

ACTUACIÓN TERAPÉUTICA SOBRE LA OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Therapeutic action on childhood obesity in primary care

Palabras clave: Equipo multidisciplinar, Atención Primaria de Salud, Obesidad, sobrepeso infantil, comunicación inter/intraprofesional, cliente.

Key words: multidisciplinary team, primary health care, obesity / children overweight, interprofessional communication / intraprofessional , client

RESUMEN:

En este artículo plasmamos la actuación de un equipo multidisciplinar de atención primaria en un programa de obesidad infantil, en el que las herramientas que se utilizan son la terapia cognitivo-conductual en la modificación de conducta y la intervención con relatos infantiles para la concienciación del problema.

Los profesionales sanitarios estamos reciclándonos constantemente, asistimos a numerosos y continuos cursos/ jornadas de formación, pero no reforzamos la motivación para asistir a nuevas jornadas, al igual que no cambiamos las estrategias de comunicación interprofesional que contribuyan a dicho reforzamiento.

Es muy importante considerar la forma con la que nos comunicamos tanto en nuestra práctica profesional como en la exposición a otros profesionales para fomentar la comprensión y la formación continuada.

SUMMARY

In this article we reflect the performance of a multidisciplinary team of primary care in a childhood obesity program that used cognitive-behavioral therapy. One of the main tools is the intervention with Children Tales.

The primary health care team is always improving, attending a large amount of courses and training sessions but we lack the reinforcement of these professionals with new communication techniques that might contribute to stimulate this learning behaviour.

This is an interprofessional communication strategy that may contribute to such reinforcement.

It is very important to consider the way we communicate both in our professional practice and in our oral exposition to our colleagues to promote understanding and continuing education.

INTRODUCCIÓN

La justificación para llevar a cabo el programa de Obesidad Infantil en Atención Primaria está más que demostrada por las Autoridades Sanitarias directivas de las Naciones Unidas OMS (Organización Mundial de la Salud) que demuestran que es un problema grave de salud sobre el que debemos actuar y sobre todo, desde la prevención .

Según la OMS: “El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”.

Para cuantificar la obesidad utilizamos como indicador simple el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual, establece una relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (1).

Uno de los estudios más relevantes en la prevalencia de obesidad infantil es el programa Aladino, basado en la estrategia de Naos, el cual demuestra que la obesidad infantil va en aumento en todo el mundo ocasionando un problema grave para la salud pública, ya que, la obesidad/ sobrepeso está relacionada con enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, arterioesclerosis.....

En el Centro de Salud de S. Pedro del Pinatar, según datos obtenidos en la base de datos del programa informático OMI, siguiendo la escala de Orbegozo, en 2010/2011 se obtuvieron datos antropométricos de peso y talla en una muestra de 831 niños de 2 a 14 años de edad de los que un 33.5 % presentan un percentil de IMC

mayor/ igual a 85 y de 444 niños el 17.9% presentan un percentil de IMC mayor/igual a 95.

Dado que las cifras de obesidad infantil son importantes, el equipo de pediatría del Centro de salud de S. Pedro del Pinatar, decidió llevar a cabo un programa de obesidad infantil en el que intervinieron también los padres. Estableciendo los siguientes objetivos específicos del programa con los niños:

- Conseguir el cambio de hábitos saludables en estos niños
- Aumentar o mantener la autoestima
- Impulsar conductas asertivas
- Ofrecer conceptos básicos de nutrición y alimentación
- Promover la actividad física
- Normalizar el Índice de masa corporal (IMC)
- Prevenir complicaciones médicas relacionadas con la obesidad

MATERIAL Y MÉTODOS

Partimos de un grupo de nueve niños, seis niños y tres niñas, de edades comprendidas entre 9 y 11 años de edad, que residen en San Pedro del Pinatar. Al inicio del programa la muestra presenta una media de IMC de 26.99 kg/m², indicativos de obesidad infantil o sobrepeso.

A lo largo de un año, realizamos un estudio en el que analizamos las distintas mediciones de peso, talla, índice de Masa Corporal y la diferencia, de la misma, en relación al IMC ideal de niños/as de estas edades.

Cómo hemos dicho anteriormente, el programa se expuso a otros profesionales sanitarios de la siguiente manera:

La exposición técnica del programa se presentó en diapositivas “power point” en las que se describen los Objetivos, el material y método empleado, las actividades realizadas y las conclusiones del mismo.

- ✚ Tabla de ejercicio físico: Respiración

- ✚ Corrección de cuadernillos: Cuento

- ✚ Marcador de metas

- ✚ Pasatiempos / Mándala para pintar.

- ✚ Explicación de nuevas tareas:

 - Alimentación

 - Publicidad engañosa

 - Habilidades sociales

- ✚ Juego

“Si ayudo a una sola persona a tener esperanza, no habré vivido en vano.

Martin Luther King (1929-1968)

Religioso estadounidense”.

Y la exposición oral, en las jornadas de atención primaria del Mar Menor, se llevó a cabo igual que la actuación con los niños y es a través de un relato infantil, el cual, nos da una explicación de cómo intervinimos en el programa de la siguiente forma:

Érase una vez, un grupo de niños de 9 a 11 años de edad que vivían en S. Pedro del Pinatar.

Todos ellos tenían una cosa en común y es que pensaban y se sentían como personas gorditas.

También estaban de acuerdo, en que querían dejar de serlo, pero no sabían qué hacer para conseguirlo.

Por eso, acudieron al centro de salud de S. Pedro y formaron, el grupo,

“Niños en movimiento”.

Este grupo de niños, se reunía, una vez a la semana, en el centro de salud para comprender que,

si cambiaban su manera de vivir, podrían sentirse mejor

e incluso, podrían llegar a quererse más, a ellos mismos.

En estas reuniones aprendían a saber “decir que no” cuando les ofrecieran alimentos que creyeran que no debían tomar.

Aprendían a través del juego: Qué alimentos debían comer,

Cuando debían hacerlo y

Qué cantidad de alimento se les recomendaba tomar, según su edad.

Al igual que,

recibían consejos para mejorar su salud.

Este club estaba formado por nueve niños y una terapeuta ocupacional con la que en un ambiente de confianza, distendido, relajado, con las colchonetas en el suelo, adquirieron un compromiso y muchas ganas de sentirse mejor.

Llegaron a pensar que lo conseguirían gracias a ellos.

Al principio de cada sesión, cuando se reunían, se contaban qué cosas habían hecho durante la semana.

Realizaban una tabla de ejercicios de respiración, durante 15 minutos, seguida por un video y dirigida, cada día, por un niño distinto.

El club de niños en movimiento se comunicaba igual que lo estamos haciendo nosotros, a través de cuentos,

En lo que aparecían personajes con los que se sentían identificados y se caracterizaban, por la presencia de un hada madrina, que les ayudaba, a que cada semana, consiguieran nuevas metas.

Aprendían jugando

y se sentían mejor, expresando sus sentimientos con dibujos y exponiéndolos al grupo.

En cada sesión aprendían cosas nuevas y repasaban lo que habían aprendido en semanas anteriores sobre: La importancia del desayuno;

Qué alimentos son más saludables;

Cómo nos gustaría ser y

Qué podemos hacer para conseguirlo.

Las sesiones eran muy divertidas, ya que, los niños jugaban y trabajaban en grupo,

Se sentían todos iguales, tenían confianza entre ellos

Se reforzaban las buenas conductas y

se les animaba a que siguieran trabajando cada día un poco más para,

al final, obtener su recompensa.

Nuestra hada madrina era muy buena porque nos decía qué debíamos comer,

nos daba ánimo para que hiciésemos cosas y nos sintiéramos mejor,

compartía nuestras ilusiones

y sobre todo

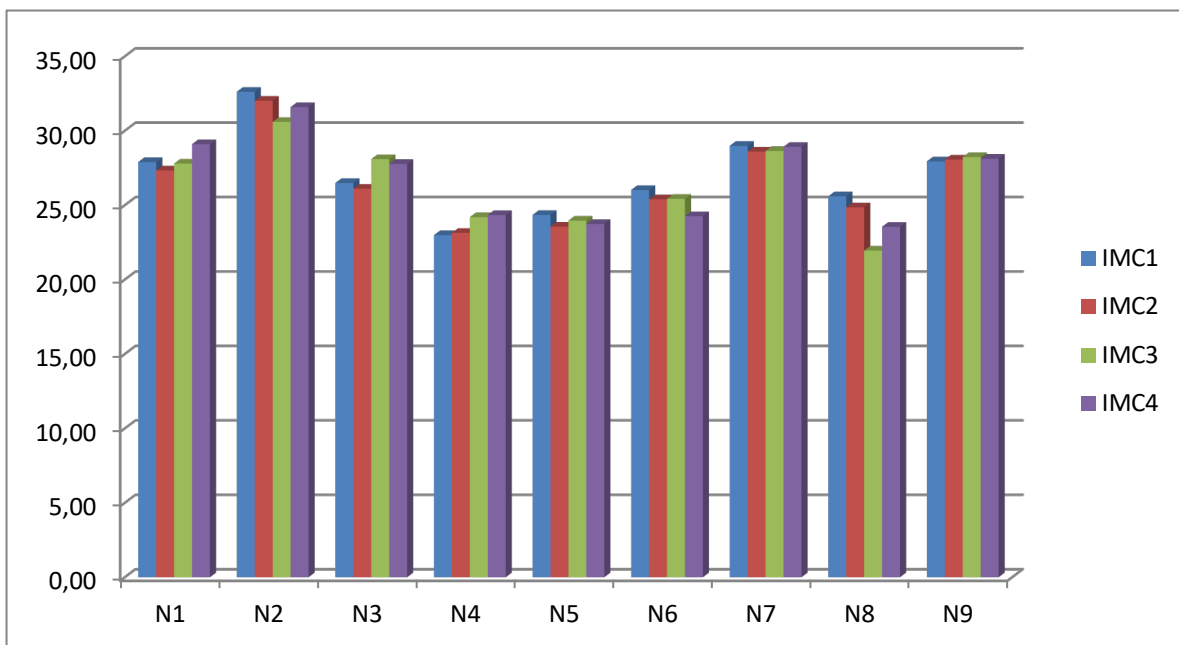
nos ha enseñado muchas cosas a través del juego.

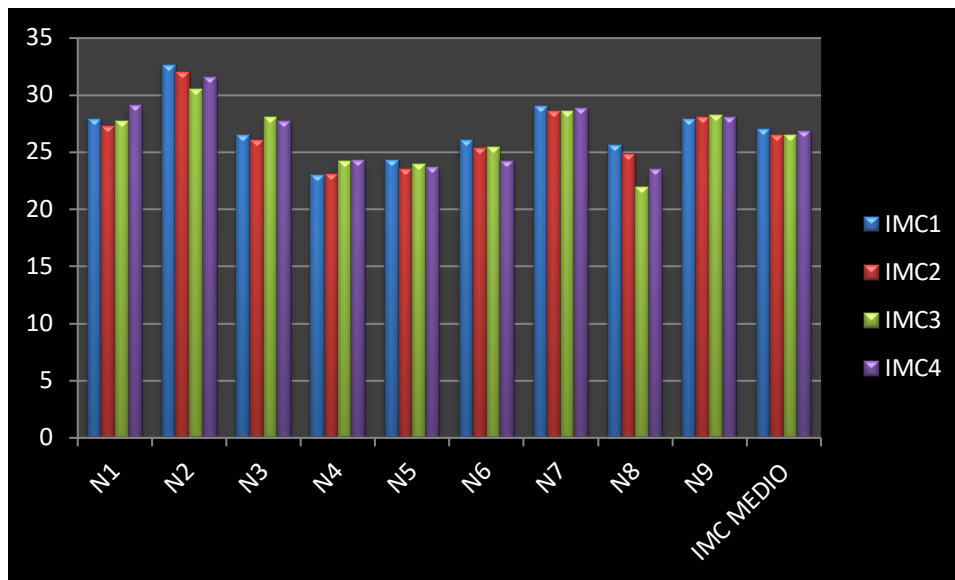
RESULTADOS

Los resultados los obtenemos pesando, midiendo y calculando el IMC de los niños varias veces: la primera al inicio del programa, la segunda al mes de iniciado el programa, la tercera a los seis meses del inicio del programa y 2 meses sin intervención del mismo y otra al año del inicio del programa.

Asumimos que estos datos no son representativos de la población, dado que los casos aportados son el primer grupo de la intervención y estos datos no se pueden extrapolar.

	IMC1	IMC2	IMC3	IMC4
N1	27,90	27,33	27,79	29,10
N2	32,62	32,02	30,59	31,59
N3	26,49	26,11	28,09	27,77
N4	22,99	23,14	24,20	24,34
N5	24,34	23,56	23,96	23,73
N6	26,02	25,39	25,43	24,26
N7	28,99	28,60	28,64	28,92
N8	25,60	24,85	21,95	23,55
N9	27,94	28,07	28,23	28,13
IMC				
MEDIO	26,99	26,56	26,54	26,82





Apreciamos que:

a/ En la primera medida de IMC este desciende en todos (IMC medio:26,56)
excepto en dos casos que aumenta (individuos 4,9)

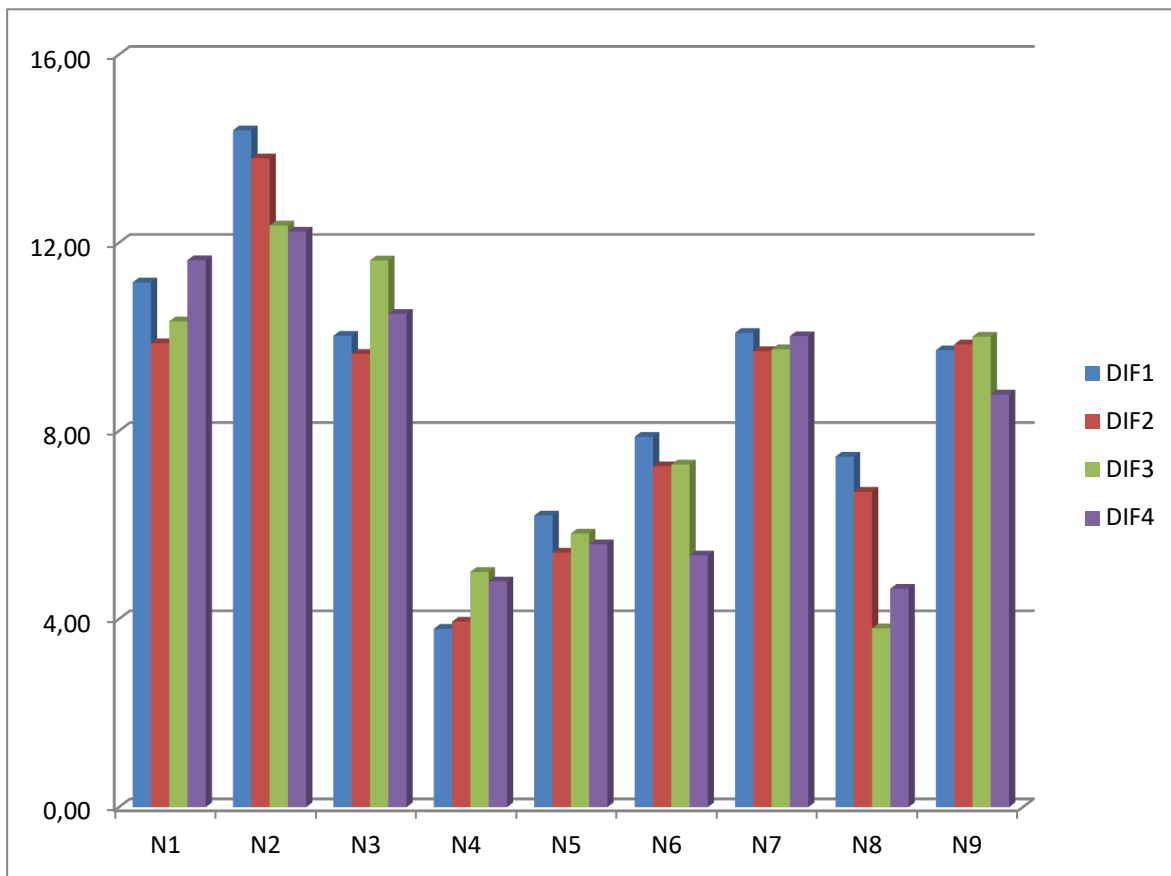
b/ En la segunda medición el IMC medio desciende 26,54 aunque aumenta en tres individuos (3,4 y 9).

c/ Al final de la intervención vemos que cuatro niños aumentan de IMC (los individuos 1,3,4 y 9) pero IMC medio final: 26,82 se mantiene por debajo de la inicial

Se aprecia que durante el programa hay un ligero descenso del IMC en el primer mes y en la segunda medición tras el inicio del programa aunque al cabo de un año cuatro niños han incrementado su IMC respecto al inicial .

Comparando el IMC , en cuanto al sexo y edad , de los niños de la muestra con respecto al IMC ideal, obtenemos la siguiente diferencia :

		NIÑAS			NIÑOS			DIF1	DIF2	DIF3	DIF4	
IMC entre los percentiles quinto y 85 para la edad del niño. Esta gama se considera saludable Fuente: (2)	Edad	Peso	Altura	IMC	Peso	Altura	IMC	N1	11,16	9,86	10,33	11,63
	8	25,64	1,2618	16,10	26,80	1,2652	16,74	N2	14,3902032	13,8	12,4	12,23698
	9	28,60	1,3178	16,47	30,62	1,3240	17,47	N3	10,02322222	9,64	11,6	10,48727
	10	32,22	1,3653	17,28	34,61	1,3811	18,14	N4	3,793319479	3,94	5	4,799084
	11	36,51	1,4153	18,23	38,65	1,4298	18,91	N5	6,200086831	5,41	5,82	5,588885
	12	41,38	1,4623	19,35	42,63	1,4903	19,19	N6	7,875643125	7,25	7,28	5,350869
	13	46,68	1,5605	19,17	46,43	1,5414	19,54	N7	10,08417103	9,7	9,73	10,01453
								N8	7,452112832	6,71	3,8	4,643502
								N9	9,715159022	9,84	10	8,773371



La gráfica representa que casi todos presentan menos diferencia de IMC que al inicio del programa. Sólo tres, de los nueve niños de la muestra, han incrementado la diferencia de IMC con respecto al ideal de niños/as de su edad. Y ninguno de ellos ha incrementado la diferencia de IMC con respecto a la diferencia que presentaban al inicio del programa.

CONCLUSIONES

La realización del programa de obesidad infantil con terapia cognitiva-conductual es motivacional y participativa para los niños. Se han realizado cambios sobre aquellos estilos de vida, hábitos alimentarios y trastornos emocionales que contribuyen a la ganancia de peso.

La introducción de los relatos infantiles hace que se sientan identificados con los personajes, por tanto, pueden visualizar sus limitaciones y sus avances. El juego y la interacción grupal ha sido muy efectiva en la modificación de conducta de la obesidad infantil durante el programa.

Observamos que en la segunda y tercera medición hay un declive en la media aritmética del IMC, con respecto al IMC inicial del programa, que en la tercera medición aumenta un poco sin llegar a sobrepasar el promedio inicial de IMC. Por tanto, hay un ligero aumento de IMC medio final durante el estudio, pero siempre menor al IMC medio inicial. Todo ello probablemente debido a que no ha habido un distanciamiento en la intervención entre la primera intervención al mes del inicio del programa y ningún contacto ni refuerzo en el último intervalo del programa.

Por lo que creemos e insistimos en que la educación sanitaria, así como los reforzamientos, por parte del personal sanitario, son la clave para la mejora y efectividad de los programas comunitarios.

El cambio de herramienta en la exposición oral fue muy emotiva y constructiva profesionalmente para los docentes, dado que el cuento con música hizo que el mensaje fuese captado por el receptor de una forma agradable.

BIBLIOGRAFÍA:

(1)<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

<http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original8.pdf>

<http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/investigacion/aladino/>

<http://spaoyex.es/sites/default/files/voxpaed20.1pags16-21.pdf>

<http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/item/344-control-de->

[la-obesidad-infantil-en-atenci%C3%B3n-primaria.html/344-control-de-la-obesidad-](http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/item/344-control-de-la-obesidad-infantil-en-atenci%C3%B3n-primaria.html/344-control-de-la-obesidad-)

[infantil-en-atenci%C3%B3n-primaria.html](http://www.actapediatrica.com/index.php/secciones/originales/item/344-control-de-la-obesidad-infantil-en-atenci%C3%B3n-primaria.html)

(2)<http://dietalibre.net/1766-peso-ideal-ninos-como-calcular-el-peso-ideal-de-los->

[niños.html](http://dietalibre.net/1766-peso-ideal-ninos-como-calcular-el-peso-ideal-de-los-niños.html)

Programa “ Niños en movimiento: tratamiento de la obesidad infantil,

Norma Irene García Reyna

Servicio de Pediatría. Unidad de Obesidad Infantil.

Hospital Materno-infantil Vall d’Hebron. Barcelona.

Universidad Autónoma de Barcelona.

nensenmoviment@gmail.com

<http://palabradevida.wordpress.com/citas-citables/>