mallorca, España

^k Hospital de Inca, Inca, España

^l Clínica Rotger, Palma de Mallorca, España

^m CS Pollença, Pollença, España

ⁿ Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^o CS Santa Ponça, Santa Ponça, España

^p CS Camp Redó, Palma de Mallorca, España

Recibido el 7 de mayo de 2020; aceptado el 13 de noviembre de 2020

PALABRAS CLAVE

Pediatría;
Obesidad infantil;

Resumen

Introducción: Comprender los factores que influyen en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad infantil es crucial para ofrecer el mejor apoyo a las familias y solucionar este grave problema de salud pública.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pep.tur@uib.es (J.A. Tur).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.009>

1695-4033/© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: E. Argelich, M.E. Alemany, B. Amengual-Miralles et al., Los equipos de pediatría ante la obesidad infantil: un estudio cualitativo dentro del proyecto STOP, Anales de Pediatría, <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.009>

Análisis temático;
Atención primaria;
Actitud del personal
de salud

Objetivo: Describir las actitudes y sentimientos del personal de pediatría al tratar con los padres el sobrepeso y la obesidad de sus hijos, explorando los facilitadores y las barreras percibidas, a fin de realizar una atención efectiva.

Sujetos y método: Estudio cualitativo por cuestionarios individuales semiestructurados de personal pediátrico (pediatras y enfermeras pediatras; n = 57; 68% mujeres) de centros de atención primaria y hospitales de la isla de Mallorca, sobre los que se aplicó un análisis temático.

Resultados: Se identificaron 3 temas: «La actitud de los padres en la obesidad infantil» (subtemas «La conciencia de los padres», «Los padres piden ayuda»), «El personal pediátrico y la obesidad infantil» (subtemas «Aproximación al problema: la entrevista con los padres», «Buscando juntos la solución») y «Barreras del sistema» (subtemas «Mejorar el trabajo en equipo y la política de salud», «Participación familiar al abordar y estudiar la obesidad infantil»).

Conclusiones: El personal pediátrico sabe tratar la obesidad infantil, pero demanda entrenamiento en motivación. La terapia de la obesidad infantil será efectiva cuando los padres/cuidadores reconocen el problema y establecen confianza con los equipos pediátricos. El sistema de salud aún es una barrera a la actividad del personal pediátrico.

© 2020 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Paediatrics;
Childhood obesity;
Thematic analysis;
Primary care;
Attitude of health
personnel

Paediatric teams in front of childhood obesity: a qualitative study within the STOP project

Abstract

Introduction: Understanding the underlying factors that influence the approach to overweight and obesity in children is basic to best support families searching a solution to this important public health problem.

Objective: To assess attitudes and feelings of paediatric staff in addressing overweight and childhood obesity to parents, exploring perceived barriers and facilitators, for an effective care.

Participants and method: Qualitative study by means of individual semi-structured questionnaires of paediatric staff (paediatricians and paediatrician nurses; n = 57; 68% female) of primary health care centres and hospitals in Mallorca. Thematic analysis was done.

Results: Three themes emerged from the data: «Parents' attitude in childhood obesity» (sub-themes «The conscience of parents», «The parents ask for help»), «Paediatric staff and childhood obesity» (sub-themes «Approaching to the problem: The interview with parents», «Looking together for the solution»), and «System barriers» (sub-themes «Improving teamwork and health policy», «Family participation in addressing childhood obesity»).

Conclusions: Paediatric staffs know how to treat childhood obesity, but demand training on motivation. Effectivity on therapy of childhood obesity will be obtained after parents/carers recognize the problem and establish a trustful relationship with paediatric staff. The health system is still a barrier to the activity of paediatric personnel.

© 2020 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Española de Pediatría. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En la edad pediátrica, la obesidad es la enfermedad crónica no transmisible y el trastorno nutricional y metabólico más frecuente¹. Los niños y adolescentes obesos tienen unas 5 veces más probabilidades de ser obesos en la edad adulta que quienes no lo son². Una revisión reciente muestra que existen diferencias sustanciales entre los países europeos en sus niveles de sobrepeso y obesidad, con una tendencia a estabilizarse, aunque es preocupante la prevalencia creciente en algunos países mediterráneos, como es el caso en España³. Según el estudio ALADINO 2015, el 18,1% de

los niños españoles entre 6 y 9 años son obesos y el 23,2% tiene sobrepeso⁴. Las Islas Baleares no escapan a esta tendencia, mostrando tasas de obesidad del 10,4% y sobrepeso del 14,7%⁵. Dado que la obesidad está relacionada con enfermedades crónicas no transmisibles graves⁶⁻¹⁰, se necesitan acciones para revertir las epidemias de obesidad entre los niños. Sin intervención, los bebés y niños pequeños con obesidad pueden seguir siendo obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta².

A pesar de lo importante que es abordar el sobrepeso y la obesidad a una edad temprana, tan pronto como sea posible, la investigación cualitativa previa realizada en otros

países revela que los profesionales de la salud perciben que el sobrepeso y la obesidad infantil son difíciles de tratar con los padres^{11–13}. Uno de los principales desafíos de esta patología infantil para los profesionales de la salud está relacionado con la naturaleza sensible de los padres. Estos, a menudo, tienden a no reconocer el sobrepeso u obesidad de sus hijos^{14,15} o bien se sienten culpables, tristes o preocupados por el hecho de que los pediatras les informen sobre el exceso de peso corporal de sus hijos, lo cual es una dificultad añadida al tratamiento de la obesidad infantil^{16–21}. Incluso reconociendo el exceso de peso de sus hijos, los padres pueden ser reacios a que se les controle dicho peso, pues están seguros de que ese exceso es natural y que sus hijos lo superarán fácilmente de forma natural²². Si los propios padres tienen sobrepeso u obesidad, el tema será aún más delicado y difícil de abordar¹⁸. En consecuencia, los profesionales que forman los equipos de pediatría pueden sentirse incómodos al relatar a los padres o cuidadores el problema del exceso de peso de sus hijos¹⁸. Es más, incluso se da la paradoja que tanto los profesionales de la salud como los padres a menudo prefieren esperar hasta que la otra parte plantee el problema²³. Todo lo cual supondrá un retraso en el tratamiento de la obesidad infantil, con las evidentes consecuencias sobre el estado de salud presente y futuro de esos niños.

Por tanto, comprender los factores subyacentes que influyen en el abordaje del sobrepeso y la obesidad infantil es crucial para ofrecer el mejor apoyo a las familias en la búsqueda de la solución a este grave problema de salud pública. Así, el objetivo de este estudio fue describir las actitudes y sentimientos del personal de pediatría al tratar con los padres el sobrepeso y la obesidad de sus hijos, explorando los facilitadores y las barreras percibidas, a fin de realizar una atención efectiva.

Sujetos y método

Se realizó un estudio cualitativo en personal pediátrico (médicos pediátricos y enfermeras pediátricas) de centros de atención primaria y hospitales de la isla de Mallorca (n = 320), a quienes se les informó del propósito del estudio y remitió un cuestionario individual semiestructurado basado en una encuesta anterior realizada en enfermeras pediátricas suecas¹⁶, cuyas preguntas tenían como objetivo conocer la experiencia y los sentimientos del personal pediátrico al abordar el sobrepeso y la obesidad infantil con los padres y los niños, así como su percepción de las barreras y los facilitadores que encontraban al abordar la obesidad infantil. Aquellos profesionales que desearon participar (n = 57; 68% mujeres) devolvieron los cuestionarios debidamente rellenos por correo electrónico a los 3 autores indicados en el apartado *Contribuciones de Autoría*. Además, se recogieron datos sociodemográficos relativos a la categoría profesional y años de experiencia profesional de los profesionales pediátricos (médico o enfermera), al entorno habitacional (rural o urbano) en el que los entrevistados realizaban su tarea profesional, si esta se desarrollaba en centro de atención primaria o en hospital, así como la edad de los niños a quienes se referían en sus respuestas y su grado de sobrepeso u obesidad expresado en percentiles según criterios IOTF²⁴, así como el nivel

educativo o cultural de los padres (primaria o sin formación, formación profesional, secundaria o universitarios).

Este estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y todos los procedimientos fueron aprobados por el Comité de Ética de Investigación Clínica de las Islas Baleares (Palma de Mallorca, ref. IB/3814/18PI). Al aceptar participar en la encuesta, los profesionales pediátricos dieron su consentimiento informado.

Análisis temático de los datos

El guion y temas clave tratados en el cuestionario semiestructurado se presentan en la [tabla 1](#). Los cuestionarios se analizaron por análisis temático²⁵, que es el método para identificar, organizar y describir diferentes conceptos dentro de conjuntos de datos cualitativos. Un tema reconoce unidades importantes en las respuestas de los encuestados y revela patrones en los datos, que permiten su descripción e interpretación. En consecuencia, los cuestionarios se codificaron utilizando un enfoque inductivo, sin limitarse a un marco de codificación preexistente. Las respuestas recibidas (extractos textuales relevantes para las preguntas de investigación) permitieron identificar problemas y asignar códigos o conceptos inferidos de esas respuestas; a tal efecto, solo se consideraron como códigos aquellas aportaciones declaradas por al menos el 40% de los participantes. Los códigos se agruparon en diferentes subtemas y temas según la semejanza en los conceptos semánticos declarados. El informe de este estudio siguió los criterios para la consolidación de informes de investigación cualitativa o COREQ²⁶ (ver [material adicional](#)).

Análisis estadístico

Los datos paramétricos se expresaron como media y desviación estándar (DE) y los contenidos del cuestionario semiestructurado se analizaron por χ^2 , con la ayuda del programa estadístico SPSS versión 25 (SPSS Inc., Chicago, IL, EE.UU.).

Resultados

El personal pediátrico entrevistado (62% pediatras y 38% enfermeras pediátricas) tiene una experiencia promedio (\pm DE) en consulta pediátrica de 12,7 (\pm 7,8) años, algo más elevado en médicos pediatras que en enfermeras. Las características sociodemográficas de los entrevistados se presentan en la [tabla 2](#). El entorno habitacional donde los equipos de pediatría realizan su labor es urbano (población igual o superior a 20.000 habitantes) en un 79,2% y rural (población inferior a 20.000 habitantes) en un 20,8%. El lugar donde trabajan los equipos pediátricos es mayoritariamente en centros de atención primaria (87,2% del total entrevistado). La edad de los niños a los que se referían los profesionales de pediatría oscila entre 2 y 10 años, quienes presentaron, en todos los casos, un índice de masa corporal (IMC) igual o superior al percentil 95. La mayoría de padres y madres tienen estudios de primaria o de formación profesional.

Tabla 1 Cuestionario semiestructurado contestado individualmente por cada profesional de pediatría

1. Indica los años de experiencia laboral como pediatra o enfermera pediátrica (incluyendo residencia o similar, si fuera el caso)
2. ¿Cómo abor das el sobrepeso infantil ante los padres?
3. ¿Cómo te sientes al hablar sobre el sobrepeso infantil en la consulta?
4. ¿Puedes hablarme de una conversación con padres a quienes les comunicaste preocupación por el sobrepeso de su hijo/hija y tuvo éxito?
5. ¿Puedes hablarme de una conversación con padres a quienes les comunicaste preocupación por el sobrepeso de su hijo/hija y no tuvo éxito?
6. ¿Cómo percibes la conciencia de los padres sobre el estado de peso de sus hijos?
7. ¿Cuándo suelen los padres buscar ayuda para el sobrepeso de sus hijos?
8. ¿Cómo percibes que la presencia de los niños durante estas conversaciones pueda afectar al desarrollo de esta?
9. ¿Cómo se puede ver afectada la conversación sobre el peso de un niño dependiendo de quién está presente en estas visitas?
10. Al descubrir, en el curso de una reunión con padres, que estos tienen una vida complicada, ¿cómo crees que puedes ayudarles?
11. ¿Qué tipo de apoyo ofreces a los padres?
12. ¿Qué crees que facilita que los padres acepten tu apoyo?
13. ¿Hasta qué punto crees que puedes cambiar el estilo de vida de niños y familias?
14. ¿Por qué crees difícil que las familias participen en estudios sobre obesidad infantil?
15. ¿Hay algo más que quisieras añadir?

Tabla 2 Características sociodemográficas de la muestra entrevistada (n = 57)

<i>Categoría profesional</i>	
Médico pediatra	62%
Enfermera pediátrica	38%
<i>Años de experiencia profesional^a</i>	
Todos los entrevistados	12,7 ± 7,8
Médico pediatra	14,5 ± 7,7
Enfermera pediátrica	5,8 ± 3,3
<i>Emplazamiento donde trabajan los equipos pediátricos</i>	
Centro de Atención Primaria	87,2%
Hospital	12,8%
<i>Entorno habitacional</i>	
Rural (< 20.000 habs.)	20,8%
Urbano (≥ 20.000 habs.)	79,2%
<i>Edad de los niños</i>	2-10 años
<i>Grado de sobrepeso u obesidad de los niños</i>	≥ P95
<i>Nivel de estudios de los padres de niños con obesidad</i>	
Estudios universitarios	26,1%
Estudios de secundaria	27,8%
Estudios de formación profesional	34,5%
Estudios de primaria o sin formación	11,6%

^a Datos presentados como media ± desviación estándar.

Análisis temático de los datos

La percepción del personal de pediatría al abordar el sobrepeso u obesidad infantil en sus consultas permitió diferenciar tres grandes temas (tabla 3): (1) La actitud de los padres en la obesidad infantil; (2) el personal pediátrico y la obesidad infantil; y (3) barreras del sistema. Globalmente, estos temas coinciden con las dimensiones/áreas clave del

cuestionario semiestructurado, si bien estas no se limitan, a priori, a un marco de codificación preexistente.

La actitud de los padres en la obesidad infantil

La gran mayoría de los equipos pediátricos declararon que los padres eran conscientes de la obesidad en sus hijos, pero no lo aceptaban. Los diversos aspectos relacionados (códigos) se clasificaron en dos subtemas: «La conciencia de los padres» y «Los padres piden ayuda».

La conciencia de los padres. La mayor parte de los profesionales pediátricos entrevistados señalaron que la mayoría de los padres eran plenamente conscientes de la situación de sobrepeso de sus hijos; pero en su mayoría lo negaron, lo banalizaron, no le dieron importancia (78% de las declaraciones) o se sintieron culpables o agredidos cuando se les informó sobre el estado de sobrepeso de sus hijos (42% de las declaraciones). Se trataba de una negación ante el fracaso de una dedicación a los hijos hecha con su mejor intención, llevándolos a una situación de bloqueo. En padres con sobrepeso, esta situación aún se acentuaba. Además, los padres generalmente consideraban el exceso de peso como un signo de salud. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«Los padres se sienten culpables si no se aborda bien el problema, porque creen que están haciendo lo mejor para sus hijos» (Respuesta 1; a partir de ahora identificada como R).

«En mi opinión, hay dos grupos de padres: algunos muy preocupados y otros que niegan el problema; en general, el segundo grupo es el que tiene más sobrepeso» (R4).

«Los padres asocian el peso, muy a menudo, con estar sano o fuerte y tener autopercepción de un buen cuidado y falta de algo» (R12).

Algunos de los profesionales pediátricos (25% de las declaraciones) apuntaron que los padres estaban mucho más preocupados por la delgadez que por el sobrepeso de sus

Tabla 3 Análisis temáticos

Temas	Subtemas	Códigos	Ejemplos de extracción de datos
La actitud de los padres en la obesidad infantil	La conciencia de los padres	Los padres son conscientes del sobrepeso de sus hijos, pero la mayoría niegan, banalizan o no dan importancia al sobrepeso de sus hijos al ser informados (78% de las declaraciones). Los padres se sienten culpables o agredidos al ser informados (42% de las declaraciones)	«Algunos padres piensan que si están ‘‘gorditos’’ gozan de salud, otros piensan, que como los padres tienen sobrepeso es normal que sus hijos también. Normalmente, no veo percepción de riesgo por el tema del peso por los padres»
	Los padres piden ayuda	Los padres solo piden ayuda para tratar el sobrepeso cuando, para ellos, se produce un evento diferencial, a nivel familiar, escolar o de salud (75% de las declaraciones)	«Se detectan en las revisiones y se ofrece ayuda. . . cuando algunos amigos, vecinos o familiares les hacen algún comentario. . . cuando sus hijos/as manifiestan <i>bullying</i> por parte de amigos y/o compañeros, también cuando su estado de salud se ve afectado (respiración, niveles de azúcar, etc.)»
El personal pediátrico y la obesidad infantil	Aproximación al problema: la entrevista con los padres	El personal de pediatría no tiene inconveniente en abordar la obesidad infantil con los padres, que se hace con empatía, delicadeza, bajo un enfoque positivo para mejorar la salud del niño, sin culpar ni atemorizar (58% de las declaraciones). A veces (42% de las declaraciones), el equipo pediátrico se siente impotente e incómodo. Una parte de los profesionales opina que es positivo que los niños estén presentes en la entrevista (38% de las declaraciones)	«Lo abordo con facilidad, directamente, pero sin crear alarma . . . con ganas de ayudar a niños y a padres que quizás no tienen toda la información necesaria . . . con sensibilidad suficiente para no hacerlos sentir culpables»
	Buscando juntos la solución	Lo mejor es aplicar empatía, confianza, respeto, facilitar la percepción y aceptación del problema, involucrando a todos los actores familiares, buscando soluciones de acuerdo con las circunstancias familiares, ayudando a los actores familiares a sugerir las soluciones y reforzándolos positivamente (100% de las declaraciones)	«Mostrar seguridad, empatía, establecer un vínculo de confianza . . . mostrar disponibilidad, cercanía, libertad en cuanto al apoyo . . . ofreciendo ayuda, escuchando. . . con refuerzo positivo y dando alternativas útiles . . . fijar objetivos reales . . . ayudar a sugerir actividades compatibles con el niño y con el nivel adquisitivo paterno. . . sobre todo que no se sientan juzgados»
Barreras del sistema	Mejorar el trabajo en equipo y la política de salud	El sistema de salud, especialmente en atención primaria, no facilita el abordaje de la obesidad infantil, pues la gran carga de trabajo de la atención implica que los profesionales pediátricos en atención primaria no pueden dedicar el tiempo que necesita este grave problema de salud pública (90% de las declaraciones). La obesidad infantil necesita la participación global de trabajadores de la salud, educadores, gerentes y medios de comunicación (87% de las declaraciones). Se demanda mayor capacitación en técnicas motivacionales (46% de las declaraciones)	«Hay profesionales en atención primaria y hospitalaria que no creen en la educación para la salud. . . se deben plantear cambios a nivel de sociedad y no tan solo a escala individual. . . se debería enseñar a los niños desde muy pequeños hábitos saludables en las escuelas y facilitar la actividad física»

Tabla 3 (continuación)

Temas	Subtemas	Códigos	Ejemplos de extracción de datos
	Participación familiar al abordar y estudiar la obesidad infantil	La falta de conciencia sobre un problema de salud pública que no manifiesta de inmediato una clara patología o letalidad hace que no se considere como un problema de salud importante, tanto entre los pacientes como entre los profesionales de la salud (77% de las declaraciones)	«El problema es que la obesidad no se entiende como un problema grave de salud. Si fuese un estudio sobre prevención de cáncer de mama en hijas de mujeres afectas de cáncer, sobraría gente»

hijos, ya que tener unos pocos kilos de más es un «signo de salud». La actitud era variable según el nivel educativo de los padres; pues cuanto más bajo era, más se negaba o minimizaba el sobrepeso e incluso se enorgullecían de ello. Sirva como ejemplo la siguiente frase:

«Hay padres que tienen a sus hijos con sobrepeso y dicen que están bien y que no comen nada; hay otros que dicen que el niño tiene buen peso, pero no hace ejercicio y dicen que es gordito, que tiene vientre, que es flácido... Otros son más realistas (los menos). Todo depende mucho del físico de los padres, de la sobreprotección hacia los hijos, de su nivel cultural y de los hábitos familiares habituales (que para ellos es normal)» (R19).

Los padres piden ayuda. En general, los padres no suelen pedir ayuda debido a problemas de sobrepeso de sus hijos, excepto cuando se produce un evento diferencial (75% de las declaraciones). Este hecho diferencial puede ser notar un fuerte aumento de peso en sus hijos tras un control de rutina o tras un problema de salud (dificultad para respirar, especialmente después del ejercicio, o hiperglucemia) o, la mayoría de las veces, tras recibir comentarios de parientes o amigos, así como debido a episodios de *bullying* en la escuela o en la pandilla del niño, especialmente en la preadolescencia. Si el mensaje provenía de más de una fuente, era más probable que los padres buscaran y aceptaran la ayuda del equipo pediátrico. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«Cuando algo ha sucedido en la escuela (por ejemplo, porque alguien les ha dicho algo), cuando los niños expresan su disgusto...» (R3).

«Raramente vienen. Suele ocurrir cuando hay un cambio brusco de peso» (R5).

«Es muy común cuando un miembro de la familia tiene un problema con el peso y ocurre un problema de salud grave, otras veces porque los niños comentan que se involucran con ellos, aquí la dimensión del problema cambia, no es el peso, sino la consecuencia social de la obesidad que los niños comienzan a sufrir» (R6).

«Generalmente cuando se trata de niños preadolescentes, cuando registramos el peso y tememos que sea una tendencia futura. Otras veces, cuando notan una ansiedad por la comida, comen furtivamente o se les dice a otras personas que el niño es obeso» (R22).

Otras veces, la solicitud de ayuda provino de observaciones de los propios padres, como notar episodios de ansiedad del niño por la comida, cuando notaron que la autoestima del niño se vio afectada o cuando se vieron abrumados por cómo tratar el problema del sobrepeso. Sirva como ejemplo la siguiente frase:

«Cuando están abrumados por la situación, tipo problemas secundarios a la obesidad, problemas de ansiedad alimentaria, etc.» (R20).

El personal pediátrico y la obesidad infantil

Este apartado trata de cómo los equipos pediátricos abordan la obesidad infantil ante los padres. Los códigos se han clasificado en dos subtemas: «Aproximación al problema: la entrevista con los padres», «Buscando juntos la solución». *Aproximación al problema: la entrevista con los padres.* El 58% del personal de pediatría generalmente no tiene problemas para abordar abiertamente el problema de la obesidad infantil con los padres o cuidadores; cada caso es un desafío por superar y siempre con la intención de ayudar a padres e hijos. Se aborda el problema con empatía y delicadeza, buscando dar un enfoque positivo para mejorar la salud del niño y facilitando la aproximación al problema, sin culpar ni atemorizar. Ejemplo de frase más representativa para la extracción de los datos:

«Para mí no es un problema hablar de obesidad, pero trato de usar eufemismos (dependiendo de cada caso) para que no se sientan "atacados", porque mi experiencia en la mayoría de los casos es que hablar directamente de obesidad puede causar rechazo en la familia» (R23).

Un 21% de los profesionales de pediatría abordan el problema del sobrepeso u obesidad principalmente basándose en las gráficas de la evolución del peso del niño, tratando de hacer que los padres entendieran las repercusiones que, para la salud de sus hijos tendría, objetivamente, poseer un peso correcto. Ejemplo de frase más representativa para la extracción de los datos:

«Tras catalogar a un niño con sobrepeso de acuerdo con los percentiles, le explico a la familia que el niño tiene sobrepeso, le explico las posibles repercusiones actuales y futuras, y trato de revisar los patrones de alimentación, la actividad física...» (R21).

A veces (42% de las declaraciones), el equipo pediátrico se siente impotente, por lo incómodo y difícil que resulta abordar el problema, pues los padres no tienen conciencia

de este y están molestos y bloqueados al tratar el tema. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«Una madre que acudió a la oficina por otro problema, al decirle que el peso de su hijo estaba en los percentiles altos se ofendió por llamarle “gordo» a su hijo» (R11).

«Más complicado, porque hay padres que no tienen la percepción de que el niño tiene sobrepeso y, aún más, incluso consideran que tienen un peso adecuado, por lo que abordar estos casos puede ser realmente complicado. Hay padres que incluso se sienten ofendidos diciéndoles que el niño tiene sobrepeso. Sin embargo, hay otros casos en que incluso los mismos padres lo consultan y aquí el manejo es más fácil» (R14).

Esta actitud de los padres o cuidadores no es en absoluto contradictoria con la actitud declarada por los profesionales pediátricos de poseer la mejor disposición para encarar el problema.

Una parte de los profesionales (38% de las declaraciones) opina que es positivo que los niños estén presentes en la entrevista, pues pueden ser parte activa y aportar soluciones al problema; no obstante, su presencia puede afectar la entrevista, tanto introduciendo tensión en la misma como reduciendo la libre expresión de padres y niños, e incluso introduciendo o incrementando la culpabilización del niño. Debe evitarse, en cualquier caso, utilizar palabras que no entienda el niño y, sobre todo, que no se lesione su autoestima. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«Hay padres que intentan disimular hablando más bajo, susurrando respuestas, guiñándote el ojo. Otros culpabilizan a sus hijos delante del Equipo de Pediatría y los hacen sentir realmente mal; afecta sobre todo a su autoestima» (R3).

«En ocasiones observas que el niño se siente incómodo, en otras observas que el niño forma parte activa de la conversación y aporta ideas de pequeños cambios que puede realizar» (R20).

Buscando juntos la solución. La mejor actitud autodeclarada por el equipo pediátrico (100% de las declaraciones) que atiende el problema del sobrepeso infantil fue aplicar empatía, confianza, respeto, no supremacía, apoyo, escucha activa, no juzgar ni abrumar, no prohibir ni culpar, facilitando la percepción y aceptación del problema, involucrando a todos los actores familiares, buscando posibles soluciones de acuerdo con las circunstancias familiares y, sobre todo, ayudando a los actores familiares a sugerir las soluciones y reforzándolas positivamente. Dirigir mensajes a la persona que compra y cocina en casa era fundamental. Cuando sucedieron todas estas acciones, fue exitoso. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«La empatía, el respeto, ser horizontal con ellos sin establecer un estado de supremacía en ningún aspecto, también creo que facilita cuando se trabaja con ellos» (R15).

«Es importante que esté presente la persona que vive con el niño, su cuidador principal, que organiza y prepara las comidas del día» (R22).

«Cambiar los estilos de vida es muy difícil, solo una buena motivación y un refuerzo positivo harán posibles los cambios. Desde la consulta podemos acompañarlos y darles ese refuerzo positivo, pero la motivación de los pacientes y sus familiares es fundamental» (R23).

Barreras del sistema

La gran mayoría de los equipos pediátricos entrevistados destacaron las barreras organizativas del sistema de salud, incluido el tiempo limitado para las visitas, la cooperación insuficiente con otros profesionales de atención médica y la falta de participación familiar. Los diversos aspectos (códigos) se han clasificado en dos subtemas: «Mejorar el trabajo en equipo y la política de salud», «Participación familiar al abordar y estudiar la obesidad infantil».

Mejorar el trabajo en equipo y la política de salud. El sistema de salud, especialmente en atención primaria, no facilita el enfoque de la obesidad infantil. La gran carga de trabajo de la atención implica que los profesionales pediátricos en atención primaria no pueden dedicar el tiempo que necesita este grave problema de salud pública (90% de las declaraciones). Dado que la obesidad infantil es un problema global, el 87% de los equipos pediátricos entrevistados consideran que su solución necesita la participación adicional de otros profesionales de la salud (endocrinólogos, médicos de familia, enfermeras, dietistas-nutricionistas, farmacéuticos, etc.), educadores, gerentes y medios de comunicación. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«Se requieren más medios en educación, más regulación gubernamental de los productos ofrecidos y publicidad» (R9).

«Es importante continuar trabajando en el tema e involucrar a toda la sociedad (centros de salud, escuelas, municipios...) para abordar este problema desde todos los puntos de vista y trabajar juntos» (R11).

Puesto que la confianza del paciente y los miembros de la familia en los profesionales pediátricos es básica, estos profesionales (46% de las declaraciones) demandan más capacitación, no tanto en conocimiento sino en técnicas de motivación. Ejemplo de frase más representativa para la extracción de los datos:

«Los profesionales en el siglo que vivimos deberían saber cómo hacer una entrevista clínica motivadora, deberíamos saber cómo investigar y trabajar en los determinantes sociales de la salud de los pacientes, porque allí es donde se concentra el 80% o más de los problemas de salud de los individuos, lo que es mucho más evidente en el tema del sobrepeso y la obesidad infantil. La atención primaria de salud es integral y nuestro trabajo es trabajar en todo lo que rodea a los pacientes» (R15).

Además, un 10% de los equipos de pediatría considera que desarrollar actividades complementarias en los centros de salud o desde ellos también sería esencial. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«A los niños se les debe enseñar, desde una edad muy temprana, hábitos saludables en las escuelas y facilitar la actividad física» (R20).

«Nosotros, conscientes de la mala alimentación y, motivados por este problema, hemos estado desarrollando "desayunos saludables" en las escuelas durante años, lo que ha evolucionado hacia "un día saludable", pero también involucrando a los padres en estas actividades, aunque les cuesta asistir» (R21).

Participación familiar al abordar y estudiar la obesidad infantil. El 77% de los profesionales entrevistados indica que la falta de conciencia sobre la obesidad infantil, un problema de salud pública que no manifiesta de inmediato una clara patología o letalidad, hace que no se considere un problema de salud importante, tanto entre los pacientes (padres/cuidadores y niños/adolescentes) como entre los profesionales de la salud. Además, un 25% de los equipos de pediatría opina que el nivel cultural de la familia contribuye de forma importante, pues en el nivel superior del mismo, se muestra mayor disposición y participación. Ejemplos de frases más representativas para la extracción de los datos:

«Hay poca conciencia en nuestro país sobre este problema, no solo en pacientes sino también entre nuestros colegas; pero también, dificultades sociales y económicas debido a las repercusiones directas e indirectas en el dinero que conllevan» (R1).

«El nivel cultural de las familias es muy importante» (R7).

Además, el 38% de los profesionales de pediatría entrevistados consideran que, quienes más manifiestan el problema son los que menos lo reconocen. La introducción de cambios en la vida familiar generalmente es difícil, principalmente por razones logísticas y de organización familiar, como la falta de tiempo de los padres o cuidadores. Ejemplo de frase más representativa para la extracción de los datos:

«Requieren participación, debido a la disponibilidad de tiempo y logística. Es muy difícil para los padres con niños pequeños tener tiempo con frecuencia para asistir a consultas o reuniones. Más si no tienen a nadie con quien dejar a los niños o trabajar. Facilitar la asistencia con los niños a estas reuniones, facilitar la logística podría ayudar mucho» (R5).

En todos los ítems no se encuentran diferencias entre profesiones (médicos pediatras vs. enfermeras pediátricas) ni entre años de experiencia profesional (tabla 4).

Discusión

Este estudio muestra la actitud y los sentimientos de los equipos pediátricos frente a la obesidad infantil, un grave problema de salud pública que los profesionales pediátricos no evitan, sino que lo enfrentan abiertamente, aunque sean perfectamente conscientes de la dificultad de su abordaje y de las limitaciones de las herramientas que están a su alcance para resolverlo.

Las entrevistas con los profesionales pediátricos nos han permitido definir tres temas: «La actitud de los padres en la obesidad infantil» (subtemas «La conciencia de los padres»,

«Los padres piden ayuda»), «El personal pediátrico y la obesidad infantil» (subtemas «Aproximación al problema: la entrevista con los padres», «Buscando juntos la solución») y «Barreras del sistema» (subtemas «Mejorar el trabajo en equipo y la política de salud», «Participación familiar al abordar y estudiar la obesidad infantil»). Se ha encontrado que abordar la obesidad infantil no es una tarea fácil, ya que requiere el reconocimiento de la existencia del problema por parte de los padres y, sobre todo, del establecimiento de una relación de confianza entre los equipos pediátricos y los padres e hijos. Ambos aspectos, a su vez, pueden estar condicionados por muchos otros factores, como el nivel cultural de los padres, la situación estructural de las familias y sus condiciones externas, como la falta de tiempo de los padres o cuidadores o la dificultad para introducir cambios en los hábitos familiares, así como la capacidad profesional y motivadora de los equipos pediátricos.

La conciencia de los padres sobre el problema. El reconocimiento del exceso de peso de los niños por parte de los padres, pero también por los propios niños, es una de las principales barreras para el tratamiento y la solución del sobrepeso infantil^{12,27-32}. Estudios anteriores han demostrado que los padres tienden a subestimar el peso de sus hijos^{14,33}, especialmente los padres con sobrepeso^{12,32} y aquellos con niños pequeños³⁴, lo que contribuye a la negación del sobrepeso infantil³². En España, se informó que el 70,8% de los niños y el 64,9% de los padres no percibían sistemáticamente el sobrepeso como un problema de salud³⁵. Esta respuesta negativa también puede deberse a un sentimiento de culpa por no saber cómo cuidar adecuadamente a sus hijos, miedo a sentirse juzgado por otros³⁶ y, además, al estigma relacionado con el sobrepeso que puede suponer, tanto para ellos como para sus hijos¹⁹⁻²¹. Cuando los padres notan sobrepeso en sus hijos, tampoco se preocupan, porque eso será un problema cuando alcancen la edad escolar, principalmente debido a la posible intimidación o exclusión social^{32,37}. Los padres y los niños aceptan la ayuda del profesional tras alcanzar un cierto nivel de preocupación por este exceso de peso³⁸. Esa motivación será una de las primeras acciones que realizará el equipo pediátrico y, en última instancia, el primer acto médico para resolver el problema del sobrepeso infantil^{12,32}.

Resolviendo el problema. Siempre que la confianza entre padres-hijos y los equipos pediátricos se ha establecido, estos últimos declaran la importancia de mostrar empatía, respeto, no supremacía, apoyo, escucha activa; sin juzgar, abrumar, prohibir o culpar; facilitando la percepción y aceptación del problema, adaptándose a las circunstancias familiares y al nivel cultural, brindando posibles alternativas, con objetivos cortos y alcanzables, así como asegurando que los propios padres sean quienes brinden las soluciones. La comunicación efectiva entre el personal de pediatría y los padres e hijos es la base de la terapia en la obesidad infantil^{12,39} y permitirá que las medidas habituales (cambios en la dieta y estilo de vida, promoción de la actividad física, cambios en los hábitos familiares, reducción de las actividades sedentarias) sean realmente efectivas, pues habrán servido para establecer puentes con padres-hijos, rompiendo las barreras sociales y familiares habituales (falta de motivación, no involucrarse en el tratamiento, culpar entre padres y entre padres-hijos, abandono)^{12,35}. También es importante identificar y hablar con la persona que compra y cocina en casa,

Tabla 4 Códigos según categoría y años de experiencia profesional

	Médicos pediatras (n = 35)	Enfermeras pediátricas (n = 22)	p*	Experiencia profesional (años)			p*
				< 10 (n = 25)	10-20 (n = 12)	≥ 20 (n = 20)	
Los padres son conscientes del sobrepeso de sus hijos, pero lo banalizan ...	72,2%	100%	0,183	80%	80%	75%	0,962
Los padres se sienten culpables o agredidos ...	42,1%	40%	0,932	40%	40%	50%	0,899
Los padres solo piden ayuda para el sobrepeso de sus hijos cuando se produce un evento diferencial	78,9%	60%	0,384	70%	80%	87,5%	0,667
El personal de pediatría no tiene inconveniente en abordar la obesidad infantil ...	57,9%	60%	0,932	50%	60%	62,5%	0,855
Lo mejor es aplicar empatía, confianza, respeto ...	100%	100%	1,000	100%	100%	100%	1,000
El sistema de salud, especialmente en atención primaria, no facilita el abordaje de la obesidad infantil ...	92%	88%	0,965	87%	91%	96%	0,943
La obesidad infantil necesita la participación global de ...	90,9%	75%	0,423	100%	66,7%	75%	0,254
Demanda de más capacitación en técnicas de motivación ...	47,4%	40%	0,769	40%	60%	50%	0,558
La falta de conciencia sobre este problema de salud pública ...	72,2%	100%	0,230	77,8%	100%	62,5%	0,291

* p calculado por χ^2 para diferencias entre médicos pediatras y enfermeras pediátricas, como también para diferencias entre grupos de experiencia profesional (años).

porque de ella dependerá la comida del niño y de la familia. Una tercera parte de los pediatras, aproximadamente, cree que los niños deben estar presentes en las conversaciones, incluso a riesgo de perder fluidez y reducir el contenido, ya que pueden aportar soluciones y, en consecuencia, aumentar su motivación para mejorar su peso corporal.

¿Cómo se sienten los equipos pediátricos? La naturaleza sensible del sobrepeso infantil hace que muchos profesionales se sientan incómodos al abordar el problema, lo cual está de acuerdo con investigaciones cualitativas previas^{12,17}. En nuestro caso, sin embargo, la gran mayoría de los profesionales entrevistados se sienten cómodos y seguros, sin dudar en abordar el tema y con una gran disposición a actuar, principalmente debido a su capacitación en salud, de acuerdo con estudios previos^{12,35,40} donde se informó que la capacitación previa de equipos pediátricos en obesidad era esencial para abordar el problema y superar las barreras. Esta actitud de los profesionales de pediatría en España, de declararse capaces de abordar el problema, contrasta con lo que ocurre en otros países, donde los profesionales esperan que sea la otra parte quien aborde el problema del sobrepeso en los niños¹⁶. De igual forma, esta situación es algo diferente de lo que se informó en un estudio anterior en España en 2008, donde el 28,7% de los profesionales declararon tener poca experiencia en el tratamiento de la obesidad³⁵, porque hoy los factores que contribuyen

al desarrollo de la obesidad infantil están muy bien definidos, tanto individual como socialmente, así como cuáles son las recomendaciones terapéuticas que aplicar^{12,41}. Este conocimiento está ampliamente descrito y disponible para el personal pediátrico en España. Esta buena formación del personal pediátrico español es sustancialmente diferente de lo que muestran profesionales de pediatría en Suecia, donde las enfermeras pediátricas, quienes son las encargadas habituales de atender y seguir a los niños con sobrepeso u obesidad, declaran déficits de formación tanto en materia de obesidad como en técnicas de comunicación y motivación¹⁶; pero también ocurre en profesionales de pediatría de otros países, donde se declara abiertamente la necesidad de una mejor formación en obesidad infantil⁴²⁻⁴⁴.

Sin embargo, unos y otros profesionales coinciden en demandar la necesidad de capacitación en aspectos motivacionales que, indudablemente, facilitarán el acercamiento a padres e hijos y, sobre todo, ayudarán a mantener o aumentar los lazos de confianza con ellos, lo cual, como se mencionó, es crucial en estas terapias¹². En este sentido, nuestro grupo de investigación ha demostrado recientemente que un programa de sesiones de seguimiento para preescolares con obesidad mediante técnicas motivacionales mejora tanto la actitud de los padres ante el problema del sobrepeso u obesidad en sus hijos, como en los hábitos y estilos de vida de los niños, hacia un modelo más saludable,

así como también produciendo disminuciones significativas en el IMC de los niños^{45,46}. Otros estudios realizados en Australia, pero no en preescolares, han obtenido resultados parecidos, pero con menores cambios sobre el IMC^{47,48}.

Mejorar el sistema. A pesar de la excelente disposición y capacitación en salud del personal pediátrico, el sistema no facilita el enfoque de la obesidad infantil. El sistema de salud constituye una barrera en sí mismo, debido a la falta de tiempo y la excesiva carga de trabajo del personal pediátrico, la falta de materiales educativos, la falta de acceso a expertos, la falta de colaboración de otros profesionales de la salud y el poco reconocimiento por parte de los gerentes³⁵. Sin embargo, el sistema de salud no puede enfrentar solo la obesidad infantil, ya que es un problema global que necesita más apoyo de todos los agentes sociales, como educadores, gerentes y medios de comunicación, tal y como lo reconoce la estrategia NAOS⁴⁹. En este sentido, el desarrollo de actividades complementarias como parte intrínseca de la terapia pediátrica debe fortalecerse y reconocerse, de modo que formen parte de la atención primaria, en connivencia con otros actores sociales, como educadores, profesionales de actividad física (coaching personalizado o en grupo) o medios de comunicación. Asimismo, los administradores del sistema de salud deberían alentar, facilitar y mejorar la participación del personal pediátrico en estudios sobre obesidad infantil, involucrando a padres y cuidadores que, sin duda, contribuiría a un mejor conocimiento terapéutico de la efectividad de las intervenciones en esta patología, así como a ampliar la conciencia social de este importante problema de salud pública, que es una de las principales barreras que enfrenta el personal pediátrico al abordar el tratamiento de la obesidad infantil.

Finalmente, cabe comentar la similitud de pareceres entre los profesionales pediátricos, con independencia de su categoría profesional y de sus años de experiencia.

Fortalezas y limitaciones. Este estudio es uno de los pocos realizados en España sobre las actitudes y opiniones del personal de pediatría con respecto al enfoque de la obesidad infantil, sus barreras y condiciones. Una segunda fortaleza es que, al presentarse el cuestionario en forma de preguntas abiertas, los entrevistados pudieron explicar su particular visión del problema sin limitaciones. Una tercera fortaleza consiste en el método aplicado, el análisis temático, un método flexible que permite analizar e interpretar sistemáticamente una gran cantidad de datos²⁵, incluido un análisis cuidadoso de los cuestionarios y sus respuestas, la extracción de los datos y su posterior discusión hasta el consenso en definir las categorías temáticas y las percepciones. Una tercera fortaleza es que se han añadido resultados a la literatura existente sobre comunicación entre profesionales pediátricos y padres o cuidadores de niños con exceso de peso, dando relevancia global al problema. Entre las limitaciones están las propias del método cualitativo aplicado; sin embargo, el número de entrevistas realizadas ($n = 57$) es superior al mínimo descrito como necesario para obtener una comprensión integral de los problemas planteados ($n = 16$) y, al mismo tiempo, no representa un conjunto de datos demasiado grande, lo que dificulta su análisis exhaustivo^{50,51}. Una segunda limitación es el alcance geográfico del estudio, realizado solamente en la isla de Mallorca, por lo que su extrapolación precisará de otros futuros estudios realizados con idéntica metodología. Otra

limitación es que tal vez los participantes fueran los más interesados en la obesidad infantil y, por tanto, que la muestra no sea representativa. No se han investigado aspectos de la práctica clínica, ya que este no ha sido el objetivo de este estudio.

Conclusiones

El personal de pediatría se siente seguro al abordar la obesidad infantil, pues está capacitado en salud sobre el tema, aunque exige capacitación en motivación, al considerar fundamental el reconocimiento del problema por parte de los padres y, sobre todo, que debe haber una relación de confianza entre ellos y padres-hijos. La comunicación efectiva entre el personal de pediatría y los padres e hijos es la base de la terapia en la obesidad infantil y permitirá que sean efectivas las medidas a aplicar. El sistema de salud es una barrera para la actividad de los equipos pediátricos que debe mejorarse.

Financiación

Este estudio es parte del proyecto STOP (The Science and Technology in Childhood Obesity Policy) financiado por el programa de investigación e innovación Horizon 2020 de la Unión Europea (ref. 774548), así como del Instituto de Salud Carlos III a través del Departamento de Salud Fondo de Investigación (FIS), cofinanciado por los Fondos Europeos de Desarrollo Regional (FEDER), a través del proyecto PI17/01827 y CIBEROBN (CB12/03/30038), así como apoyo a grupos de investigación competitivos 35/2011 del Gobierno de las Islas Baleares y el programa EU-COST (Acción COST CA16112). CB recibió una beca de doctorado Fernando Tarongí Bauzá. Las agencias de financiación no han intervenido en el diseño del estudio, la recopilación y el análisis de datos, ni en la preparación del manuscrito.

Autoría

EA, CB y JAT contactaron con los equipos pediátricos con la contribución del resto de autores, desarrollaron la entrevista y contribuyeron a su análisis. EA, CB y JAT escribieron la primera versión del manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron el manuscrito final.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a los equipos pediátricos su participación en las entrevistas.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.11.009>.

Bibliografía

1. Rivero M. Libro Blanco de la Nutrición Infantil en España. Zaragoza: Pressas de la Universidad de Zaragoza; 2015.
2. Simmonds M, Llewellyn A, Owen CG, Woolacott N. Predicting adult obesity from childhood obesity: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2016;17:95–107.
3. Garrido-Miguel M, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Rodríguez-Artalejo F, Moreno LA, Ruiz JR, et al. Prevalence and trends of overweight and obesity in European children from 1999 to 2016. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2019;173:e192430.
4. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, AESAN. Estudio Aladino; 2015 [consultado 3 Ago 2019]. Disponible en: http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf
5. Conselleria de Salut. Direcció General de Salut Pública i Participació. Estudio EPOIB-II: Prevalencia de la obesidad infantil y juvenil en las Islas Baleares 2005-2017. Palma: Conselleria de Salut; 2018.
6. Baker JL, Olsen LW, Sorensen TI. Childhood body-mass index and the risk of coronary heart disease in adulthood. *N Engl J Med.* 2007;357:2329–37.
7. Marcus C, Rossner S. Injury panorama of obesity more widespread than earlier known. Obesity causes multiple complications—several specialties affected. *Lakartidningen.* 2008;105:2239–40.
8. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA.* 2003;289:187–93.
9. Latner J, Stunkard AJ. Getting worse: the stigmatization of obese children. *Obes Res.* 2003;11:452–6.
10. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA.* 2003;289:1813–9.
11. Dev DA, Byrd-Williams C, Ramsay S, McBride B, Srivastava D, Murriel A, et al. Engaging parents to promote children's nutrition and health. *Am J Health Promot.* 2017;31:153–62.
12. Bradbury D, Chisholm A, Watson PM, Bundy C, Bradbury N, Birtwistle S. Barriers and facilitators to health care professionals discussing child weight with parents: A meta-synthesis of qualitative studies. *Br J Health Psychol.* 2018;23:701–22.
13. Shreve M, Scott A, Vowell Johnson K. Adequately addressing pediatric obesity: challenges faced by primary care providers. *South Med J.* 2017;110:486–90.
14. Lundahl A, Kidwell KM, Nelson TD. Parental underestimates of child weight: a meta-analysis. *Pediatrics.* 2014;133:e689–703.
15. Regber S, Novak M, Eiben G, Bammann K, De Henauw S, Fernandez-Alvira JM, et al. Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries—the IDEFICS study. *Pediatr Obes.* 2013;8:118–29.
16. Sjunnestrand M, Nordin K, Eli K, Nowicka P, Ek A. Planting a seed - child health care nurses' perceptions of speaking to parents about overweight and obesity: a qualitative study within the STOP project. *BMC Pub Health.* 2019;19:1494.
17. Regber S, Marild S, Johansson Hanse J. Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nurs.* 2013;12:27.
18. Isma GE, Bramhagen AC, Ahlstrom G, Ostman M, Dykes AK. Swedish Child Health Care nurses conceptions of overweight in children: a qualitative study. *BMC Fam Pract.* 2012;13:57.
19. Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, Hellerstedt WL, Griffin JM, van Ryn M. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev.* 2015;16:319–26.
20. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. *Am J Public Health.* 2010;100:1019–28.
21. Pont SJ, Puhl R, Cook SR, Slusser W, Section On Obesity, Obesity Society. Stigma experienced by children and adolescents with obesity. *Pediatrics.* 2017;140:e20173034.
22. Perez A, Holt N, Gokiart R, Chanoine JP, Legault L, Morrison K, et al. Why don't families initiate treatment? A qualitative multicentre study investigating parents' reasons for declining paediatric weight management. *Paediatr Child Health.* 2015;20:179–84.
23. Jones KM, Dixon ME, Dixon JB. GPs, families and children's perceptions of childhood obesity. *Obes Res Clin Pract.* 2014;8:e140–8.
24. Cole TJ, Lobstein T. Extended International (IOTF) Body Mass Index cut-Offs for thinness, overweight and obesity. *Pediatr Obes.* 2012;7:284–94.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* 2006;3:77–101.
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 2007;19:349–57.
27. Gerards SMPL, Dagnelie PC, Jansen MWJ, De Vries NK, Kremers SPJ. Barriers to successful recruitment of parents of overweight children for an obesity prevention intervention: a qualitative study among youth health care professionals. *BMC Fam Pract.* 2012;13:37.
28. Finne E, Reinehr T, Schaefer A, Winkel K, Kolip P. Overweight children and adolescents—is there a subjective need for treatment? *Int J Pub Health.* 2009;54:112–6.
29. Rice J, Thombs D, Leach R, Rehm R. Successes and barriers for a youth weight-management program. *Clin Pediatr.* 2008;47:143–7.
30. Markert J, Alff F, Zschaler S, Gausche R, Kiess W, Blüher S. Prevention of childhood obesity: Recruiting strategies via local paediatricians and study protocol for a telephone-based counselling programme. *Obes Res Clin Pract.* 2013;7:e476–86.
31. Small L, Bonds-McClain D, Melnyk B, Vaughan L, Gannon AM. The preliminary effects of a primary care-based randomized treatment trial with overweight and obese young children and their parents. *J Pediatr Health Care.* 2014;28:198–207.
32. Davidson K, Vigen H. Why do parents enroll in a childhood obesity management program? A qualitative study with parents of overweight and obese children. *BMC Pub Health.* 2017;17:159.
33. Gauthier KI, Gance-Cleveland B. Hispanic parental perceptions of child weight in preschool-aged children: an integrated review. *Child Obes.* 2015;11:549–59.
34. Howe CJ, Alexander G, Stevenson J. Parents' underestimations of child weight: Implications for obesity prevention. *J Pediatr Nurs.* 2017;37:57–61.
35. Cano Garcinuño A, Pérez García I, Casares Alonso I. Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. *Gac Sanit.* 2008;22:98–104.
36. Bentley F, Swift JA, Cook R, Redsell SA. "I would rather be told than not know" - A qualitative study exploring parental views on identifying the future risk of childhood overweight and obesity during infancy. *BMC Pub Health.* 2017;17:684.
37. Eli K, Howell K, Fisher PA, Nowicka P. "A little on the heavy side": a qualitative analysis of parents' and grandparents' perceptions of preschoolers' body weights. *BMJ Open.* 2014;4:e006609.
38. Eckstein KC, Mikhail LM, Ariza AJ, Thomson JS, Millard SC, Binns HJ. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics.* 2006;117:681–90.
39. Windover AK, Boissy A, Rice TW, Gilligan T, Velez VJ, Merlino J. The REDE model of healthcare communication: Optimizing relationship as a therapeutic agent. *J Patient Exp.* 2014;1:8–13.
40. Perrin EM, Flower KB, Garrett J, Ammerman AS. Preventing and treating obesity: pediatricians' self-efficacy, barriers, resources, and advocacy. *Ambul Pediatr.* 2005;5:150–6.

41. Díaz Martín JJ. Obesidad infantil: ¿Prevención o tratamiento? *An Pediatr (Barc)*. 2017;86:173–5.
42. Sakarya S, Unalan PC, Tursun N, Ozen A, Kul S, Gultekin U. Family physicians' views on their role in the management of childhood obesity: a mixed methods study from Turkey. *Eur J Gen Pract*. 2018;24:229–35.
43. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, Holm JC, Nowicka P, O'Malley G, et al. Childhood obesity is a chronic disease demanding specific health care - a position statement from the childhood obesity task Force (COTF) of the European Association for the Study of obesity (EASO). *Obes Facts*. 2015;8:342–9.
44. Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, et al. Screening for obesity in children and adolescents: The US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2017;317:2417–26.
45. Ek A, Lewis Chamberlain K, Sorjonen K, Hammar U, Etminan Malek M, Sandvik P, et al. A parent treatment program for preschoolers with obesity: a randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2019;144:e20183457.
46. Ek A, Delisle Nystrom C, Chirita-Emandi A, Tur JA, Nordin K, Bouzas C, et al. A randomized controlled trial for overweight and obesity in preschoolers: the More and Less Europe study - an intervention within the STOP project. *BMC Public Health*. 2019;19:945.
47. Golley RK, Magarey AM, Baur LA, Steinbeck KS, Daniels LA. Twelve-month effectiveness of a parent-led, family-focused weight-management program for prepubertal children: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2007;119:517–25.
48. Magarey AM, Perry RA, Baur LA, Steinbeck KA, Sawyer M, Hills AP, et al. A parent-led family-focused treatment program for overweight children aged 5 to 9 years: the PEACH RCT. *Pediatrics*. 2011;127:214–22.
49. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, AESAN) Estrategia NAOS Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad. Madrid; 2005 [consultado 10 Sep 2019]. Disponible en: http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/estrategia_naos.htm
50. Malterud K, Siersma VD, Guassora AD. Sample size in qualitative interview studies: Guided by information power. *Qual Health Res*. 2016;26:1753–60.
51. Hennink MM, Kaiser BN, Marconi VC. Code saturation versus meaning saturation: How many Interviews are enough? *Qual Health Res*. 2017;27:591–608.