

1.-TITULO: ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD INFANTIL Y EL SEDENTARISMO EN ATENCIÓN PRIMARIA.

2.- AUTORIA:

2.1.- NOMBRES: Rosa María Martínez Ortega; Silvia Domínguez Fernández²; Beatriz Valdivielso Fernández de Valderrama¹; Diego José Villalvilla Soria¹; María Dolores Rubiales Paredes¹.

2.2.- FILIACIÓN BIBLIOGRÁFICA: SERMAS (Servicio Madrileño de Salud) Atención Primaria¹. Facultad de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid²

3.- RESUMEN/ABSTRACT:

3.1.- RESUMEN:

Introducción: Según la Carta Europea Contra la Obesidad (OMS), las raíces de la epidemia de obesidad se hallan en factores sociales, económicos y medioambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas.

Objetivos: Aumentar la cobertura de atención a la obesidad infantil (OI) en Atención Primaria (AP) desde un abordaje integral que incluya factores socioculturales, emocionales, actividad física y alimentación.

Desarrollo: Implementación del programa utilizando metodología enfermera. [00159] Disposición para mejorar los procesos familiares. [00167] Disposición para mejorar el autoconcepto, [00168] Sedentarismo, [00163] y Disposición para mejorar la nutrición.

Resultados: Medir los criterios de resultados (NOC), relacionados con los diagnósticos de enfermería a lo largo de las diferentes sesiones.

Discusión: La evidencia científica demuestra que la intervención familiar y comunitaria es eficaz como tratamiento de la OI. La utilización de la herramienta metodológica de enfermería puede medir los resultados en salud de las intervenciones enfermeras de una manera objetiva.

3.2.- ABSTRACT:

Introduction: According to the letter European against the obesity (WHO), the state of the epidemic of obesity is found in social, economic and environmental factors **that** quickly changing. This determines life styles of people.

Objectives: Increase the coverage of attention to the pediatric obesity in AP from an approach integral that include socio-cultural, emotional, activity physical and power factors.

Development: Implementation of the programme using nursing methodology [00159] available to improve family processes. [00167] available to improve self-concept. [00168] sedentary. [00163] provision for improved nutrition.

Results: Measure the nursing results (NOC), related to the nursing diagnoses along the different sessions.

Discussion: The scientific evidence shows that family and community intervention is effective as a treatment for pediatric obesity, using nursing methodology it can measure outcomes in nursing interventions in an objective manner.

4.- PALABRAS CLAVE:

4.1.- Palabras clave: Obesidad Pediátrica, Enfermería en Salud Comunitaria, Atención Primaria de Salud. Evaluación de Procesos y Resultados (Atención de Salud). Evaluación de Eficacia-Efectividad de Intervenciones

4.2.- Keywords: Pediatric Obesity, Community Health Nursing, Primary Health Care. Outcome and Process Assessment (Health Care). Evaluation of the Efficacy-Effectiveness of Interventions

5.- INTRODUCCIÓN/PRESENTACIÓN

El sobrepeso y la obesidad, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, y son considerados por este organismo como uno de los problemas de salud pública más importantes del siglo XXI; supone el quinto factor principal de riesgo de muerte en el mundo (OMS, 2013). El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante.

Según La Carta Europea Contra la Obesidad de la OMS las raíces de la epidemia de obesidad se hallan en factores sociales, económicos y medioambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas. El incremento de la prevalencia en los últimos años, guarda relación con factores ambientales como el sedentarismo y hábitos dietéticos inadecuados, además de elementos internos y externos relacionados con la motivación de seguir conductas saludables.

El enfoque integral de enfermería pretende trabajar desde las 4 esferas más importantes enumeradas por la OMS para el problema de la obesidad infantil. El grupo de trabajo lo ha

materializado en 4 ***Centros de interés***: Determinantes socioculturales, Determinantes relacionados con los estilos de vida: Alimentación y Sedentarismo y Determinantes psicoemocionales.

La enfermería Familiar y Comunitaria, en su día a día en Atención Primaria, tiene la oportunidad de desarrollar funciones de Educación para la Salud que contribuyan a mejorar la captación de niños y niñas con sobrepeso, obesidad o factores de riesgo relacionados con estilos de vida saludables.

Es por ello que el trabajo se desarrollará teniendo en cuenta los factores que contribuyen al mantenimiento de la obesidad infantil, trabajando los ***determinantes socioculturales*** con las familias e intentando que las modificaciones del comportamiento alimentario se produzcan en el seno familiar, ya que la mayoría de ellos se aprenden en este entorno, y en el cultural-social, mediatisados por el estilo educativo y relacional de los progenitores y las formas de vida propias de cada familia.

La estrategia NAOS recoge, en lo que se refiere a la población infantil en España, que la cifra de obesidad es una de las más altas, sólo comparable a las de otros países mediterráneos. Así en los niños/niñas de 10 años de España la prevalencia de obesidad es sólo superada en Europa por los de Italia, Malta y Grecia.

Por lo que al área geográfica se refiere, la región noreste de España presenta las cifras más bajas, mientras que la zona sur, y en concreto Murcia, Andalucía y las Islas Canarias, las más altas. Además, la probabilidad de padecer sobrepeso y obesidad es mayor en mujeres, en las áreas rurales, y más frecuente entre la población con un menor nivel socioeconómico y educativo.

Algunos factores asociados a la obesidad infantil en España según el estudio ENKID se enumeran a continuación

- *Edad y sexo.* Más elevada en varones (15,60%) que en las mujeres (12%)
- *Distribución geográfica.* Canarias (18%) y Sur/Andalucía (15,6%) por encima de la media y el Noreste por debajo (9,8%).
- *Nivel sociocultural.* La obesidad fue mayor en niveles socioeconómicos y de instrucción de los progenitores más bajos (15,1 y 15,2%, respectivamente)
- *Nivel socioeconómico.* En general, en los países desarrollados la prevalencia de obesidad es mayor en los grupos socioeconómicos más deprimidos. En España la población infantil que

habita en barrios más deprimidos presenta doble riesgo de desarrollar obesidad que la residente en zonas de alto nivel (*Veugelers 2005*)

Existen diferencias en el consumo calórico total y en relación con los distintos grupos alimentarios, especialmente en relación con el nivel de estudios alcanzado. A menor nivel de estudios, más calorías se ingieren y la distribución de las calorías es más desequilibrada (*Varela 2005*)

El nivel educativo y el conocimiento que, sobre los alimentos y su preparación, tienen las personas encargadas de hacer la compra y la comida, determinan la disponibilidad de alimentos en el domicilio, así como la cantidad o tamaño de la porción y de la ración, el tipo y calidad de la preparación, además de la distribución entre los distintos miembros del grupo familiar.

Cuando el nivel educativo de la madre es inferior, se incrementa el consumo por parte de los niños o niñas del hogar de carnes y embutidos, pero también de frutos secos, snacks, dulces, golosinas y refrescos (*Serra 2003*)

Según el nivel educativo se observan diferencias en el acceso a recursos de salud, por ejemplo, la información escrita sobre salud o las guías nutricionales tienen escasa visibilidad en las capas más tradicionales. Los mensajes de tipo médico tienden a ser interpretados de acuerdo a esquemas preconcebidos, que son diferentes según el estrato social (*Martin Criado 2004*).

La desigualdad de ingresos está relacionada con la ingesta media de consumo de energía, IMC en mujeres y la mortalidad por diabetes, entre otras variables. Los bajos ingresos afectan la prevalencia de obesidad, ya que influye en la capacidad de comprar alimentos nutritivos o, entre otras, vivir en un barrio con mercados que venden productos sanos y asequibles e instalaciones para practicar actividad física.

El acceso a los alimentos está condicionado por los ingresos y por el precio, porque para consumir un alimento no basta con que esté “disponible”, sino que es “necesario comprarlo”. Por tanto, los consumos van a estar influenciados por la evolución de los precios de los alimentos y por la percepción de estos precios. Los grupos sociales más vulnerables van a estar más afectados por la elevación de los precios, ya que es en estos hogares donde se destina un mayor porcentaje de los ingresos a la alimentación. El precio de los alimentos puede influir en la obesidad, dado que el consumidor, a la hora de la compra, elige los alimentos en función de

su precio y no porque sean más o menos saludables, particularmente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. (Ortiz Moncada 2011)

En los últimos años los productos alimentarios que más han elevado su precio son los productos frescos, de temporada y de alto valor nutricional (fruta, verdura, pescado, carnes magras, lácteos bajos en grasa...). (Libro blanco de la nutrición en España)

Algunos trabajos recogen que los productos típicos de la Dieta Mediterránea, en términos generales, tienen un mayor precio y su consumo tiende a disminuir en época de crisis.

La falta de instalaciones adecuadas para cocinar en los hogares de menor nivel económico puede provocar el consumo de dietas menos variadas y con una mayor presencia de alimentos preparados. En los hogares con menores medios económicos se consumen alimentos ricos en energía y pobres en nutrientes (EUFIC 2012)

Si hablamos de estilos de vida podemos correlacionar la prevalencia de la obesidad, con el sedentarismo y el aumento del tiempo destinado a ver televisión, en niños/niñas y adolescentes de 6 a 17 años. Se ha demostrado que, por cada hora de incremento de consumo televisivo, aumenta la prevalencia de obesidad, tanto en niños/niñas como en adultos; convirtiéndose el hecho de ver televisión en un buen predictor de obesidad. (Muñoz FG 2009)

Las posibilidades para realizar actividad física entre las clases sociales también son diferentes. La oferta privada de piscinas, gimnasios, etc. frecuentemente tienen tarifas elevadas. Los entornos: jardines, patios, calles de la vecindad en los barrios populares no suelen ofrecer garantías de seguridad para que niños o niñas jueguen solos y sus progenitores tienen poco tiempo disponible para acompañarles

Las calles tampoco se perciben como lugares seguros para que niños y niñas vayan en bicicleta a la escuela. (Unión Europea 2002)

La influencia de los **determinantes psicosociales** deberá tenerse en cuenta en el abordaje. Existe una especial preocupación por los problemas psicosociales que sufren o pueden sufrir, los niños y niñas como consecuencia de su propia obesidad. Desde el punto de vista psicoemocional la obesidad no está considerada como un trastorno primariamente psiquiátrico, se considera que es una condición médica multideterminada

etiopatogénicamente y con manifestaciones clínicas variadas, que en ocasiones tienen valor psicopatológico. No obstante, dentro del apartado de trastornos de la conducta alimentaria, además de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, el CIE-10 incluye la hiperfagia y el DSM-IV-TR los trastornos de la conducta alimentaria no especificada.

En la obesidad infantil, la edad de consulta por dicho problema suele ser tardía, alrededor de la pubertad; por lo tanto, el intervalo desde la edad de inicio hasta la edad de consulta por obesidad es muy amplio. Esto dificulta, en el plano psicopatológico, la distinción entre la dimensión reactiva y la dimensión causal de los trastornos observados. Por lo general, en la práctica clínica la relación entre obesidad y psicopatología puede establecerse en tres niveles. El primero, porque existe un claro factor psicógeno en el desarrollo de la obesidad y, por lo tanto, resulta imprescindible tenerlo en cuenta para establecer un programa terapéutico eficaz. El segundo, porque las personas con obesidad a lo largo de la vida presentan alteraciones psicopatológicas reactivas no graves. Y el tercero, porque algunas personas con obesidad presentan reacciones distímicas durante los tratamientos dietéticos.

La psicopatología tiene un papel relevante en la clarificación de los factores que influyen en la obesidad infantil y en la mejor compresión de lo que ocurre a estas personas. Los primeros estudios sobre la posible estigmatización de la obesidad en la infancia, confirmaron que éstos eran menos aceptados que quienes tenían disminuciones físicas (Goodman, Richardson, Dornbusch y Hastorf, 1963; Lerner y Korn, 1972; Lerner, 1973; Lerner, Karabenick y Meisels, 1975). Estudios más recientes se han centrado en las consecuencias psicológicas del sobrepeso: alteración de la imagen corporal, disminución de la autoestima, exclusión social, depresión, etc. Estas repercusiones son más predominantes del género femenino. Según Inmaculada de la Serna, la obesidad puede limitar las relaciones sociales, incrementar las dificultades en el mundo laboral para obtener un trabajo y para encontrar pareja en el plano afectivo; también puede hacer sufrir un trato menos respetuoso, peor atención por parte de los profesionales sanitarios, o soportar actitudes de marginación y rechazo, que se observan incluso entre niñas y niños. Psicológica y socialmente, las repercusiones de la obesidad son importantes, con discriminación en los trabajos y menor promoción. De hecho, en nuestra sociedad, a las personas obesas se las considera menos atractivas, inteligentes, competentes o disciplinadas y más perezosas, sin que haya razones objetivas para tales prejuicios. En 1975, Hilde Bruch escribió “No hay duda que la obesidad es un estado indeseable en la existencia de un niño/niña. Esto aún es más indeseable para un adolescente, para quien un llano y suave desagrado de un sobrepeso actúa dañando, en una sociedad obsesionada con la delgadez”.

Durante la infancia, las personas con obesidad, sufren una discriminación precoz y sistemática por parte de su grupo de iguales, familiares y de la sociedad en general, como consecuencia del modelo actual que identifica la figura corporal esbelta y delgada como la perfección y a la que contrapone la imagen de la persona “obesa” como algo imperfecto y producto de una mezcla de debilidad, abandono y falta de voluntad. (*Kaplan y Wadden, 1986*).

El desprecio y la marginación que vive desde la infancia la persona con obesidad le causa un daño irreparable en la valoración de su imagen corporal y autoestima, hasta el punto de huir del contacto social por temor a la descategorización personal. (*Stunkard y Sobal, 1995*).

Dentro del amplio abanico de factores predisponentes o determinantes de la obesidad infantil, hay quienes asignan mayor peso relativo a unas condiciones que a otras. A pesar de algunas diferencias, lo cierto es que todos coinciden en que el incremento de su prevalencia en los últimos años, al parecer, guarda relación con factores ambientales como vida sedentaria y hábitos dietéticos inadecuados, entre otros. (Durá Travé & Sánchez-Valverde Visus, 2005).

El estilo de vida guarda relación con la prevalencia de obesidad

- La prevalencia de obesidad fue más elevada entre los chicos y chicas que dedican mayor tiempo a actividades sedentarias (estudio, TV, ordenador, videojuegos,) en comparación con los que dedican menos tiempo
- La Prevalencia de obesidad era más elevada en las chicas que dedicaban más de 2 horas diaria a ver TV en comparación con la que dedicaban menos de 1 hora a esta actividad
- La prevalencia de obesidad entre los chicos y chicas que no practicaban ningún deporte habitualmente fue más elevada en comparación con los que si tenían este hábito, especialmente entre los chicos que practicaban actividades deportivas 3 veces a la semana
- En los mayores de 14 años la prevalencia de obesidad fue más elevada en los fumadores que en los no fumadores, tanto en los chicos como en las chicas
- En España, dos de cada tres niños/niñas en edad escolar tienen una baja actividad física extraescolar; esto es, practican menos de una hora al día de cualquier tipo de actividad física. El 38% de los jóvenes se declaran sedentarios en su tiempo de ocio.
- A partir de la Encuesta Nacional de Salud se estimó que los niños y las niñas pasan una media de 2 horas y 30 minutos al día viendo la televisión, lo que les convierte, después de los británicos, en los más teleadicctos de la Unión Europea. A lo que hay que sumar media hora adicional jugando con el ordenador o la consola de videojuegos.

Los **determinantes en el estilo de vida** deberán tenerse en cuenta de una forma preferente, la naturaleza de las actividades de ocio de niños y niñas ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. En el pasado, la infancia dedicaba gran parte de su tiempo de ocio a practicar juegos activos al aire libre; sin embargo, la aparición de la televisión, de los juegos de ordenador y de internet ha provocado que niños y niñas dediquen en la actualidad una parte mucho mayor de su tiempo libre a actividades de tipo sedentario. La importancia de la actividad física para la salud social, mental y física infantojuvenil es indiscutible, y por lo tanto resulta esencial llevar a cabo esfuerzos en todo el mundo con el fin de “reintroducir” la actividad física en la infancia y adolescencia. Los retos planteados por el creciente problema de la inactividad física y la obesidad en la infancia pueden ser considerados como algunos de los desafíos más relevantes para la salud pública en el siglo XXI. La responsabilidad de la mejora de los niveles de actividad física y de otras conductas relacionadas con la salud infantil recae en todos los miembros de la sociedad. Sin embargo, los profesionales de atención primaria que se interrelacionan directamente con la infancia, son especialmente importantes por su capacidad de influir en el estilo de vida de la infancia.

El exceso de masa grasa corporal implica un mayor riesgo de padecer complicaciones metabólicas y problemas físicos, psíquicos y sociales (Moreno, 2002), generando una gran pérdida de bienestar social junto un gran coste económico-sanitario. A corto plazo, las consecuencias más frecuentes en la infancia son las de tipo psicológico y social. Además de las complicaciones metabólicas (dislipemias, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, intolerancia a los hidratos de carbono), también son habituales las complicaciones ortopédicas, la esteatosis hepática no alcohólica, la litiasis biliar, el reflujo gastroesofágico y el asma. Durante la vida en edad adulta, la morbilidad originada por la obesidad aumentará proporcionalmente al tiempo de evolución, predisposición individual-familiar y el grado y distribución de la adiposidad. La aparición del fenotipo obeso debe considerarse como la resultante de la interacción entre un genotipo más o menos predispuesto y los factores ambientales que aparecen a lo largo de los diferentes períodos del ciclo vital, incluyendo la etapa intrauterina (Rodríguez, 2006).

En general, en los niveles socio-económicos medios y altos, las causas de la obesidad están relacionadas al consumo de alimentos industrializados altos en grasas e hidratos de carbono como por ejemplo golosinas, snacks, comidas rápidas o pre-elaboradas. Junto con un aumento en el tamaño de las porciones y una disminución de la actividad

física debido al incremento de horas de trabajo y al mayor sedentarismo que implican los trabajos en la vida moderna. En su mayoría, estos individuos no suelen tener carencias de micronutrientes ya que existe una sobrealimentación desde edades tempranas (Isunza Vera, 2004).

En España, al igual que sucede en el resto de países desarrollados, se observa un aumento progresivo de la prevalencia de obesidad infantil (OI) en las últimas décadas (Bammann, 2007; Arias, 2008). Observando los resultados de los principales estudios epidemiológicos sobre la OI en nuestro país, se observa un aumento de una prevalencia del 4,9% en el año 1984 (Paidos, 84), a un 13,9% entre 1998 y 2000 (Serra, 2003), a un 17'8% en 2001 (Bammann, 2007) y a un 18,3% en el año 2010-2011 (Aladino 2011). En el estudio Aladino 2015 los resultados obtenidos a partir de una muestra representativa de niños y niñas de 6 a 9 años de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas de España, cifran la prevalencia del sobrepeso 23,2 %, y obesidad, del 18,1 %.

La Cartera de Servicios Estandarizada de la Comunidad de Madrid incluye por primera vez en 2007 la atención a la obesidad (servicio 106). Los criterios favorables a la intervención terapéutica de la obesidad se basan en la demostración de que con una pérdida moderada de peso (5-10%) se puede conseguir una notable mejoría en la comorbilidad asociada a la obesidad y en la calidad de vida en obesidades severas. La prevalencia de múltiples factores de riesgo aumenta a medida que el percentil del IMC aumenta, y la obesidad severa se asocia con un mayor riesgo de co-morbilidad y la resistencia a la pérdida de peso sostenida.

La enfermera debe liderar la prevención, promoción y captación del sobrepeso y la obesidad aumentando la cobertura, es preciso unificar la atención de enfermería para poder medir resultados en salud de la población infantojuvenil.

Los aspectos metodológicos contemplan la elaboración del manual de Atención a la Obesidad infantil en Atención Primaria, formación de enfermeras e implementación de la guía en la consulta de enfermería. La formación en el campo de la obesidad infantil pretende mejorar los conocimientos, las habilidades y las actitudes para un adecuado manejo de la obesidad y el sedentarismo.

Se ha demostrado en numerosos estudios, que la intervención de un profesional con destrezas en el cuidado de la obesidad infantil es más efectiva que el consejo breve inespecífico para lograr una mayor adherencia terapéutica.

6.- OBJETIVOS (DE LA EXPERIENCIA)

General:

Mejorar la atención a la obesidad infantil en Atención Primaria con un abordaje integral que incluya los factores socioculturales, emocionales, sedentarismo y alimentación para el control de peso.

Específicos:

Al finalizar el programa las familias serán capaces de:

- Reconocer el impacto de los factores ambientales que contribuyen al incremento de la obesidad.
- Favorecer la modificación de los determinantes socioculturales que se asocian al desarrollo de la obesidad infantil.
- Argumentar la importancia del abordaje de la obesidad infantil desde una perspectiva psicoemocional, fomentando la autoestima del niño/niña.
- Identificar los principios de una alimentación saludable en la infancia para prevenir y tratar la obesidad infantil.

7.- DESARROLLO

Se trabajarán 10 pasos para cada centro de interés, con el fin de conseguir los objetivos propuestos en cada uno de ellos. Para ello se utilizará la metodología enfermera

CENTRO DE INTERES 1. Determinantes socioculturales y obesidad infantil

[00159] Disposición para mejorar los procesos familiares:

Definición: Patrón de funcionamiento familiar para mantener el bienestar de los miembros de la familia, que puede ser reforzado.

Patrón 8. Rol/Relaciones

NOC.

2602. Funcionamiento de la familia

NIC

7100. Estimulación de la integridad familiar

7140. Apoyo a la familia

8300. Fomentar el rol familiar

8340. Fomentar la resiliencia

5370. Potenciación de roles

Se trabajarán contenidos relacionados con los determinantes socioculturales, el peso de la cultura, el medioambiente, la publicidad y el consumismo, necesidades de la Unidad familiar y elaborar un plan de acción, principios para una Parentalidad positiva y vínculos afectivos, parentalidad positiva, apoyo familiar.

CENTRO DE INTERES 2. Nutrición saludable. “Aprender a comer en familia”.

[00163] **Disposición para mejorar la nutrición.**

Definición: *Patrón de consumo de nutrientes que puede ser reforzado.*

Patrón 2. Nutricional metabólico

NOC

1854. Conocimiento de dieta saludable

1621. Conducta de Adhesión: dieta saludable

NIC.

1160. Monitorización nutricional

5246. Asesoramiento nutricional

5530. Educación para la salud

Se trabajarán contenidos relacionados con los factores que afectan a la ingesta nutricional y los patrones alimentarios (p ej. gustos y aversiones alimentarias, consumo excesivo de comida rápida. comidas no realizadas, comer deprisa interacciones entre el niño/niña y progenitores durante la alimentación).

CENTRO DE INTERES 3. Ejercicio y salud.

[00168] **Sedentarismo.**

Definición *Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.*

Patrón 3. Actividad ejercicio

NOC

1815. Conocimiento: actividad prescrita.

1805. Conocimiento: conducta sanitaria.

2004. Forma física.

0005. Tolerancia a la actividad.

NIC

0200. Fomento del ejercicio.

5612. Enseñanza actividad/ejercicio prescrito

Se trabajarán contenidos relacionados con el sedentarismo como problema de salud, actividad física, ejercicio físico, deporte, condición física, ventajas de la promoción de la actividad física en la infancia, adolescencia y adultez (entorno familiar), recomendaciones de actividad física, estrategias para el cambio y seguimiento de recomendaciones de ejercicio físico en la población infantil, componentes de la prescripción de ejercicio.

CENTRO DE INTERES 4. Salud emocional

[00167] Disposición para mejorar el autoconcepto.

Definición. Patrón de percepciones o ideas sobre el yo, que puede ser reforzado.

Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.

NOC:

- 1205. Autoestima.
- 1215. Conciencia de uno mismo.
- 1200. Imagen corporal.
- 1309. Resiliencia personal.

NIC:

- 5390. Potenciación de la autoconciencia.
- 5400. Potenciación de la autoestima.
- 5395. Mejora de la autoconfianza.
- 5220. Mejora de la imagen corporal.
- 5230. Mejorar el afrontamiento.

Se trabajarán conceptos básicos acerca de salud emocional y de la estigmatización del niño/niña con obesidad, técnicas de tratamiento cognitivo-conductual de la obesidad infantil, terapéutica conductual del sobrepeso y obesidad del niño/niña y adolescente (basada en la familia, en la escuela). Abordaje psicosocial de la Obesidad Infantil. Descripción de las principales técnicas empleadas, autoestima y motivación en el tratamiento de la obesidad infantil, imagen corporal, influencia del Mindfulness en la salud emocional.

8.- RESULTADOS

Para ello se han diseñado unas fichas para trabajar con familias por cada uno de los pasos incluidos en los 4 Centros de Interés. **Resultados:** Se medirán los resultados (NOC) evaluando los siguientes indicadores que nos van a permitir medir de forma objetiva con una Escala Likert

desde nunca demostrado hasta siempre demostrado: Funcionamiento de la familia. Aceptación: estado de salud. Autoestima. Conciencia de uno mismo. Imagen corporal. Resiliencia. Conocimiento: actividad prescrita. Forma física. Tolerancia a la actividad. Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas, selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas, come las raciones de fruta recomendadas cada día, come las raciones de verdura recomendadas cada día, minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional.

9.- CONCLUSIONES

Otra revisión más reciente centrada en evaluar la eficacia de distintas intervenciones para tratar la obesidad en la niñez concluye que, aunque no hay muchos datos de calidad para recomendar un programa de tratamiento superior a otro, las intervenciones combinadas del estilo de vida y el comportamiento en comparación con la atención estándar o la autoayuda pueden producir una reducción significativa del sobrepeso en los niños o niñas y los adolescentes (Luttkhuis, 2009).

10.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Álvarez Martínez, J., Villarino Marín, A., Iglesias Rosado, C., Gómez Candela, C., & Marrodán Serrano, M. (2010). Recomendaciones de alimentación para la población española. *clín.diet.hosp*, 30 (1), 4-14. Disponible en: http://nutricion.org/publicaciones/revista_2010_01/NUTRICION-30-1.pdf
2. Almansa G, Budía M, López J, Márquez M, Martínez A, Palacios B, Peña M, Santafé, P. (2014). Efecto de un programa de Mindfulness sobre variables motivacionales y psicológicas en educación Primaria. E-motion. Revista de Educación, Motricidad e Investigación, 3, 120-133.
3. Abenza Guillamón, J. L., Azorit Jiménez, A. & al., e., (2010). *Documento de consenso sobre la alimentación en Centros educativos*, Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.
4. AESAN. MSSSI, 2007. *Alimentación saludable. Cuaderno del Alumnado. Programa Perseo*. http://www.aecosan.mssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/educanaos/cuaderno_alumnado_alimentacion_saludable_PERSEO.pdf
5. Aparicio Rodrigo, M., (2013). ¿Podemos concluir que reducir el consumo de bebidas azucaradas adelgaza? *Evid Pediatr*, 9(23).
6. Guía de Cuidados de Enfermería Familiar y Comunitaria en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (2008). Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
7. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009). Versión resumida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cataluña, España: Generalitat de Catalunya
8. Kaplan KM, Wadden TA (1986). Childhood obesity and self-esteem. *J Pediatr*, 109 (2), 367-70.

9. Ortiz-Moncada R, et al. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España (2011). Med Clin (Barc).
10. Stunkard AJ, Sobal J. Psychological consequences of obesity. In: Brownell KD, Fairburn CG (eds) (1995). Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook. New York, EE. UU: Guilford Press.