

OPEN COURSE WARE

2015/2016

Máster en Psicología General Sanitaria:

Intervención Psicológica en infancia y
adolescencia

Tema 2. OBESIDAD INFANTIL Y
ADOLESCENTE: EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO

**3. Consideraciones previas y
Tratamientos**



**Profesora: Ana Isabel Rosa
Alcázar**

Facultad de Psicología
E-mail: airosa@um.es

Índice

3. CONSIDERACIONES PREVIAS

3.1. Consideraciones generales

3.2. Dificultades

3.3. Profesionales implicados

3.4. Tipos de prevención

4. TRATAMIENTOS

4.1. Introducción

4.2. Intervención psicológica

4.3. Intervención farmacológica

4.4. Ejercicio físico y Dieta

4.5. Intervención quirúrgica

4.6. Conclusiones de revisiones sistemá

3.1. Consideraciones generales

- Obesidad es un problema de salud.
- Niños con obesidad leve o moderada: estabilizar el peso.
- Conducta alimentaria y estilo de vida adecuado.
- Evitar prohibiciones absolutas de alimentos.
- Mantener el peso ideal sin afectar al crecimiento y desarrollo junto con ejercicios físicos.
- Reducir actividades sedentarias.
- Modificar el estilo de vida familiar.
- Integrar en el grupo de iguales.

3.2. Dificultades

- Gran número de recaídas.
- Efectos **secundarios**: ansiedad, depresión, anorexia-bulimia, cefaleas, náuseas, nerviosismo.



3.3. Profesionales implicados

- **Médico:** Diagnóstico, examen físico y de laboratorio.
- **Nutricionista:** Dietas y formas de comer.
- **Psicólogo:** Personalidad niño, adaptación y dinámica familiar y relacional.

3.4. Tipos de prevención

- 1. Prevención **universal**:
 - Lactancia materna hasta los 6 meses.
 - Normas dietéticas.
 - Promover la actividad física.
- 2. Detección de la población en riesgo ó prevención **selectiva** :
 - Analizar los antecedentes familiares.
 - Períodos críticos obesidad: 1er año, antes de los 6 años y adolescencia.
 - Hábitos alimentarios.
- 3. Tratamiento del niño con sobrepeso ó prevención **diana**.
 - Tratamiento dietético.
 - Aumento actividad física.
 - Educación nutricional.
 - Modificación conducta: Autocontrol, control estimular, modificación de patrones de actividad con refuerzo social, control cognitivo.

Vacunas y otras medidas preventivas

Prevención de la obesidad infantil: hábitos saludables

JAIME DALMAU^a e ISIBRO VITORIA^b
^aUnidad de Nutrición y Metabolopatías, Hospital La Fe, Valencia.
^bUnidad de Nutrición Infantil, Hospital Iñaki Aizpuru, Zaira, Valencia, España.
jaldama.jal@rpa.es; vitoria_18@rpa.es

Desde 1996 la Organización Mundial de la Salud considera la obesidad una epidemia global¹. En la infancia y adolescencia constituye el trastorno metabólico más prevalente, así como la principal enfermedad no declarable. Al igual que en Estados Unidos y Europa, en España la prevalencia ha aumentado en los últimos 15 años. Así, en 1994 había un 4,9% de niños obesos de 6 a 12 años, mientras en el año 2000 este porcentaje se había triplicado² (14,2%). La obesidad es más prevalente en niñas que en niños, especialmente en adolescentes.
El tratamiento, tanto dietético como de cambio del patrón de vida activo y/o farmacológico, son muy limitados, por lo que la prevención es prioritaria, especialmente en el niño³.
En el presente trabajo nos centramos en los aspectos de prevención o de promoción de la salud que están al alcance del pediatra, sin abordar los de carácter ambiental o social, inabarcables al pediatra como tal.

Estrategias de prevención

En función del riesgo de desarrollar la enfermedad, las estrategias de prevención⁴ se dividen en: a) prevención universal, dirigida a todas las personas; b) prevención selectiva, dirigida a subgrupos de población con mayor riesgo de desarrollar obesidad; y c) prevención diana, cuyo objetivo son las personas con sobrepeso, para evitar que sean obesos.
Las estrategias de prevención se basan en el documento de la Academia Española de Nutrición, Comportamiento y Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad⁵, las cuales se estructuran fundamentalmente en torno a los denominados "períodos críticos de obesidad" (primer año, antes de los 6 años y adolescencia).

Estrategias de prevención por edades

Dos primeros años de vida (tabla 1)

Prevención universal

– Promoción de la lactancia materna. Si es posible la lactancia materna, lo ideal sería que alcanzara hasta los 6 meses. Además, algunos estudios demuestran que hay una correlación negativa con la presencia posterior de obesidad⁶.
– Elección del tipo de lactancia artificial y educación sobre el biberón. La fórmula de inicio deberá elegirse en función de la composición, lo más aproximada a la de la leche materna. El biberón se preparará correctamente siguiendo las instrucciones sobre la concentración. El volumen de leche y el número de biberones diarios lo calculará el pediatra. El biberón no deberá usarse como tranquilizador (sustituyendo al chupete) o como inductor del sueño. La selección sistemática de azúcares, miel o edulcorantes deberá evitarse para prevenir la caries dental, así como para no crear una preferencia hacia los sabores dulces desde edades tan tempranas.
– Inamutación adecuada de la alimentación complementaria. La diversificación complementaria se iniciará entre los 4 y los 6 meses de edad. La diversificación deberá lograr que la alimentación hacia los 2 años sea praxica a la del adulto. El respeto hacia el progresivo desarrollo psicomotor y la adopción de habilidades manuales del bebé de 6 a 12 meses es cla-

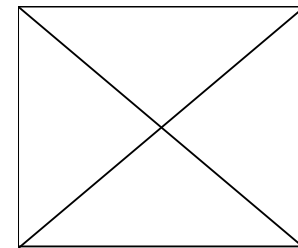
Puntos clave

- Existen 3 períodos críticos de obesidad en la edad pediátrica: el primer año, antes de los 6 años y la adolescencia.
- Los niños con bajo peso al nacimiento y los macroadiposos tienen mayor riesgo de obesidad en el primer año de vida.
- Durante la adolescencia debe vigilarse especialmente el índice de masa corporal.
- Deben limitarse los hábitos de carbono con índice glucémico elevado y absorción rápida, que producen un incremento de las concentraciones de glucemia.
- Para prevenir los hábitos inadecuados durante la edad a la que hay que educar a los niños es a los 3-4 años. Una guía útil puede ser la de seguir la "pirámide de alimentos".

4. TRATAMIENTOS

4.1. Introducción

- PSICOTERAPIA
- FARMACOTERAPIA
- EJERCICIO y DIETA
- QUIRÚRGICO



4.2. Intervención psicológica: Evaluación

- Análisis de los factores influyentes en la etiología y mantenimiento (**Análisis Funcional**).
- Análisis de las consecuencias psicológicas.
- **Métodos:**
 - Entrevista padres.
 - Anamnesis de los 1º años de vida.
 - Entrevista niño.
 - Otros instrumentos: Tests psicométricos, pro...

Tomado de: <http://www.laobesidad23.blogspot>



4.2. Intervención psicológica: Evaluación. Modelo entrevista

- Peso y talla niño, padres y hermanos.
- Tipo lactancia.
- Introducción alimentos sólidos.
- Adaptación cambios alimentación.
- Historia desarrollo: control esfínteres, sueño, etc.
- Desarrollo psicosocial.
- Adaptación escolar.
- Nivel autonomía e independencia.
- Horarios para comidas.
- Dietas.
- Alteraciones conducta alimentaria del niño o familia: selectivas, inapetencia, atracones, etc.
- Hábitos alimenticios (niño y familia)
- Inicio sobrepeso (ver si es o no problema para el niño)
- Actitudes familiares sobre el manejo.
- Situaciones de estrés vividas por el niño o familia.
- Actividad física del niño o familia.
- Estilo de vida familiar.
- Comorbilidad.

4.2. Intervención psicológica: Evaluación. Rol del paciente

- ¿Qué crees que ha causado la obesidad?
- ¿Tienes repercusiones y cuáles?
- ¿Puedes hacer algo?
- ¿Cuáles son las actitudes de tus padres, de tu entorno ante tu obesidad?
- ¿Qué te preocupa?
- ¿Por qué inicias el tratamiento?
- ¿Confías en el tratamiento?
- ¿Has seguido otros tratamientos? ¿Por qué los has dejado?
- ¿Qué objetivos quieres conseguir?

4.2. Intervención psicológica: Tratamiento

- Dieta con restricción energética.
- Aumento de la actividad física.
- Apoyo familiar. Modificación estilos de vida.
- Aplicación de técnicas de modificación conducta (refuerzo, autocontrol)
- Habilidades de resolución de problemas
- Reeducación nutricional
- Control estimular

4.2. Intervención psicológica: Tratamiento

- Trabajar la **autoestima**
- Trabajar el **autocontrol** frente a la comida.
 - Promesas de no comer
 - Reproches por incumplimiento
 - Autoculpa por excesos
 - Vergüenza de comer en público
 - Rabia no poder comer
- **Resolución de problemas**
- **Apoyo familiar y reeducación nutricional:**
 - Hábitos alimenticios sanos

4.3. Intervención farmacológica

- Fármacos anorexígenos
 - Fármacos producen sensación saciedad
- En niños y adolescentes no suelen utilizarse

Tomado de: <http://www.medciencia.com>



4.4. Ejercicio y Dieta

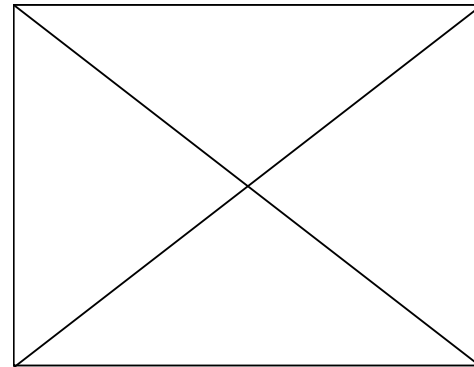
- Las necesidades energéticas dependen de tres factores:
 - El metabolismo basal (necesidades para el crecimiento)
 - La acción dinámica de los alimentos.
 - La actividad física.

Tomado de: <http://www.educacionfisicaplus.wordpress.com>



4.4. Ejercicio y Dieta

- Dieta: Piedra angular para el tratamiento de los niños obesos
- Debe proporcionar todos los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades, limitando, no eliminando, la ingesta de calorías provenientes de los hidratos de carbono y las grasas.
- Proporcionar una **buena información** educacional sobre la composición en nutrientes y el valor energético de los alimentos de uso más corriente (cocinarlos, menús cómodos y rápidos).
- Evitar que la ingesta de alimentos diaria sea monótona y poco apetecible.



4.4. Ejercicio y Dieta

- Fijar los objetivos con el niño
- No imponer prescripciones dietéticas estrictas
- No pasar hambre
- Dieta fácil de seguir
- Pactar las modificaciones de las dietas
- Tres comidas regulares y una o dos ligeras
- Horarios regulares

Tomado de: <http://www.hagodieta.com>



4. TRATAMIENTO II:

4.4. Ejercicio y Dieta: Dieta equilibrada

- **Hidratos de carbono:** 55-60 % (pan, galletas, arroz, legumbres)
- **Grasas:** 25-30 % (la mitad de origen vegetal o de pescado - frutos secos, leche, aceites, huevos, mantequillas)
- **Proteínas:** 15 % (la mitad de origen animal - quesos, pescado, leche, carne)
- **Vitaminas, minerales y agua** (frutas, verduras, ensaladas)

4.4. Ejercicio y Dieta: Reparto de calorías

- Desayuno: 15 %
- Media mañana: 15 %
- Comida: 30 %
- Merienda: 15 %
- Cena: 25 %

4.4. Ejercicio y Dieta: Edad

- **Variables:** Edad niño y necesidades energéticas.
- En niños **menores de 6-7 años:** 1.600 kcal/día.
(n° cal. = 1000 + (100 x años))
- En el niño de **mayor de 7 años:** 2.300 kcal/día.
- Durante el **desarrollo puberal** y en los **adolescentes:** 2.500-3.000 kcal/día

4.4. Ejercicio y Dieta: Normas generales

- Corregir errores alimenticios cualitativos y cuantitativos.
- Preparar comidas atractivas y variadas.
- Reducir grasa animal y vegetal de las comidas.
- Eliminar azúcares refinados dulces y bebidas azucaradas y reducir los hidratos carbono (pan, pastas, patatas)
- Hacer varias comidas.
- Tomar alimentos bajo en calorías (ensaladas)
- Reducir las porciones de los alimentos y aumentar su frecuencia
- Aumentar el contenido de la fibra de la dieta.

4.5. Intervención quirúrgica

- Obesidad mórbida: $IMC > 40$ y limitaciones importantes con riesgo de muerte.
- Algunas:
 - Reducción de la capacidad gástrica.

No es recomendable en niños y adolescentes

4.6. Conclusiones de revisiones sistemáticas

Comentarios de las revisiones sistemáticas:

- ✓ No hay evidencia de que ningún tratamiento farmacológico sea efectivo en el tratamiento de la obesidad infantil.
- ✓ Las dietas hipocalóricas son menos efectivas a medio y largo plazo que la modificación de los estilos de vida.
- ✓ La obesidad se puede prevenir haciendo cambios en el estilo de vida, tales como aumentar la actividad física o disminuir el tiempo dedicado a ver la TV.
- ✓ Los ensayos controlados muestran resultados similares comparando el incremento de la actividad física con la reducción de la conducta sedentaria.
- ✓ El apoyo familiar es necesario para el éxito del tratamiento.
- ✓ Cuanto más precoz sea la intervención, mejores resultados.
- ✓ Las modificaciones de hábitos con terapia conductual es un componente imprescindible en el tratamiento del niño con sobrepeso.
- ✓ Los niños responden mejor que los padres a los cambios de conducta.

Tema 2. OBESIDAD INFANTIL Y ADOLESCENTE: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Dirección:

Ana Isabel Rosa Alcázar

Colaboración:

Ángel Rosa Alcázar

Encarnación Rosa Alcázar

Güión:

Ana Isabel Rosa Alcázar