



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

**CURSO 2015/16
GRADO DE ENFERMERÍA**

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

**INFLUENCIA DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN PARA MODIFICAR
ESTILOS DE VIDA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD**

ÍNDICE

- 1.RESUMEN Y ABSTRACT
- 2.INTRODUCCIÓN
- 3.MATERIALES Y MÉTODOS
- 4.RESULTADOS
- 5.CONCLUSIÓN
- 6.BIBLIOGRAFÍA

AUTOR/A: MARÍA MAGDALENA MARTÍNEZ GARCÍA
TUTOR/A: ANTONIO HERNÁNDEZ ORTUÑO

1.RESUMEN

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. La prevalencia de la obesidad esta aumentando tanto en países en vías de desarrollado como en países desarrollados. Según la OMS, la obesidad está declarada como una epidemia global que incluye tanto a los niños como a la población adulta. La obesidad supone un mayor riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la enfermedad cardiovascular, hipertensión, accidente cerebrovascular y ciertas formas de cáncer.

He llevado a cabo un estudio cualitativo, basándome en la investigación-acción, para modificar estilos de vida en adolescentes con obesidad y sobrepeso. Durante un periodo de dos meses, he realizado una observación participante en la consulta de pediatría de Atención Primaria de Novelda, para investigar los factores que intervienen en el desarrollo de la obesidad infantil entre niños de 10 a 13 años. Entre los factores externos más influyentes en el desarrollo de la obesidad, fueron el ambiente familiar, psicosocial y escolar. Para apoyar mi teoría, hice una búsqueda bibliográfica.

Los resultados obtenidos en el estudio confirmaron la gran influencia que ejercen estos factores y por eso, la educación sanitaria es de gran importancia para que abarque todos ellos y se consiga una disminución del IMC en la población infantil.

ABSTRACT

Obesity is a chronic, complex and multifactorial disease that usually begins in childhood and adolescence. The prevalence of obesity is increasing not only in developing countries but also in developed countries. According to WHO, obesity is declared as a global epidemic that includes both children and adults. So prevention is essential since childhood to promote healthier life style, as obesity poses a greater risk for chronic diseases such as type 2 diabetes, cardiovascular disease, hypertension, stroke and certain forms of cancer.

I have carried out a qualitative study, based on action research, to modify lifestyles in adolescents with obesity and overweight. During a period of two months, I have done a participant observation in Primary Care in Novelda to investigate the factors involved in the development of childhood obesity among children from 10 to 13 years. Among the most influential in the development of obesity external factors were the familiar, psychosocial and scholar environment. In order to support my theory , I did a research based on some bibliography.

The results of the study confirmed the great influence of these factors, so therefore health education is important to cover all, as well as to decrease BMI in children.

2.INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Los factores de riesgo asociados a la obesidad son múltiples: genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y ambientales. Muy relacionada a estos factores está la actividad sedentaria.

Según el punto de vista etiológico hay dos tipos de obesidad: la exógena o nutricional y la secundaria o asociada. La nutricional representa el 95% de los casos y se produce por un balance positivo de energía y la secundaria está relacionada con enfermedades endocrinas¹⁴.

En algunas culturas, la obesidad ha estado siempre asociada al estatus social y riqueza, ya que sólo la población que poseía un estatus podía llegar a tener esta enfermedad¹. Hoy en día, la obesidad está aumentando tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados. Por ello, a finales del siglo XX, fue cuando la OMS declaró a la obesidad como una epidemia global, en la que están incluidos tanto a los niños como a la población adulta¹. En Europa, 1 de cada 20 adolescentes sufren de obesidad²⁷. En 2010 casi el 40% de los niños en edad escolar tenían sobrepeso y el 25 % sufrían obesidad¹.

Esta enfermedad es la responsable del 2-8% de los costes en salud y de un 10-13 % de las muertes¹. España es uno de los países con más sobrepeso y obesidad del continente europeo. En nuestro país, la prevalencia de sobrepeso es de un 12,4% y de obesidad es de un 13,9 % entre jóvenes de 3 y 18 años¹⁹.

La probabilidad que la obesidad infantil persista en la adultez se estima que se incrementa desde el 20% a los cuatro años de edad y el 80% en la adolescencia⁶. La gravedad de esta enfermedad se debe a que hay un alto riesgo a desarrollar enfermedades crónicas. Desde que un niño evoluciona con esta enfermedad, va presentando una serie de complicaciones de salud que cada vez se van haciendo más graves. En un primera instancia va desarrollando resistencia a la insulina, incremento de colesterol, lipoproteínas de baja densidad y triglicéridos, alteraciones pulmonares y aspectos psicológicos, como la autoimagen deteriorada. Si continúa, alrededor de los 4 años de enfermedad, puede desarrollar hipertensión arterial, hipercolesterolemia o diabetes de tipo 2. En un período más tardío, aumenta la incidencia y la prevalencia de enfermedades coronarias, hipertensión vascular, enfermedad renal vascular,

ateroesclerosis, artritis y ciertas neoplasias que son las causantes de la mortalidad en la adultez¹⁷.

Hay una tendencia, en la que expertos afirman que la “epidemia de obesidad” se debe más a factores ambientales que a la biología¹. Por eso, realizo mi investigación, incidiendo en los factores que intervienen en la obesidad, para llevar a cabo una educación sanitaria desde la infancia y evitar su instauración y continuidad hasta la vida adulta. Para ello, utilizo el método de investigación-acción, con el que he formulado mi hipótesis en demostrar que los factores externos que rodean a los niños entre 10 y 13 años son potencialmente influyentes en el desarrollo de la obesidad. Durante un período de dos meses he asistido a la consulta de pediatría de Atención Primaria en Novelda, utilizando la observación participante para la recogida de datos. Con los datos recogidos, he realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos de Dialnet, Pubmed, Scielo y Google Scholar, utilizando como palabras clave: obesidad, infantil, factores de riesgo, familia y sedentarismo.

El ambiente familiar es el factor principal de estudio. Los padres pueden ejercer una gran influencia en sus hijos para promover hábitos saludables, es el principal factor ambiental. Son numerosos los estudios que afirman esta relación entre los estilos de vida del entorno familiar con la obesidad infantil, por estilos de vida similares entre padres e hijos¹³.

Por otra parte, el ambiente escolar está muy relacionado con aspectos psicológicos del niño y además influyen de manera notoria en desarrollar sobrepeso u obesidad. Los niños pasan la mayor parte del día en la escuela y es donde realizan varias comidas diarias y además ejercicio físico. Es necesario que dentro de la educación a nivel familiar, las escuelas tengan conciencia de una correcta alimentación y la importancia de la promoción del ejercicio físico.

La pediatría de AP es un sitio fundamental y donde se puede realizar un seguimiento continuo del niño y su familia para el tratamiento de esta enfermedad crónica. Sin embargo, el tratamiento de la obesidad es difícil y muchas veces refractario¹⁴. Se precisa un seguimiento regular ya que son pocos los pacientes que acuden regularmente a las consultas de AP. Entre el 80 y 90 % de los niños vuelven a su percentil de peso previo, siendo la tasa de recidiva importante. Además, la tasa de abandono es de un 56% de los casos¹⁴.

Estudios sobre psicología y nutrición, afirman la relación que existe entre las relaciones nutricionales y las psicológicas, por lo que la alimentación y la nutrición

tienen un carácter social e influyen en el desarrollo psicológico²⁷. Los adolescentes con sobrepeso u obesidad están más desmotivados. Esta desmotivación afecta a otras facetas como el rendimiento académico y la relación con su familia y amigos²⁷.

Muchas veces, la obesidad suele abarcarse modificando estilos de vida que se basan fundamentalmente en: una adecuada alimentación y una actividad física regular. Una buena educación es importante para que se lleve a cabo un cambio real, sin embargo, muchas veces se ha de ir más allá, e incluir en el proceso de educación a la familia y el ambiente que rodea a la persona.

El objetivo principal de este estudio es investigar la influencia que ejerce la enfermería en la educación para la salud de niños comprendidos entre 10 y 13 años, diagnosticados de sobrepeso u obesidad. Como primer objetivo específico, quiero investigar la importancia del factor familiar y su influencia en que se desarrolle la obesidad infantil. Otro objetivo específico que he considerado para este estudio, es el ambiente escolar y psicológico del niño y su relación con la obesidad.

3.MATERIALES Y MÉTODOS

He realizado un estudio cualitativo, basándome en la investigación-acción, para conocer los factores implicados en la obesidad infantil. Además de la influencia de enfermería en la población, sobretodo la de los más jóvenes, para que ellos mismos puedan llevar a cabo una vida saludable. La investigación-acción consiste en un grupo de prácticas multidisciplinares orientadas a una estructura de compromisos intelectuales y éticos. Es una forma de investigación co-generativa en el que un grupo de los dueños legítimos del problema y un investigador profesional se reúnen para co-desarrollar sus metas investigadoras y para el cambio social²⁴.

La investigación acción se valida con lo que John Dewey definió como “warranted assertability” (fiabilidad justificada). No se trata de una prueba abstracta y ratificada de significado o un acuerdo entre miembros de una comunidad profesional sin implicación personal en la situación localmente estudiada²⁴. Los resultados que se obtienen en esta investigación no se limitan a una intervención en particular. Uno de los papeles importantes del investigador profesional consiste en: intentar desarrollar los criterios y las experiencias, para sugerir la validez transcontextual de lo que se ha aprendido en un proyecto particular, así como comunicar estos resultados a otros grupos²⁴.

Los sujetos que intervinieron en mi estudio tuvieron edades comprendidas entre 10 y 13 años. Es un grupo de edad en el que inician una vida más independiente y la tendencia a la obesidad puede incidir mayormente. Además, es un periodo en el que los

factores ambientales son de gran importancia para llevar a cabo estilos de vida menos saludables.

La información para este estudio se obtuvo del centro de Atención Primaria de Novelda, en la consulta de Enfermería Pediátrica durante un período de menos de dos meses. Las consultas que se realizaban a estos niños eran de 20 minutos en los que se daban consejos de alimentación, actividad física y por último se medía la talla y el peso. Para las medidas antropométricas, se utilizaba el parámetro del IMC y las gráficas de percentiles. Normalmente, la periodicidad a la que acuden estos niños a la consulta es mensual y son derivados desde su pediatra de Atención Primaria.

En las consultas, he realizado una observación participante, método por el cual iba recogiendo datos en un bloc de notas. Mi principal observación fueron los factores que eran más prevalentes para el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

Este método cualitativo que he elegido para mi estudio, ha sido definido por diversos autores:

-Marshall y Rossman lo definen como “la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado”²⁵. Las observaciones, según ellos, permiten al observador a describir situaciones, usando los cinco sentidos, como una “fotografía escrita”²⁵.

-DeMUNCK y SOBO describen la observación participante como el primer método usado por los antropólogos al hacer trabajo de campo²⁵. El trabajo de campo debe incluir “mirada activa, una memoria cada vez mejor, entrevistas informales, escribir notas de campo detalladas, y, tal vez lo más importante, paciencia”²⁵.

-BERNARD se suma a esta interpretación, indicando que la observación participante requiere del manejo de una cierta cantidad de engaño e impresión²⁵. Define la observación participante como el proceso para establecer relación con una comunidad y aprender a actuar, al punto de mezclarse con la comunidad del escenario o de la comunidad para sumergirse en los datos para comprender lo que está ocurriendo y ser capaz de escribir acerca de ello²⁵.

Como recogida de datos, este método de investigación proporciona a los investigadores a observar expresiones no verbales de sentimientos, determinar las interacciones, comprender cómo los participantes se comunican y cuánto tiempo se emplea para ciertas actividades. DeWALT y DeWALT creen que “la meta para el diseño de la investigación usando la observación participante como un método es

desarrollar una comprensión holística de los fenómenos en estudio que sea tan objetiva y precisa como sea posible, teniendo en cuenta las limitaciones del método”²⁵.

Como cualquier método de investigación, tiene unas ventajas y otras desventajas. Según DeMUNCK y SOBO, la observación permite una descripción detallada y también ofrece oportunidades para ver o participar en eventos no programados. Entre las desventajas, el usar la participación como método de investigación puede no estar interesado en lo que ocurre más allá de una forma superficial²⁵. Otros problemas a la representación de eventos e interpretaciones subsecuentes pueden ocurrir cuando los investigadores seleccionan informantes clave que son similares a ellos o cuando estos son líderes de comunidades. Bernard, propone que este sesgo se evite mediante la evaluación de los informantes o seleccionar participantes que son culturalmente competentes en el tópico de estudio²⁵.

Varios investigadores también han visto que la observación presenta limitaciones. DeWALT y DeWALT postulan que los investigadores masculinos y femeninos tienen acceso a diferente información, puesto que tienen acceso a personas, escenarios y cuerpos de conocimientos diferentes. El investigador debe entender como su género, sexualidad, etnia, clase social y aproximación teórica pueden afectar la observación, análisis e interpretación²⁵. Otra limitación definida por estos autores y que surge de las observaciones, es que el investigador debe determinar hasta qué punto participará en las vidas de los participantes y debe decidir si intervendrá o no en una situación dada. Este es el mencionado sesgo del investigador; hay una probabilidad de que les falle reportar los aspectos negativos de los miembros de la cultura. Incentivan al investigador a practicar la reflexión al comiendo de la investigación, para ayudarlo a comprender los prejuicios que tiene y que podrían interferir con la correcta interpretación de lo observado. Este sesgo es uno de los aspectos de la investigación cualitativa que ha llevado a la idea de que ésta es más bien subjetiva y no tanto objetiva²⁵.

Por último Schensul, Schensul y LeCompte se refieren a la participación como una inmersión completa con la cultura para estudiar las vidas de los otros a través de la participación del investigador, siendo un miembro a tiempo completo. Muchas veces un investigador puede ser excluido²⁵.

Mi participación en estas consultas, se basó en la formulación de preguntas en relación a lo que observaba: tipo y cantidad de comidas que realizaban los pacientes, la realización de ejercicio diario, el estado de ánimo actual y anterior, su relación con los compañeros del colegio, cómo iban en sus estudios y la implicación de los padres con

los cambios de estilos de vida de sus hijos. Pude ver los factores que más influían en el IMC de los niños eran: la familia, el ambiente escolar y los aspectos psicológicos. Centrándome en el factor familiar, observé que todos los niños venían acompañados de sus padres. Ellos eran los principales interesados en recibir consejos de salud para sus hijos. Pensé que la educación familiar debe ser esencial tanto la prevención, como para el tratamiento de la obesidad infantil. Por lo que quise realizar una búsqueda bibliográfica del factor familiar y cómo afecta en la obesidad infantil. Otro tema que me llamó la atención, fue cómo las madres estaban también preocupadas por el rendimiento académico de su hijo. Investigué también sobre el ambiente escolar y su relación con el sobrepeso y la obesidad. Por último, muchos niños hablaban de ansiedad y desmotivación académica, la mayoría de ellos diagnosticados de sobrepeso. Me interesé por los aspectos psicológicos y su afectación en el aumento del IMC. Fue otro factor de investigación.

A partir de los datos recogidos, hice una búsqueda bibliográfica, donde pude encontrar una relación con mis observaciones. Utilicé las bases de datos de Dialnet, Scielo, Pubmed y Google Scholar. Como descriptores, empleé las palabras: obesidad, infantil, familia, factores de riesgo y sedentarismo. También, con el tesoro Decs utilicé los descriptores obesity, risk factors, children para realizar búsquedas en inglés.

Entre los inconvenientes para realizar este trabajo, fue el poco tiempo para realizar un seguimiento real y observar si había algunas modificaciones en el IMC de los pacientes que acudían. Estas consultas se realizaban un día concreto todas las semanas y en muchas de ellas no podía asistir. Además los niños que llevaba ese seguimiento no acudían o dejaban de venir.

4.RESULTADOS

La prevención es esencial para la modificación en los hábitos de alimentación. En este estudio he querido englobar los principales factores que considero importantes en la obesidad infantil y que son potencialmente modificables. Llevar a cabo una buena educación sanitaria desde Atención Primaria, puede incidir de manera más directa en los adolescentes para conseguir un cambio en reducir el IMC.

Uno de los factores es el ambiente familiar. Los padres pueden ejercer una gran influencia sobre sus hijos para promover hábitos saludables. Por eso, desde atención primaria es importante que los padres junto con sus hijos estén presentes en la educación sanitaria. Ellos son los que introducen al niño los hábitos alimentarios. El modo de alimentación, las preferencias y el rechazo hacia determinados alimentos está

condicionado por el contexto familiar, ya que se adoptan la mayoría de los hábitos y prácticas alimenticias²⁰. Es importante la concienciación de los padres sobre el gran peso que ejercen sobre sus hijos y la educación sanitaria se debe orientar en potenciar ese nivel de responsabilidad.

Un problema que se puede ver diariamente en el contexto familiar, es que muchos padres son demasiado permisivos con la elección de alimentos de sus hijos tanto con el tipo, cantidad, calidad y en los horarios. Por lo que los niños, que en su mayoría tienen preferencia por alimentos menos saludables, tienden a obtenerlos de forma libre y en grandes cantidades²⁰. Además, se ha demostrado que existe una relación entre el IMC de los padres con los hijos, y en un ambiente familiar donde hay una historia clínica de obesidad, los hijos suelen desarrollar esta enfermedad. De forma significativa también destaca la obesidad materna, que se correlaciona con el mayor consumo de grasa de los hijos¹³. En estos casos, la educación familiar adquiere un mayor grado de complejidad porque se ha de incidir en modificar estilos de vida tanto de los progenitores como en sus hijos.

Hoy en día, tanto la madre como el padre suelen tener su propio trabajo y están poco tiempo en casa con sus hijos. Dentro de la familia, este sería otro factor por el que se desarrolla la obesidad y el sobrepeso. El hecho de que la familia se reúna para comer a diario o el tiempo que los padres pasan fuera del hogar por motivos de trabajo. Se ha comprobado que los niños que comen solos poseen un mayor riesgo de desarrollar sobrepeso u obesidad, frente a los que comen en compañía de su familia²⁰.

Por otra parte, la formación académica de la familia y su nivel socioeconómico son factores importantes para realizar cualquier intervención educativa en la prevención de la obesidad y el sobrepeso¹⁰. Según el estudio de prevalencia de obesidad infantil “ALADINO”, el nivel educativo de los progenitores influye en que los niños puedan presentar o no obesidad y también determina que el nivel socioeconómico de las familias influye en que los niños desarrollen obesidad¹⁰.

El tiempo de ocio que pasan los niños en casa es principalmente sedentario y realizan pocas actividades deportivas. Según González Jiménez E. et al. a medida que aumenta el número de horas que los alumnos ven la televisión sus puntuaciones en el índice de masa corporal se incrementan exponencialmente²⁰. También, se observó que las horas dedicadas al ocio sedentario, había diferencias con el valor de IMC y el número de horas dedicadas a este tipo de ocio²⁰.

La educación familiar tiene que ir encaminada a que los adolescentes tengan una vida activa con ejercicio moderado y actividades al aire libre. De esta forma, poder reducir las horas dedicadas a actividades pasivas, como ver la televisión, utilizar el ordenador o jugar a videojuegos.

La práctica diaria de actividad física supone una mejor calidad de vida y también de salud mental. Un estilo de vida activo se asocia a un mejor estado de salud mental y además reduce la incidencia de problemas de depresión o ansiedad²¹. Según Rodríguez-Hernández A. et al. los escolares más activos tienen una mejor relación con sus padres y mayor rendimiento académico, menos niveles de ansiedad y depresión y conductas más saludables desde una perspectiva nutricional²¹.

En el estudio realizado por Rodríguez-Hernandez A. et al., se evaluó a través de un cuestionario de Capacidades y Dificultades, la práctica de actividad física durante el tiempo libre en escolares de 4 a 15 años y mostró como el 31,6 % de los niños que no practicaban actividad física muestran problemas emocionales frente a un 16,8% que hacen ejercicio regular²¹. Por otra parte, en cuanto a problemas con los compañeros de la escuela suponía un 12,3% a aquellos que realizaban regularmente ejercicio a un 30,7% de los que no practicaban²¹.

A nivel nutricional, tanto el exceso como el defecto es un factor de riesgo serio para el desarrollo psicológico. La adolescencia es una etapa crítica y es cuando los aspectos emocionales y psicológicos de los individuos se pueden acentuar. La obesidad infantil tiene un efecto negativo sobre la salud psicosocial, la calidad de vida y la autoestima de los niños y adolescentes⁹. Es importante, tanto para prevenir como para tratar el sobrepeso y la obesidad, el no olvidarse de la parte psicológica y cómo está afectando al IMC de los niños.

En base a un estudio realizado por Aguilar Cordero M. et al., basado en un test de motivaciones, los adolescentes con sobrepeso u obesidad están más desmotivados¹¹. Esta desmotivación, hace que no se propongan metas o logros, circunstancia que afecta a otras facetas como es el rendimiento académico y la relación con su familia y amigos¹¹. La desmotivación que sufren estos niños hace que no quieran tener o alcanzar metas en su vida, esto hace necesario trazar intervenciones educativas.

La relación entre obesidad y salud mental es causa y efecto de dificultades de relación personal: los escolares con obesidad tienen más dificultades en sus relaciones personales²¹. A medida que los jóvenes aumentan de peso se incrementa la inseguridad en sus relaciones sociales o la tendencia al autoaislamiento. La mitad de los

adolescentes con obesidad presentaría alteraciones psicológicas tales como ansiedad, depresión, problemas sociales y aislamiento social¹⁹.

Otro de los factores psicológicos que influyen de alguna manera en los adolescentes, es la ansiedad. Es considerada otro factor de riesgo para desarrollar problemas psiquiátricos, como los trastornos de alimentación. La ansiedad surge como respuesta a exigencias o amenazas para buscar la adaptación. Con ella, damos respuesta a situaciones de la vida cotidiana que suponen un mínimo de estrés, como es el realizar un examen, el riesgo de repetir de curso, etc. Para muchas personas el comer puede llegar a aliviar la ansiedad. Esto si se convierte en algo habitual, se puede ver afectado el peso con un aumento del mismo¹⁸. Es importante educar en otras formas para reducir esta ansiedad. En el estudio realizado por Calderon C. et al., confirma que a medida que incrementa el IMC aumentan los síntomas de ansiedad y los síntomas asociados con los trastornos de conducta alimentaria¹⁹.

El medio escolar tiene una gran influencia en los niños, ya que pasan la mayor parte de su tiempo en los centros escolares. Estos lugares, deben de promover la actividad física de los adolescentes y la alimentación, ya que muchos de estos niños comen en los comedores y compran los alimentos en las cooperativas escolares. La escuela debe incluir en la educación sanitaria la creación de una alternativa saludable a la venta de alimentos hipercalóricos y también el dedicar más tiempo en actividades físicas y del deporte⁶. Las encuestas nutricionales de nuestro país, indican la importancia de la educación nutricional, por eso las escuelas serían un lugar idóneo para llevar a cabo estas intervenciones⁷. Entre las recomendaciones alimenticias, estarían el moderar el consumo de carnes y derivados, así se reduciría de manera los aportes de proteínas de origen animal, colesterol y grasas saturadas, e incrementar el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono complejos, legumbres, frutas y verduras, frutos secos y pescado. De esta forma se aportaría todos los minerales y vitaminas deficitarias, además de fomentar el consumo de aceite de oliva, principal fuente de grasa monoinsaturada y única grasa culinaria⁷.

Por otro lado, dentro del ambiente escolar, los compañeros y amigos del colegio ejercen una gran influencia en el comportamiento hacia los alimentos de los adolescentes. El 19% de los alimentos consumidos por adolescentes son similares a aquellos consumidos por sus amigos¹⁵. La influencia de los compañeros es significativa en cuanto a la ingestión de grasas saturadas. En un estudio sobre los comportamientos hacia los alimentos en mujeres adolescentes, realizado por Lieberman et al., se demostró

que la presión social ejercida por las compañeras, fue un predictor del comportamiento alimenticio¹⁵.

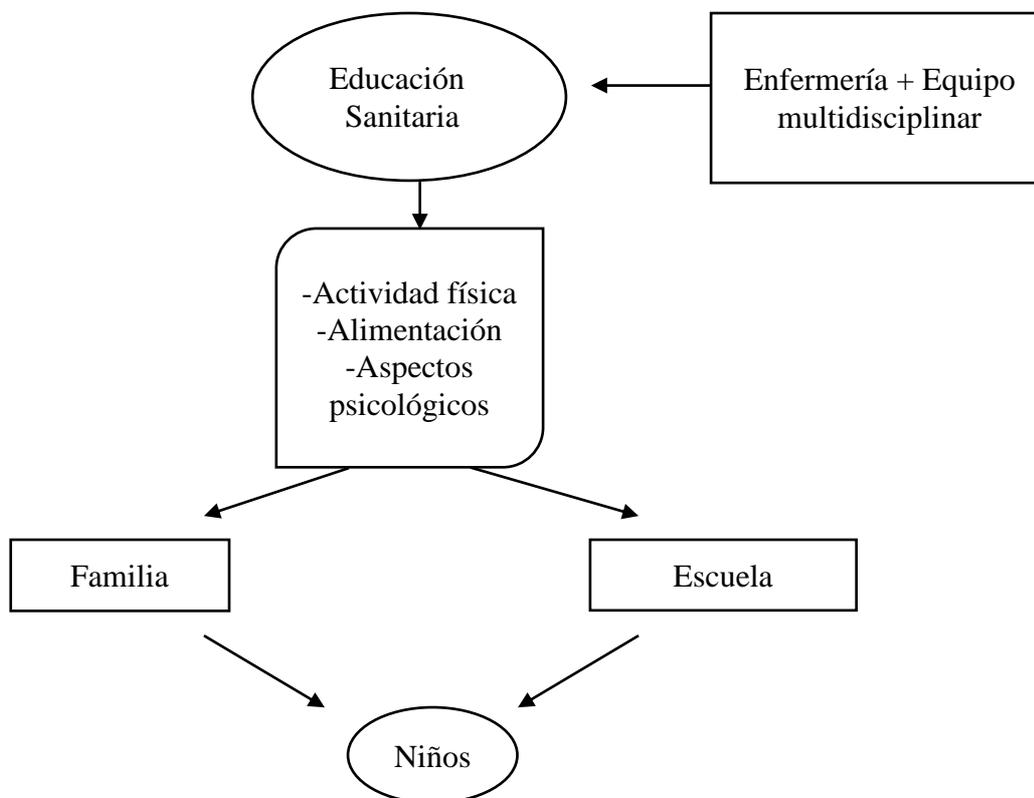


Figura 1

Hoy en día, el ambiente social y el cultural ejercen una gran influencia en los adolescentes. En nuestra sociedad, la cultura de estar delgada o delgado es visto como algo bonito y aceptado, mientras que la obesidad y el sobrepeso no está visto como algo bonito, estéticamente. El deseo de estar delgado puede ser un desencadenante fatal para la autoestima de la gente joven que tienden a la imitación y a la comparación con sus semejantes, y la imagen física es un elemento clave de esta comparación²³. Los medios de comunicación y la publicidad se encargan de que esta cultura de estar delgado sea aún más influyente en la sociedad y sobretodo en los adolescentes.

5. CONCLUSIÓN

La educación que tiene que llevar a cabo la enfermería en la obesidad infantil es esencial. He querido investigar si los factores externos como son el nivel familiar, escolar y psicológico inciden de alguna manera en que los adolescentes aumenten sus índices de masa corporal. Basándome en mi estudio, he realizado una observación participante en la consulta de atención primaria de Novelda y he realizado una búsqueda bibliográfica; utilizando las bases de datos de Dialnet, Scielo, Pubmed y Google Scholar y como descriptores, las palabras: obesidad, infantil, familia, factores de riesgo y

sedentarismo. También, con el tesoro Decs utilicé los descriptores obesity, risk factors, children para realizar búsquedas en inglés. Con la intención de modificar conductas en los adolescentes para llevar una vida más saludable, he empleado la metodología investigación-acción.

En cuanto al factor familiar, es de fundamental importancia para modificar comportamientos del comer y de la actividad. Se ha demostrado que los padres ejercen una gran influencia en sus hijos. De ellos depende, las preparaciones culinarias ya que muchos padres son permisivos con los alimentos de los niños y suelen obtenerlos libremente y en grandes cantidades. También se confirma la relación existente entre la obesidad paterna y materna con la de los hijos. La educación debe ir encaminada en educar a los padres sobre la correcta alimentación y el llevar una vida junto a sus hijos más activa.

Otro factor investigado, como es el psicosocial, tiene gran repercusión en el aumento del IMC. La adolescencia es una etapa crítica y es cuando los aspectos emocionales y psicológicos de los individuos se pueden acentuar. Muchos adolescentes necesitan suprimir la ansiedad que sufren a diario comiendo, aumentando de peso paulatinamente.

Por último, la escuela es un ambiente continuo y que repercute diariamente en los niños. La escuela debe incluir en la educación sanitaria la creación de una alternativa saludable a la venta de alimentos altos en calorías y también, el dedicar más tiempo en actividades físicas y del deporte.

Los escolares con obesidad tienen más dificultades en sus relaciones personales. El ideal de belleza hoy en día, es estar delgado y es visto como algo bonito, por lo que la autoestima de estos niños puede verse afectada en su vida diaria.

En este estudio me he visto limitada para llevar a cabo una investigación más profunda. Debido a los inconvenientes que he tenido, no he podido observar los cambios en el IMC de los niños investigados. Entre ellos, no he podido acceder al campo de una manera constante para ver si había alguna modificación en las conductas de los niños. Por otra parte, no he podido obtener los datos de IMC y percentiles de la población, por lo que me ha sido imposible demostrar el desarrollo de la obesidad en estos adolescentes debido a los factores que he investigado.

En un futuro quisiera hacer una investigación de campo durante el tiempo suficiente, incidiendo en los valores de IMC y en los percentiles de los niños comprendidos entre 10 y 13 años. Para obtener estos datos, utilizaría el método de triangulación de varios centros de atención primaria, para analizar como, empleando la metodología

investigación-acción, podría o no observar un cambio en sus estilos de vida y por ende en sus índices de masa corporal.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Noguera, M. D., Hernández, E. B. Consumo de frutas y verduras en escolares como estrategia preventiva del sobrepeso y obesidad infantiles. *Duazary*, 2012; 9(2):151-158.
2. Minossi, V., Pellanda, L. C. The “Happy Heart” educational program for changes in health habits in children and their families: protocol for a randomized clinical trial. *BMC pediatrics*, 2015; 15(1):1.
3. Costa, C. M., Giner, C. P. Valoración del estado nutricional. *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría*, 2012; 5:375-382.
4. Pérez Gallardo, L., Bayona, I., Mingo, T., Rubiales, C. Utilidad de los programas de educación nutricional para prevenir la obesidad infantil a través de un estudio piloto en Soria. *Nutrición Hospitalaria*, 2011; 26(5):1161-1167.
5. Martínez, M., Hernández, M. D., Ojeda, M., Mena, R., Alegre, A., Alfonso, J. L. Desarrollo de un programa de educación nutricional y valoración del cambio de hábitos alimentarios saludables en una población de estudiantes de Enseñanza Secundaria Obligatoria. *Nutrición Hospitalaria*, 2009; 24(4):504-510.
6. Rossi, R. R. La obesidad infantil y los efectos de los medios electrónicos de comunicación. *México*. 2006; 8(2):95-98
7. Travé, T. D., Visus, F. S. V. Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social. *Acta Pediatr Esp*, 2005; 63:204-207.
8. Feliu Rovira, A., París Miró, N., Zaragoza-Jordana, M., Ferré Pallas, N., Chiné Segura, M., Sabench Pereferrer, F., et al. Eficacia clínica y metabólica de una nueva terapia motivacional (OBEMAT) para el tratamiento de la obesidad en la adolescencia. In *Anales de Pediatría* 2013; 78(3):157-166.
9. Bonafonte, L. F., Pérez, F. J. R., Miró, N. P., Belaza, P. O., Segura, M. C., Porcar, I., et al. Adolescentes con normopeso y obesidad: análisis de las diferencias en la actividad física, resistencia cardiovascular, características familiares y autoevaluación personal. *Archivos de medicina del deporte: revista de la Federación Española de Medicina del Deporte y de la Confederación Iberoamericana de Medicina del Deporte* 2014; (164):378-383.
10. Ramón, J. C., Verdaguer, F. J. P., Conti, J. V., Rotger, P. A. B., Sampol, P. P. Adolescencia, sedentarismo y sobrepeso: análisis en función de variables

sociopersonales de los padres y del tipo de deporte practicado por los hijos. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación* 2012; 21: 5-8.

11. Aguilar Cordero, M., González Jiménez, E., García García, C. J., García López, P. A., Álvarez Ferre, J., Padilla López, C. A., et al. Obesidad de una población de escolares de Granada: evaluación de la eficacia de una intervención educativa. *Nutrición Hospitalaria* 2011; 26(3):636-641.

12. Miñano, M. J. C., García, E. F., Rico, E. R., Ángel, J. B. La Educación Física escolar en la promoción e la actividad física orientada a la salud en la adolescencia: una revisión sistemática del programas. *Revista complutense de educación*, 2013; 24(1):9-26.

13. Villagrán Pérez, S., Rodríguez-Martín, A., Novalbos Ruiz, J. P., Martínez Nieto, J. M., Lechuga Campoy, J. L. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutrición Hospitalaria* 2010; 25(5):823-831.

14. Segura, M. F. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. *Revista pediatría de atención primaria*. 2005; 7(Suplemento 1):35-47.

15. Elizondo-Montemayor, L., Gutiérrez, N. G., Moreno Sánchez, D. M., Monsiváis Rodríguez, F. V., Martínez, U., Nieblas, B., et al. Intervención para promover hábitos saludables y reducir obesidad en adolescentes de preparatoria. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 2014; 22(43):217-239.

16. Sánchez Echenique, M. Aspectos epidemiológicos de la obesidad infantil. *Pediatría Atención Primaria*. 2012; 14:9-14.

17. Kaufer-Horwitz, M., Toussaint, G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Boletín médico del Hospital Infantil de México* 2008; 65(6):502-518.

18. del Rocio Dias-Encinas, D., Enríquez-Sandoval, D. R. Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. 2007; 24(1):22-26

19. Calderón, C., Forns, M., Varea, V. Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. In *Anales de Pediatría*. 2009; 71(6):489-494

20. González Jiménez, E., Aguilar Cordero, M., García García, C. J., García López, P., Álvarez Ferre, J., Padilla López, C. A., et al. Influencia del entorno familiar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en una población de escolares de Granada (España). *Nutrición Hospitalaria*. 2012; 27(1):177-184.

21. Rodríguez-Hernández, A., Cruz-Sánchez, E. D. L., Feu, S., Martínez-Santos, R. Sedentarismo, obesidad y salud mental en la población española de 4 a 15 años de edad. *Revista Española de Salud Pública*. 2011; 85(4):373-382.
22. Atencio, P. L., Molina, Z., Rojas, L. Influencia del género y la percepción de la imagen corporal en las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de Mérida. In *Anales Venezolanos de Nutrición*. 2008; 21(2):85-90.
23. Carrillo, M. V. Factores socioculturales en los TCA. No sólo moda, medios de comunicación y publicidad. *Trastornos de la conducta alimentaria* 2005; (2):120-141.
24. Greenwood, D. J. De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas. *Revista de antropología social*. 2000; (9):27-49.
25. Kawulich, B. La observación participante como método de recolección de datos. In *Forum: qualitative social research*. 2005; 6(2):1-32.
26. Aguiar, E. P. Observación participante: una introducción. *Revista San Gregorio*. 2015; 80-89.
27. Aguilar Cordero, M., González Jiménez, E., Padilla López, C. A., Guisado Barrilao, R., Sánchez López, A. M. Sobrepeso y obesidad como factor pronóstico de la desmotivación en el niño y el adolescente. *Nutrición Hospitalaria*. 2012; 27(4):1166-1169.