

# 10. Tratamiento de la obesidad

El tratamiento de la obesidad requiere un abordaje MULTIDISCIPLINAR. **Es fundamental conseguir la adhesión de quien la padece y de su entorno familiar y social, para que modifiquen sus pautas dietéticas y su estilo de vida, mediante la educación para la salud individual y grupal.**

Contemplar la **perspectiva de género**, que son condicionantes sociales y

culturales que determinan actitudes y comportamientos diferentes en niños y niñas, así como las **situaciones de especial vulnerabilidad** (discapacidades, desestructuración familiar, recursos socioeconómicos muy limitados,...) **son elementos transversales y fundamentales a tener en cuenta en el abordaje y tratamiento de este problema de salud.**

EL OBJETIVO TERAPÉUTICO ES CONSEGUIR EL PESO RECOMENDADO SEGÚN EDAD Y SEXO GARANTIZANDO EL APORTE NUTRICIONAL ADECUADO Y LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES.

Las estrategias de abordaje se deben desarrollar desde una perspectiva cognitivo-conductual dirigida a la persona afectada y a su entorno familia y/o social para que:

- Reconozcan el sobrepeso o la obesidad como un problema para su salud.
- Estén dispuestas a modificar las conductas inadecuadas.
- Adquieran habilidades que les permitan mantener de forma permanente la modificación de su estilo vida.

El abordaje de la obesidad infantil y juvenil se basa en:

- Instaurar hábitos alimenticios adecuados según sexo, edad y actividad física.
- Fomentar la actividad física diaria.
- Reducir el tiempo dedicado al ocio pasivo.
- Modificar los estilos de vida poco saludables.
- Abordar los aspectos psicosociales.

## 10.1 Abordaje conductual: la disposición al cambio de conducta y la entrevista motivacional

El enfoque cognitivo-conductual en el tratamiento de la obesidad tiene como objetivo **implicar a las personas en la gestión de sus problemas de salud y dotarles de habilida-**

**des para la modificación del estilo de vida de forma progresiva y duradera.**<sup>55</sup> Para ello, se debe determinar la disposición para el cambio de conducta y usar estrategias motivacionales de demostrada eficacia.

Prescribir una dieta sin acompañarla de un abordaje conductual, puede tener efectos

sobre el peso de forma temporal, pero tiene muy poca repercusión en cuanto a la modificación del patrón alimentario.<sup>55,56</sup>

En programas dirigidos a la modificación del peso, *“si no se está preparado para cambiar es inútil y perjudicial realizarlo, porque no tendría éxito, hará disminuir la autoestima y perjudicar futuros esfuerzos para mejorar el peso”*; ésta constituye una de las recomendaciones del comité de expertos americano para el tratamiento de la obesidad.<sup>57</sup>

Si bien, la mayor parte de las revisiones bibliográficas sobre abordaje cognitivo-conductual presentan resultados en adultos<sup>58</sup>, este abordaje también ha mostrado su eficacia en población infantil y adolescente<sup>59</sup>. La Guía de Práctica Clínica Sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil del Sistema Nacional de Salud, reconoce que *“hasta la fecha las intervenciones combinadas (dieta, ejercicio y modificación conductual) son las que se han mostrado más efectivas, es-*

*pecialmente si los padres y las madres están involucrados en el tratamiento”*.<sup>41</sup>

### Valorar la Disposición para el cambio de conducta<sup>60</sup>

Para llevar a cabo una aproximación práctica a este tipo de abordajes se hace imprescindible:

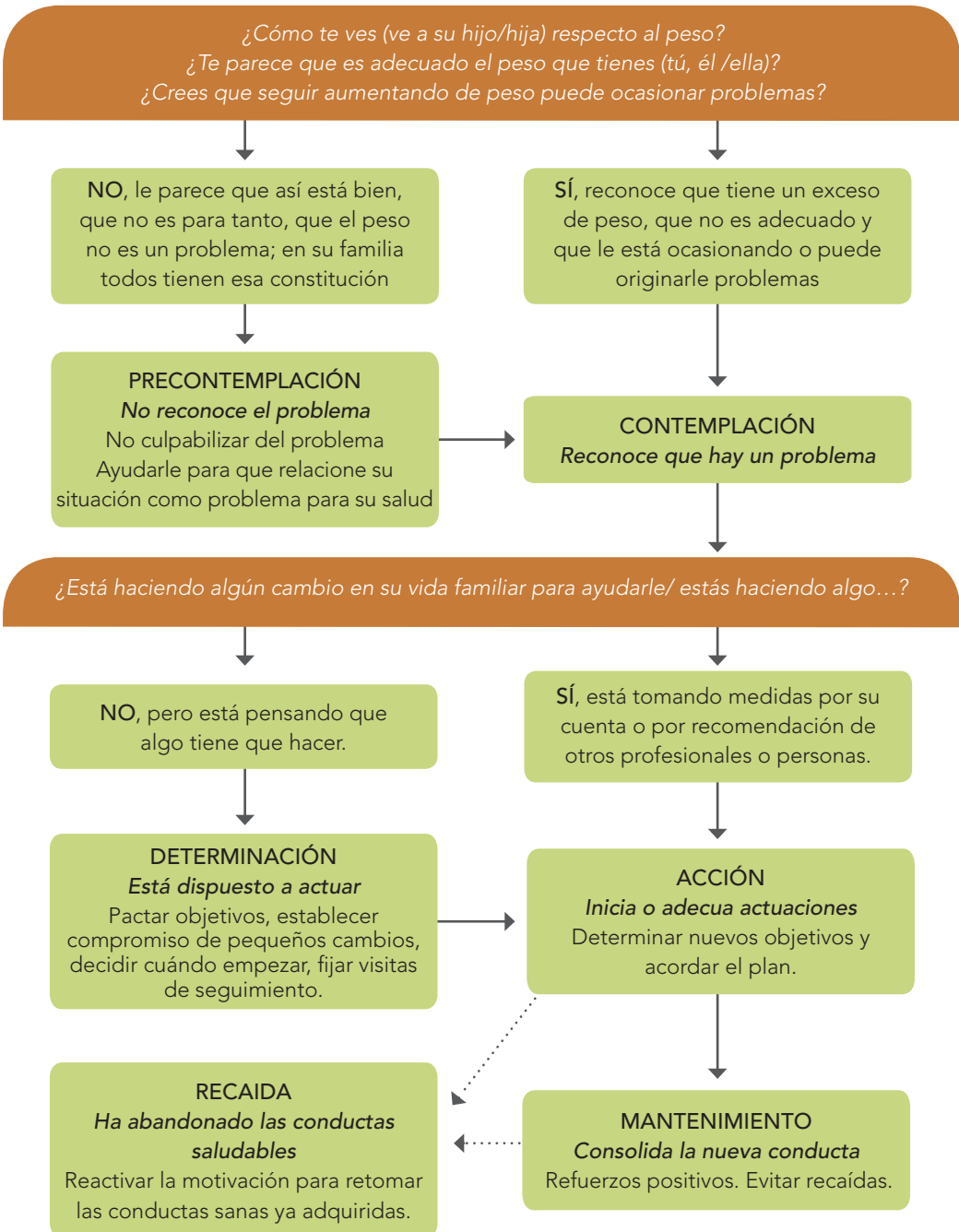
- **Determinar la disposición para el cambio.**
- **Aplicar una entrevista con enfoque motivacional.**

La valoración de la actitud y disposición al cambio o motivación, de las personas implicadas en una situación de sobrepeso u obesidad (niña, niño, adolescentes, progenitores, familia o persona cuidadora), debe ser el primer paso para el abordaje de este problema; para ello se propone el Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente<sup>51</sup>, que se basa en que toda persona, tanto si está recibiendo ayuda para cambiar una conducta como si no, pasa por seis etapas o estadios a lo largo de dicho proceso de cambio.

#### ETAPA O ESTADIOS DE CAMBIO

- **Etapas de Precontemplación:** no se considera la obesidad como un problema de salud
- **Etapas de Contemplación:** es consciente del problema, pero no se ha tomado una decisión de hacer algo, de introducir cambios en la conducta para solucionar el problema.
- **Etapas de Determinación o Preparación para la acción:** en esta etapa se toma la decisión de hacer algo, de introducir cambios en la conducta para solucionar el problema.
- **Etapas de Acción:** en esta etapa se llevan a cabo acciones para el cambio de conducta.
- **Etapas de Mantenimiento:** es el periodo donde se desarrollan y consolidan las nuevas conductas.
- **Etapas de Recaída:** abandona los cambios de conductas logrados y se vuelve a la conducta anterior.

## Valorar la motivación para el Cambio: Determinar la etapa o estadio de cambio



### Entrevista Motivacional: Concepto y Características Generales

La Entrevista Motivacional es una herramienta que permite el abordaje para el cambio de conducta, siguiendo el Modelo de los Estadios de Cambio según la Teoría Transteórica de Prochaska y DiClemente<sup>51</sup>. Es una entrevista semiestructurada, con un enfoque no autoritario. Busca la máxima implicación y responsabilidad de la persona, mediante el uso de habilidades

y técnicas para aumentar la motivación para el cambio, superando la ambivalencia, situación ésta que se suele dar ante un cambio de conducta.

*La Entrevista Motivacional es una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan sus problemas y se ocupen de ellos, teniendo en cuenta el momento psicológico de disposición para cambiar aquellas conductas inadecuadas para su salud.*

#### PRINCIPIOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

- Crear un clima empático de respeto y tolerancia.
- Centrar las estrategias educativas en experiencias y vivencias de cada persona
- Evitar la discusión: los argumentos, sugerencias, recomendaciones, indicaciones directas; es decir, *los intentos de convencer* suelen producir oposición al cambio; sobre todo, si aún no reconoce el problema y por tanto, no está preparada para ello.
- Avanzar con las resistencias: facilitar con la entrevista, que la persona argumente a favor de cada una de sus propias manifestaciones en contra del cambio.
- Favorecer la relación de cooperación mutua, respetando las decisiones de la persona, lo cual no quiere decir que el profesional esté de acuerdo con ellas.
- Trabajar la ambivalencia, favoreciendo que la persona exprese sus preocupaciones, expectativas, miedos y dificultades para el cambio. Que reflexione desde su realidad la necesidad o no del cambio.
- Trasladar a las personas implicadas la decisión de cambiar, y cómo llevarlo a cabo.
- Facilitar la toma de decisiones más adecuada a la situación personal y familiar.
- Argumentar los motivos para el cambio, en lugar de decirle lo que tiene que hacer.
- Eliminar los obstáculos, identificar y valorar las barretas que manifiesta para poder llevar a cabo el cambio, facilitarle la búsqueda de soluciones o alternativas.
- Determinar los objetivos del cambio, relacionar con claridad los resultados esperados desde el primer momento, para no crear confusión y falsas expectativas, que le desmoralice y produzca el abandono de la nueva conducta.

## La Entrevista Motivacional en el abordaje de la obesidad

La Entrevista Motivacional permitirá al profesional **adaptar su actuación al estadio o etapa de cambio en que se encuentra la persona**; en cada una de las etapas se persiguen objetivos diferentes y se recomiendan estrategias concretas. El estilo de este tipo de entrevista se basa fundamentalmente en **crear y mantener un clima empático, desarrollando una escucha reflexiva, mediante la formulación frecuente de preguntas abiertas.**

- *Abordaje en la Etapa de Precontemplación*

En esta etapa la persona afectada y su familia no perciben el sobrepeso o la obesidad como un problema para la salud; habitualmente es el profesional sanitario quien alerta de ello.

- Las intervenciones serán oportunistas, aprovechando las revisiones establecidas en el PSI o bien, por cualquier otro motivo.

### ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN NO ES CONCIENTE DEL PROBLEMA, LO NIEGA O MINIMIZA

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS RECOMENDADAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar la duda en cuanto a la situación de salud respecto al sobrepeso / obesidad.</li> <li>• Aumentar la percepción de los riesgos y/o problemas de seguir con su conducta actual de aumento de peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntas abiertas para evitar respuestas cortas o con Si o NO, y facilitar que exprese percepciones y experiencia sobre su peso corporal. Esto permite que tome conciencia del problema (<i>¿cómo te ves..?, ¿has observado que tu peso interfiere en tu vida cotidiana, amigos, deporte, ropa?, ..</i>).</li> <li>• Escucha reflexiva/Apoyo narrativo mediante la puntualización de aquellos aspectos expresados y que son relevantes para el cambio, intentando con ello, que profundice sobre su situación respecto del peso y tome conciencia del problema que éste supone.</li> <li>• Creencias personales y familiares respecto a la obesidad.</li> <li>• Proporcionar asesoramiento "que no juicio" sobre las consecuencias de seguir con la conducta habitual.</li> <li>• Personalizar los riesgos y beneficios:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Desde la perspectiva de género (los chicos y las chicas tienen motivaciones y gustos diferentes, siendo además el propio entorno más permisivo ante el exceso de peso en los chicos que en las chicas)</li> <li>- Teniendo en cuenta situaciones de vulnerabilidad, (discapacidades, recursos económicos,...).</li> </ul> </li> </ul>

- Evitar en todo momento culpabilizar a la persona afectada o a su familia.
- Asesorar sobre los aspectos que le ofrezcan dudas o sobre los que manifieste desconocimientos, huyendo de



imponer cambios, hasta tanto no sean concientes del problema que supone la obesidad o el sobrepeso para su salud.

- *Abordaje en la Etapa de Contemplación*

Reconocer que se tiene un problema no significa que se quiera o se esté dispuesto a introducir cambios en una conducta.

- En esta Etapa se debe resolver la **ambivalencia**, en Contemplación se debaten entre los problemas y costes que le supone hacer cambios y los beneficios que obtendrá con ellos; *"sabe que tiene que hacer algo al respecto, pero encuentra muchos inconvenientes"*, si esta situación no se resuelve, haciendo que la balanza se incline hacia los beneficios, no avanzará hacia la DETERMINACIÓN para iniciar los cambios de conducta.
- La percepción que cada persona tiene respecto de sus capacidades, habilidades y posibilidades para llevar a cabo los cambios, es decir, su autoeficacia, es fundamental y puede suponer si es favorable, un empuje para pasar a la Etapa de DETERMINACIÓN o por el contrario un obstáculo, si no se cree capaz de ello, por tanto en esta etapa es fundamental abordar y trabajar los aspectos que aumenten su autoeficacia.

ETAPA DE CONTEMPLACIÓN

RECONOCE EL PROBLEMA PERO TIENE DUDAS SOBRE EL CAMBIO

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS RECOMENDADAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclinarse la balanza hacia el cambio, evocar las razones para cambiar y los riesgos de no hacerlo.</li> <li>• Aumentar la autoeficacia de la persona para cambiar la conducta actual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Escucha reflexiva</b>, para facilitarle que exponga sus razones para el cambio. Debe querer cambiar por sus motivos, y no por lo que diga el profesional.</li> <li>• <b>Incrementar el conflicto y/o las contradicciones</b> sobre las consecuencias de mantener la conducta actual con enfoque de género, para que tome la decisión de cambiar.</li> <li>• <b>Trabajar la Ambivalencia</b>, expresando por una parte los motivos para seguir igual y por otra los que tiene para intentar un cambio de conducta. El profesional conducirá la entrevista para que los motivos a favor del cambio tengan más peso que los costes del propio cambio.</li> <li>• <b>Identificar los costes o beneficios percibidos</b> con la conducta actual y con el cambio: <b>Hoja de Balance Decisional</b><sup>60</sup> (consiste en identificar por escrito en dos columnas paralelas los beneficios y costes de seguir igual en un lado y los costes y beneficios que le supone el cambio en el otro).</li> <li>• <b>Detallar frecuencia y aspectos relevantes</b> relacionados con la conducta a cambiar, pudiendo hacer uso del <b>Diario de salud</b>, donde anotará la frecuencia de la conducta inadecuada y el por que de las misma, esto le permite ser más conciente de la situación (con frecuencia la percepción de un hecho como el comer o hacer ejercicio, suele variar cuando se constata y analiza objetivamente) y además podrá analizar como evitar las conductas inadecuadas y buscar alternativas a las mismas.</li> <li>• <b>Proporcionar información sobre la conducta a cambiar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Para dar respuesta a sus planteamientos/expectativas.</li> <li>- Aclarar conceptos erróneos.</li> <li>- Evitar resistencia (no imponer).</li> </ul> </li> <li>• <b>Aumentar la percepción de autoeficacia y automotivación</b> destacando sus motivos en favor del cambio, capacidades y habilidades.</li> </ul>

• *Abordaje en la Etapa de Determinación*

El posicionamiento en esta Etapa significa que se ha superado la ambivalencia (pros y contras del cambio), la balanza se ha inclinado a favor de los beneficios y por ello ha tomado la DETERMINACIÓN de actuar.

- La Etapa de Determinación es la oportunidad para pasar a la acción, es el momento de motivación idóneo, el cual no se mantiene activo durante mucho tiempo, por ello se debe estar atento a estos signos y abordarlo en cuanto se presente.

- Esta Etapa estará marcada por la verbalización del deseo de iniciar cambios de conductas, adquirir compromisos e incluso visualiza los resultados que pretende obtener.
- Asesorar de las distintas opciones terapéuticas y elaborar conjuntamente un plan de acción, donde las personas implicadas eligen y priorizan las opciones más adecuadas a sus características y posibilidades.
- Determinar el momento más oportuno para iniciar el cambio y acordar fecha, fijando además las visitas de seguimiento.

ETAPA DE DETERMINACIÓN  
ESTÁ DISPUESTO AL CAMBIO

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS RECOMENDADAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a determinar y elegir las mejores opciones, para conseguir el cambio desde su situación.</li> <li>• Elaborar conjuntamente un Plan de acción específico y realizable.</li> <li>• Entrenar en estrategias de autocontrol.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar que verbalice el compromiso de cambio, esto favorecerá la automotivación y autoeficacia, no se genera el mismo estado motivacional partiendo de "voy a hacer... porque así conseguiré...", que desde el "tienes que... porque yo sé lo que es mejor para ti".</li> <li>• Identificar los errores en la alimentación/actividad física para comenzar los cambios por aquellos que le supongan menos costes.</li> <li>• Identificar previamente los obstáculos que puede encontrar al realizar la nueva conducta para evitar que se desmoralice ante su aparición.</li> <li>• Buscar alternativas para superar los obstáculos identificados.</li> <li>• Detallar los resultados reales que se esperan con la nueva conducta a corto y a largo plazo, no crear falsas expectativas.</li> <li>• Facilitar habilidades y herramientas para observar su propia conducta: Autorregistros.</li> <li>• Ofrecer apoyo: citas concertadas, educación grupal, grupos de apoyo, recursos comunitarios, recomendaciones por escrito, material didáctico y nuestra ayuda explícita.</li> </ul>



- *Abordaje en la Etapa de Acción*

Los cambios planificados y acordados se están poniendo en práctica, los primeros momentos de esta Etapa son decisivos. Si las expectativas no se ven cumplidas o bien los costes son mayores de los esperados se tiene el riesgo de abandono, por ello, el seguimiento periódico y el apoyo del profesional para mantener la motivación y autoeficacia son fundamentales.

- Haber elaborado conjuntamente un plan de acción de fácil aplicación. El disponer de capacidad y habilidades personales y contar con el apoyo de su entorno próximo (familiar, escolar, laboral, amistades,..) serán elementos facilitadores para que los cambios se mantengan.
  - El profesional debe evitar proponer planes de acción, sin la participación activa de las personas implicadas, donde los cambios aún siendo fáciles, pueden ser de difícil aplicación para ellas y conllevar gastos que no puedan costear.
- El pacto de visitas es fundamental en un proceso de cambio, no sentirse solo y poder verbalizar los inconvenientes y valorar los éxitos son los elementos motivadores básicos en esta etapa; no culpabilizar en caso de no obtener resultados favorables y ayudarle a buscar soluciones.



ETAPA DE ACCIÓN  
HA INICIADO EL CAMBIO

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS RECOMENDADAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a dar los pasos hacia el cambio.</li> <li>• Educación individual y/o grupal sobre alimentación/nutrición y sobre actividad física/ejercicio.</li> <li>• Contrato conductual para comprometerles con los cambios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pactar la modificación de conducta:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empezar por cambiar los errores que supongan un menor esfuerzo.</li> <li>- Cambios con los que obtenga beneficios a corto plazo.</li> <li>- Para los que disponga de capacidad y habilidades personales y de recursos familiares y del entorno.</li> </ul> </li> <li>• Ayudar en el desarrollo de habilidades: interpretar etiquetas de composición de alimentos, técnicas culinarias, para aumentar la saciedad, para el intercambio de alimentos con bajo contenido calórico, para incorporar o aumentar la actividad y el ejercicio en la rutina diaria,...</li> <li>• Proporcionar información nutricional, adecuada a la capacidad psicofísica, a la edad, sexo y nivel de actividad física.</li> <li>• Facilitar la búsqueda de alternativas para reducir el sedentarismo y aumentar la actividad física.</li> <li>• Aumentar la autoeficacia destacando sus cualidades y habilidades.</li> <li>• Detallar los efectos positivos y el tiempo para alcanzarlo sin crear falsas expectativas.</li> <li>• Identificar los posibles efectos negativos y como superarlos.</li> <li>• Utilizar refuerzos/premios por logros adecuados a la edad y sexo (no premiar con comida ni dinero).</li> </ul>

• *Abordaje en la Etapa de Mantenimiento*

Iniciar un cambio de conducta puede ser relativamente fácil, pero mantenerlo en el tiempo requiere de una estrategia para el mantenimiento de la de automotivación y autoeficacia.

Durante la infancia y adolescencia los beneficios en salud no suponen un valor,

por ello, activar la motivación requiere destacar aquellos resultados significativos propios de estas etapas (estética, vestimenta, amistades,...) y relacionados específicamente con el género y en su caso con la situación de vulnerabilidad concreta.

- Esta Etapa constituye el reto de todo proceso de cambio, que éstos se mantenga a lo largo del tiempo, se interiori-

- cen y pasen a formar parte de su nuevo estilo de vida.
- La participación en actividades de educación en grupo suele constituir un potente reforzador de las mismas, ayudando a su interiorización y socialización.
- La prioridad del profesional es evitar la recaída y que vuelva a las conductas iniciales; mantener la motivación y la autoeficacia, mediante refuerzos positivos y la visualización de los beneficios por pequeños que éstos sean, serán los elementos recomendados en esta Etapa.

**ETAPA DE MANTENIMIENTO**  
*MANTIENE EL CAMBIO INICIADO*

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS RECOMENDADAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída.</li> <li>• Buscar alternativas para interrumpir las cadenas conductuales de riesgo.</li> <li>• Facilitar las habilidades para el control de estímulos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar que identifiquen los efectos positivos logrados con los cambios.</li> <li>• Pactar nuevos cambios a medida que se van consolidado.</li> <li>• Reactivar la motivación:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Simular las consecuencias sobre el peso/IMC de haber seguido sin modificar la conducta.</li> <li>- Mostrar la evolución del peso/IMC antes del cambio y después de ellos.</li> <li>- Detallar los efectos positivos del cambio obtenidos por distintos parámetros (perfil lipídico, cifras de TA...).</li> </ul> </li> <li>• Modificar las señales que preceden a la conducta de comer o que favorecen el sedentarismo:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comer a horarios regulares.</li> <li>- Evitar la accesibilidad de alimentos de alto contenido energético.</li> <li>- Comer en lugares donde no haya televisión o distracciones.</li> <li>- Reducir las comidas fuera de casa.</li> </ul> </li> <li>• Entrenar para que identifiquen cadenas conductuales de riesgo, estar aburrido, ver la TV, comer bollería..., para sustituirlas por otras conductas saludables.</li> <li>• Identificar situaciones de alto riesgo y cómo afrontarlas, cumpleaños, fiestas, comentar en su círculo próximo que le ayuden a mantener su disciplina, evitando el “por una vez no pasa nada ...”</li> <li>• Evidenciar los logros por pequeños que sean.</li> <li>• Buscar conjuntamente alternativas para enfrentarse a las dificultades que se presentan en la vida cotidiana para mantener las conductas saludables.</li> </ul>

• *Abordaje en la Etapa de Recaída*

La recaída es un riesgo que está presente a lo largo de todo el proceso de cambio, siendo lo más frecuente que ocurra en los primeros momentos de la etapa de acción, e incluso en la etapa de mantenimiento.

- Analizar conjuntamente los motivos de la recaída y las situaciones desencadenantes. Evitar culpabilizarle e identificar y destacar todos y cada uno los logros obtenidos; todo ello facilita reactivar la motivación y retomar de nuevo los cambios.
- En los cambios de conducta de larga evolución, suelen ser frecuentes las oscilaciones en la motivación, reactivarla y prestar atención a las señales de descenso será la mejor forma para la prevención de recaídas.
- En la consolidación un cambio de conducta suele ser habitual tener que realizar varios intentos previos (de 3 a 7 intentos por ejemplo en la deshabitación del tabaco). Una recaída no se debe considerar una derrota sino un paso más hacia el cambio.

ETAPA DE RECAÍDA  
VUELVE A LA CONDUCTA ANTERIOR

OBJETIVOS	ESTRATEGIAS RECOMENDADAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudar a la persona a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca la desmoralización por la recaída.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar y analizar los motivos de la recaída.</li> <li>• Destacar los logros obtenidos, hasta el momento.</li> <li>• Evitar culpabilizar.</li> <li>• Proporcionar información sobre el proceso de cambio, para evitar la desmoralización, considerando la recaída como parte de un proceso de cambio.</li> <li>• Incrementar la autoestima y la autoeficacia.</li> <li>• Ayudarle para los planes de un nuevo intento, incorporando aquello que le fue útil.</li> <li>• Buscar alternativas a los motivos que produjeron la recaída.</li> <li>• Proporcionar Feed-back.</li> </ul>

*“Es recomendable  
una dieta sana  
y equilibrada”*



## 10.2 Abordaje nutricional

Las evidencias actuales para el abordaje de la obesidad infantil y juvenil recomiendan una **alimentación sana y equilibrada con un patrón de dieta mediterránea,**

evitando los aportes energéticos extras (bollería, chucherías, refrescos,...), **disminuyendo las conductas sedentarias** (ver televisión, jugar al ordenador,...) y **aumentando la práctica de actividad o ejercicio físico.**<sup>41</sup>

### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO NUTRICIONAL DE LA OBESIDAD

*Los objetivos varían en función de la edad, del tiempo de evolución, de la respuesta a los tratamientos previos y sobre todo del tipo de obesidad y de la disposición para el cambio de conductas.*

En el sobrepeso	Corregir los errores detectados en la alimentación para que ésta sea equilibrada y energéticamente adecuada a su edad, sexo y nivel de actividad.
En la obesidad leve y moderada	Adecuar la ingesta calórica a la edad, no al exceso de peso. El objetivo es conseguir el peso corporal normal adecuado a su edad y sexo; teniendo en cuenta que, el aumento de la talla durante la infancia y adolescencia hace que aún manteniendo el peso, el IMC se reduzca paulatinamente.
En la obesidad grave	Indicar dietas hipocalóricas controladas y con un seguimiento estricto, pudiendo restringir la ingesta hasta un 25-30% de lo recomendado por edad, sexo y nivel de actividad física. El tratamiento será indicado en Atención Hospitalaria.

ADECUACIÓN CALÓRICA SEGÚN EDAD

En menores de 2 años con sobrepeso o riesgo de sobrepeso

Las actuaciones irán encaminadas a identificar y corregir errores en el proceso de alimentación con un seguimiento adecuado.

1. Identificar los errores respecto a :

- **Tipo de alimentación:** leches no adaptadas en el primer año de vida.
- **Número de tomas y cantidades:** suplementos a la lactancia materna, comidas extras durante el periodo de sueño,...
- **Preparación de biberones:** añadir mayor cantidad de leche para el volumen indicado por edad.
- **Introducción precoz de la alimentación complementaria.**
- **Uso habitual de azúcares:** miel, azúcar común o leche condensada en el chupete, endulzar las tomas,...
- **La ingesta de alimentos no adecuados** (ganchitos, bollería, refrescos...)
- **Costumbres inadecuadas relacionadas con la etnia, raza o cultura.**

2. Pautar actuaciones para corregir los errores detectados.

3. Recomendar una alimentación adecuada, según el Programa de Salud Infantil.

4. Programar un seguimiento periódico de talla y peso.

Entre los 2 y 6 años

En sobrepeso u obesidad leve y moderada, alimentación adecuada según edad y sexo, mediante reeducación nutricional a la familia.  
En la obesidad grave se derivará a atención hospitalaria.

En mayores de 6 años

En el sobrepeso u obesidad leve y moderada cuando no responde positivamente solo a la corrección de errores dietéticos. Estará indicada una dieta normocalórica según edad, sexo y nivel de actividad física.

En la obesidad grave se indicará inicialmente una dieta normocalórica, si no se obtienen resultados se puede alternar con una hipocalórica teniendo en cuenta:

- No reducir más del 30% del aporte recomendado por edad, sexo y actividad física.
- Procurando elegir los alimentos que le gusten.
- No debe prohibirse ningún tipo de alimento (negociar su consumo).

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los alimentos hipercalóricos, se reservarán para ocasiones especiales, pactando su consumo.</li> </ul>
<p><b>En la pubertad: obesidad leve y moderada</b></p>	<p><b>Abordaje escalonado según resultados:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1°. Corrección de errores</li> <li>2°. Dieta normocalórica según edad, sexo y actividad física.</li> <li>3°. Alternar dietas normocalóricas con hipocalóricas. Teniendo en cuenta que los cambios fisiológicos en esta etapa tienen unos requerimientos energéticos importantes, las restricciones calóricas diarias no deben ser inferiores a 1500 cal.</li> </ol>

**CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN NUTRICIONAL**

*Los profesionales sanitarios habitualmente recomiendan pautas sobre alimentación a sus pacientes, suponiendo que éstos ya están dispuestos a llevarlas a cabo (Etapa de Determinación); sin embargo mayoritariamente, ellos aún no son conscientes de que sus hábitos constituyen un problema para su salud (Etapa de Precontemplación) y por tanto no se plantean la necesidad de cambiarlos. (Etapa de Contemplación).*

**Abordaje en función de la Etapa de Cambio**  
(Modelo de Prockaska y DiClemente.51)

El primer paso para proponer un cambio de una conducta, es determinar la disposición para ello, de la persona afectada y de su familia. Para lo cual deben considerar que el sobrepeso o la obesidad constituye un problema para la salud y por tanto, deben iniciar modificaciones en la conducta alimentantaria.

- En la Etapa de Precontemplación (en que aún no son conscientes que la obesidad constituye un problema), el esfuerzo terapéutico debe encaminarse a que las personas implicadas reconozcan dicha situación como problema de salud y quieran poner soluciones; no es conveniente por tanto, recomendar o prescribir cambios en la alimentación en estas primeras etapas.
- La intervención inicial se adaptará a la Etapa concreta en la que se encuentra la persona afectada y/o su familia y se avanzará respetando su ritmo, es conveniente no forzar el proceso, por el riesgo de producir el efecto contrario.



	<ul style="list-style-type: none"><li>• En la <b>Etapa de Determinación</b>, cuando son conscientes de que la obesidad constituye un problema y han tomado la determinación de hacer algo al respecto <b>será el momento en que el profesional debe plantear las opciones para el cambio en la alimentación y pactar conjuntamente un Plan para la acción.</b></li></ul>
<b>Implicación familiar</b>	<p>La modificación del patrón de alimentación para el abordaje de la obesidad deberá incluirse en los hábitos familiares, de esta forma se facilita su interiorización y el mantenimiento del mismo, evitando así, estigmatizar a la persona que la padece, con una comida diferente. Esto además constituye una estrategia de prevención con beneficio para todos sus componentes.</p> <p>Recomendaciones básicas a la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Planificar la compra de alimentos</b> evitando la adquisición de refrescos, zumos, alimentos precocinados, bollería, y cualquier otro producto con alto contenido en grasas, sal o azúcares...</li><li>• <b>Organizar el menú semanal</b>, lo cual evitará improvisar usando fritos y precocinados. Utilizar técnicas culinarias que aporten bajo contenido en grasa.</li><li>• <b>Características, número y horarios de comidas:</b><ul style="list-style-type: none"><li>- Realizar al menos las tres comidas principales, en horarios regulares, (idealmente cinco).</li><li>- Hacer al menos, una comida en familia al día.</li><li>- Desayunar diariamente y con tiempo suficiente, para evitar tomar solo líquidos o bollería industrial.</li><li>- Espacio para comer sin distracciones, pero en ambiente distendido.</li><li>- Limitar las comidas fuera de casa y en su caso, elegir menús adecuados.</li></ul></li></ul>
<b>Pacto individual de objetivos</b>	<p>Los objetivos se pactan <b>individualmente</b> con la persona afectada y su familia, incluyendo si es necesario, a otras personas del entorno que están implicadas en la alimentación (colegio, cuidador principal, ...):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>En los menores de 5 años</b> los progenitores deben llevar toda la responsabilidad.</li></ul>

- Entre los 5 y 9 años se les dará alguna responsabilidad, pero ésta recaerá principalmente en los progenitores.
- A los mayores de 9 años se les implicará en mayor grado, pactando con ellos los acuerdos de cambios, sin disminuir la responsabilidad de los progenitores.
- En la adolescencia ellos son los protagonistas, el papel familiar disminuye notablemente, siendo no obstante, imprescindible su implicación activa.

#### Características del pacto de objetivos:

- Limitar y/o pactar el consumo de alimentos es preferible a prohibirlos.
- Modificar sólo los errores detectados; evitar cambios muy drásticos.
- Iniciar los cambios por aquellos que supongan menor esfuerzo.
- Fraccionar e introducir paulatinamente los cambios a medida que se van consiguiendo.
- Negociar el consumo de producto no recomendados (bollería, refrescos...), para situaciones especiales. Prohibirlos explícitamente, puede conducir a una ingesta incontrolada de los mismos.
- Respetar en la medida de lo posible sus preferencias y costumbres culinarias.



*Pactar el consumo de alimentos es preferible a prohibirlos*

## SEGUIMIENTO

**Objetivo:** Evitar las recaídas y reforzar el mantenimiento de una alimentación adecuada, la práctica regular de ejercicio físico y el control del tiempo dedicado al ocio pasivo.

- Las visitas de seguimiento se pautarán teniendo en cuenta la etapa de cambio, la severidad del problema, las características, la disposición y disponibilidad personal y familiar.
- De forma general se requerirá un seguimiento más estrecho en las primeras etapas, espaciándose en etapa de mantenimiento.

## Periodicidad

La periodicidad se valorará individualmente y estará marcada por:

- La etapa de cambio en la que se encuentra
- El tipo de cambios que se pacten
- La disponibilidad de la persona afectada y de las implicadas, para evitar que la frecuencia no adecuada del seguimiento (por exceso o por defecto) pueda constituirse en un obstáculo o motivo de abandono.

**En Etapa de Precontemplación:** abordaje oportunista, en visitas programadas o espontáneas por cualquier motivo.

**En Etapa de Contemplación:** pacto de visita concertada en un periodo corto, entre 7 y 10 días, para trabajar la ambivalencia y facilitar el paso a la Determinación.

**En Etapa de Determinación:** es el momento crucial para el cambio, por ello las visitas deben producirse en cortos periodos, donde se reforzará la motivación y autoeficacia para avanzar en el proceso y pasar a la acción.

**En Etapa de Acción:** los primeros momentos de esta etapa, requieren un seguimiento estrecho entre 7 y 10 días, para reforzar la motivación, aumentar la autoeficacia y ayudarle a superar los obstáculos, posteriormente alargar la periodicidad paulatinamente al menos una vez al mes.

**En Etapa de Mantenimiento:** se adaptará a cada situación, con el objetivo de evitar recaídas. Se realizarán al menos dos o tres veces al año.

## Técnicas

Entrevista motivacional.

## Tareas

- Constatar la etapa de cambio para adaptar las actuaciones.
- Investigar el cumplimiento en alimentación, actividad física y ocio sedentario.
- Educación para la salud en hábitos y conductas saludables.
- Determinar: Peso, Talla, IMC, Perímetro de la Cintura.
- Valorar la evolución del percentil de peso o IMC y la desviación del Z-score.
- Detección precoz, valoración y seguimiento de otros factores de riesgo cardiovascular (HTA, dislipemia, diabetes, consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol,..).

PRINCIPIOS GENERALES DE LA ALIMENTACIÓN

<p><b>Distribución de Macronutrientes consumo diario</b></p>	<p><b>Hidratos de carbono (HC):</b> 50-55%, principalmente complejos de absorción lenta de los cuales sean <b>HC refinados:</b> &lt; de 10%.</p> <p><b>Proteínas:</b> 10-15%</p> <p><b>Grasas<sup>61,62:</sup></b> De 0 a 6 meses: 40-60% De 6 a 24 meses hasta un 35% De 2 a 18 años: 25-35%<sup>63</sup></p>									
<p><b>Composición y distribución energética diaria<sup>55</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Desayuno (20%)</b> debe contener un <b>lácteo</b> (un vaso de leche o dos yogures) a partir de los dos años, preferiblemente desnatados, <b>una pieza de fruta fresca</b> o zumo natural y <b>cereales</b> (pan, gofio, o cereales con bajo contenido en azúcar).</li> <li>• <b>Media mañana (5%) y Merienda (10%),</b> se recomienda un <b>bocadillo con alimento proteico</b> (queso tierno, jamón cocido, pavo...), otras opciones: <b>una pieza de fruta y un yogur desnatado o un vaso de leche desnatado con 3 galletas tipo "María"</b>.             <table border="0" data-bbox="489 910 1120 1019"> <tr> <td>De 6 a 8 años</td> <td>50g de pan</td> <td>30 g de proteínas.</td> </tr> <tr> <td>De 9 a 10 años</td> <td>65g de pan</td> <td>30 g de proteínas.</td> </tr> <tr> <td>De 11 a 12 años</td> <td>80g de pan</td> <td>40 g de proteínas.</td> </tr> </table> </li> <li>• <b>Comida (40%):</b> incluir <b>HC, proteínas y grasas.</b> Se recomienda tomar una o dos veces a la semana los hidratos de carbono a base de legumbres (lentejas, garbanzos, judías) acompañadas de arroz o en forma de potaje.</li> <li>• <b>Cena (25%):</b> incluir <b>HC, proteínas y grasas,</b> será una comida de rescate de aquellos alimentos de ingesta diaria que no se hayan tomado durante el día.</li> </ul>	De 6 a 8 años	50g de pan	30 g de proteínas.	De 9 a 10 años	65g de pan	30 g de proteínas.	De 11 a 12 años	80g de pan	40 g de proteínas.
De 6 a 8 años	50g de pan	30 g de proteínas.								
De 9 a 10 años	65g de pan	30 g de proteínas.								
De 11 a 12 años	80g de pan	40 g de proteínas.								

RECOMENDACIONES CONSUMO DE HIDRATOS DE CARBONO

Fomentar el consumo de HC complejos como cereales, legumbres, pan, gofio, alimentos integrales; eliminando los que contengan alto contenido en azúcares.

Limitar el consumo de HC con índice glucémico elevado y absorción rápida (anexo 6.3) (refrescos, zumos envasados, helados, bollería,...).

Estos productos generan un aumento rápido de la glucemia con el consiguiente incremento de la insulina postprandial, lo que provoca posteriormente una hipoglucemia y como consecuencia se produce sensación de hambre, que favorece una nueva ingesta de alimentos, estableciéndose un círculo que favorece la obesidad.

#### RECOMENDACIONES CONSUMO DE PROTEÍNAS<sup>64</sup>

De 0-6 meses: 9,1g/día • De 7-12 meses: 11,0g/día  
De 1-3 años: 13,0 g/día • De 4 a 8 años: 19,0g/día • De 9 a 13 años: 34,0g/día

El aporte excesivo de proteínas, ya desde el primer año de vida y durante la niñez, puede estar asociado con la obesidad, por ello se debe adecuar dicha ingesta mediante:<sup>65</sup>

- **Lactancia materna**, la alimentación del lactante con leche adaptada se caracteriza por un contenido en proteínas superior al de la leche materna, que puede representar de 2 a 4 veces los requerimientos para esta edad, por el contrario, cuando la leche materna es el único alimento, las proteínas sólo aportan el 7% del valor calórico del total de la dieta.
- Limitar el consumo de carnes y derivados.
- Aumentar el consumo de legumbres.
- Elegir siempre fruta de postre, NO SUSTITUIR por yogur, natilla, flan o helado.

RECOMENDACIONES CONSUMO DE GRASAS<sup>61,62</sup>

De 0 a 6 meses: 40-60% • De 6 a 24 meses hasta un 35% • De 2 a 18 años: 25-35%

TIPO DE GRASA	ALIMENTOS QUE LAS CONTIENEN	NIVEL MÁXIMO DE CONSUMO EN RELACIÓN A LA ENERGÍA TOTAL DE LA DIETA
Saturadas	Carnes grasas Embutidos, leche entera Mantequilla, nata, helados Aceite de coco y palma	Reducir su ingesta al máximo 7%
Monoinsaturadas	Oliva	12-15%
Poliinsaturadas	Aceite de soja, maíz, girasol Pescados grasos	Aumentar consumo de pescado 13%
Saturadas trans	Margarinas Cereales chocolateados Galletas, snacks Bollería, platos precocinados Fritos, envasados Salsas elaboradas	Reducir su ingesta al máximo <1%
Colesterol	Yema de huevo Carnes grasas Lácteos enteros	< 300mg/día

## RECOMENDACIONES PARA REDUCIR EL CONSUMO DE GRASA

- Elegir lácteos desnatados según grado de obesidad y edad.<sup>64</sup>
- Aumentar el consumo de pescado sobre el de la carne.
- Elegir carnes poco grasas, retirar grasa visible y en aves retirar la piel.
- Retirar la grasa visible de sopas y guisos.
- Limitar el consumo de embutidos grasos, elegir jamón York, serrano eliminando grasa visible, pechuga de pavo.
- Evitar precocinados, snacks, bollería, helados.
- Usar aceite de oliva o de maíz; para ensaladas mejor aceite de oliva virgen.
- Usar técnicas culinarias sencillas, asado, horno, guisado, "sancochado", plancha, al vapor; evitando rebozados, empanados, guisos con grasa y fritos.

*“Lo importante es que se diviertan y adquieran el gusto por las actividades deportivas”*



### 10.3 Abordaje de la actividad física y el ejercicio

La actividad y el ejercicio físico es la base fundamental para un buen estado de salud. Son numerosos los beneficios que se obtienen:

- Previene la aparición o desarrollo de los factores de riesgo cardiovascular, especialmente, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión, la dislipemia, la diabetes y las alteraciones del fibrinógeno y de la agregación plaquetaria.
- Mejora la sensibilidad a la insulina y el perfil lipídico. Reduce los niveles de triglicéridos y c-LDL y aumentar las tasas de c-HDL.
- El aumento del gasto calórico es útil para mantener la pérdida de peso,

siempre asociado a un soporte nutricional adecuado.

- La práctica habitual de al menos 30 minutos diarios de ejercicio físico **contribuye al bienestar físico y mental** (mejora la autoestima, el rendimiento escolar,...).
- La práctica habitual de ejercicio físico en la infancia, favorece que éste hábito se mantenga en la adolescencia y la edad adulta.
- El ejercicio aeróbico intenso o el entrenamiento muscular desde la infancia junto con el adecuado aporte de calcio, **contribuyen a la prevención de la osteoporosis en la edad adulta.**

*Los efectos beneficiosos del ejercicio físico tanto en la obesidad como en la prevención de la misma pueden ser superiores a las restricciones en la ingesta calórica.*

#### DEFINICIONES Y CONCEPTOS BÁSICOS

Sedentarismo o inactividad física	Falta de actividad física con el consiguiente bajo gasto energético diario. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desplazamiento habitual en transporte, uso del ascensor, actividades de ocio sedentarias (TV, Ordenadores, videoconsolas,...)</li> </ul>
Actividad Física	Movimiento corporal voluntario realizado por los músculos esqueléticos que aumenta el gasto energético. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad física escolar, doméstica, ocio activo...</li> </ul>
Ejercicio Físico	Es un término más específico que implica una actividad física planificada, estructurada y repetitiva, que se realiza en el tiempo libre, y tiene como objetivo la mejora y el mantenimiento de la forma física. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caminar, correr, pedalear, nadar, gimnasia, ...</li> </ul>
Deporte	Ejercicio físico realizado de una forma reglada y estructurada con el objetivo de lograr o aproximarse al límite de la capacidad de esfuerzo para mejorar el rendimiento; generalmente con fines competitivos. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fútbol, padel, tenis, baloncesto, ...</li> </ul>



## TIPOS DE ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO O DEPORTE

**Ejercicio aeróbico:** produce la degradación completa de hidratos y grasa en presencia de oxígeno, produciendo beneficios cardiorespiratorios; a efectos prácticos **el ejercicio físico aeróbico es aquel que produce sudoración al realizarlo con cierta intensidad, pero que permite hablar a la vez, sin jadear.**

Ir en bici, caminar, correr, nadar, bailar, saltar a la cuerda, patinar, palear en canoa....

**Ejercicio anaeróbico:** produce una degradación parcial de los hidratos sin participación del oxígeno. **Se realiza ejercicio físico anaeróbico cuando por su intensidad se produce sudoración, provoca una respiración jadeante y dificulta mantener una conversación a la vez.**

Footing, baloncesto, balonmano,...

**Estiramiento muscular:** es la actividad física que hace que los músculos trabajen más que en las actividades de la vida diaria. Esta actividad desarrolla y fortalece los músculos y los huesos.

Escalar, trepar árboles, danza, gimnasia rítmica, remar, transportar objetos, ...

**Estiramiento óseo:** produce una fuerza en los huesos que promueve el crecimiento óseo. Normalmente se produce por un impacto con el suelo. Estas actividades también son aeróbicas y de estiramiento muscular.

Correr, saltar, tenis, baloncesto,.... Estas actividades también combinan el ejercicio aeróbico y el estiramiento muscular.

**Actividades de flexibilidad,** la flexibilidad es la capacidad de las articulaciones para moverse en todo su rango de movimiento, es mayor en las chicas que en los chicos, tiene un carácter específico para cada parte del cuerpo.  
Lo ideal es empezar a realizarlas a edades tempranas y continuar durante toda la vida.

Gimnasia, artes marciales (kárate, judo), yoga, pilates, ejercicios de estiramiento...

## VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

La prescripción de la actividad física o ejercicio igual que otra indicación terapéutica, requiere una valoración específica previa, evitando hacer recomendaciones generales.

Identificar los siguientes aspectos:

- Nivel de actividad: sedentario, actividad física, ejercicio o práctica deportiva y características.
- Capacidad según edad y/o patologías o déficit asociado, gustos, preferencias y habilidades.
- Las posibilidades en cuanto a espacios o instalaciones adecuadas para ello y disponibilidad de tiempo.
- Experiencias previas, motivos del abandono de la actividad, ejercicio o deporte.

## ¿QUÉ RECOMENDAR?

- *En la infancia y adolescencia se debe realizar al menos 60 minutos (y hasta varias horas) de actividad física de intensidad moderada a vigorosa todos o la mayoría de los días de la semana.*<sup>35</sup>
- *Al menos dos días a la semana, esta actividad debe incluir ejercicios de fuerza muscular, ósea y de flexibilidad.*<sup>35</sup>

Las actividades que más beneficios suponen para el desarrollo y la salud en la infancia y adolescencia son aquellas que reúnen los siguientes criterios:

- Que combinen el estiramiento muscular, óseo y la flexibilidad.
- Con una intensidad de moderada (debe ser capaz de mantener una conversación, pero con cierta dificultad) a intensa (produce una respiración jadeante con dificultad para hablar).
- Durante al menos una hora al día, aunque ésta se realice por acumulación de varias sesiones de duración no inferior a 15 minutos a lo largo del día; idealmente a diario o al menos cinco días a la semana, mediante:
  - **Actividades de ocio:** Ir en bicicleta, correr, saltar a la cuerda, bailar, escalar, trepar árboles, jugar a la pelota, patín, monopatín, juegos en la playa (palas, correr, nadar,...), juegos espontáneos durante los recreos escolares,...
  - **Participar en actividades domésticas:** barrer, fregar los suelos, ayudar a realizar y llevar bolsa de la compra...

- **Realizar tareas habituales caminando:** ir al colegio, subir y bajar escaleras (no usar el ascensor) usar la bicicleta en lugar del coche siempre que sea posible,...

*Inicialmente, aumentar la actividad física en la vida diaria e incorporar paulatinamente el ejercicio físico de forma habitual, motivando para la práctica deportiva.*

#### Realizar Ejercicio físico:

- **Ejercicio físico escolar.**
- **Ejercicio físico de ocio:** la práctica rutinaria a nivel individual o en gimnasio, de un determinado tipo de ejercicio con la intención de mejorar el rendimiento físico (caminar o correr con un programa de mejora de rendimiento, danza, aerobio, mantenimiento, gimnasia rítmica,...).

#### Realizar deporte:

**Deporte:** Entrenamiento y competición deportiva (fútbol, tenis, gimnasia rítmica, baloncesto, artes marciales,...).

### ¿CÓMO HACER LA RECOMENDACIÓN PARA AUMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA?

#### EN QUIENES YA REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA, EJERCICIO O DEPORTE

- Iniciar la intervención valorando positivamente la actividad que realiza.
- Destacar los aspectos lúdicos de la actividad física y los beneficios de salud. Individualizar para cada persona teniendo en cuenta los componentes de género y de especial vulnerabilidad, contemplando sus capacidades, expectativas y valores.
- Valorar la adecuación de la actividad que realiza en cuanto al tipo de ejercicio, frecuencia, duración e intensidad.
- Pactar conjuntamente la mejora de aquellos aspectos que no se cumplen adecuadamente (tipo de ejercicio, frecuencia, duración e intensidad).
- Pactar un plan para aumentar la actividad que realiza actualmente.
- Valorar la incorporación de otras posibles actividades como complemento a las habituales.
- Dosificar el inicio y aumento progresivo en frecuencia, intensidad y duración.
- Seguimiento periódico para verificar cumplimiento, identificar dificultades y destacar logros.

## ¿CÓMO HACER LA RECOMENDACIÓN PARA AUMENTAR LA ACTIVIDAD FÍSICA?

### EN QUIENES SON INACTIVOS O SEDENTARIOS

- Identificar capacidades, habilidades, preferencias, disponibilidad de tiempo y espacios o instalaciones para la práctica de ejercicio o actividad física.
- Destacar los aspectos lúdicos de la actividad física sobre los beneficios de salud. Individualizar para cada persona teniendo en cuenta los componentes de género y de especial vulnerabilidad, contemplando sus capacidades, expectativas y valores.
- Explicar las características para la adecuada práctica de la actividad (tipo, intensidad, frecuencia y duración).
- Pactar conjuntamente el Plan para aumentar la actividad o iniciar la práctica de ejercicio.
- Dosificar el inicio y aumento paulatino y progresivo de la intensidad y duración.
- Realizar seguimiento periódico para valorar la adherencia, adecuar y aumentar la actividad según la evolución de su capacidad física, identificar las dificultades y destacar los logros.

## ¿CÓMO REDUCIR EL TIEMPO DEDICADO AL OCIO PASIVO?

El ocio pasivo (ver la televisión, ordenador, videojuegos,...), tiene un doble impacto sobre el aumento de peso; por un lado, es tiempo que se quita para realizar actividades físicas; es decir, no se gasta energía y, por otro lado, la influencia de la publicidad de alimentos genera la ingesta de productos alimenticios con alto contenido energético.

- No disponer de TV, videoconsola u ordenadores en los dormitorios ni zona de comida.
- Establecer horarios de TV y controlar tiempos de ordenador, internet, videojuegos.
- En la población infantil y adolescente con sobrepeso u obesidad, se aconseja limitar las horas de ocio pasivo (televisión, videojuegos,...) a menos de 2 horas al día con el objetivo de reducir el sedentarismo.
- Realizar todas las tareas que sean posibles andando, ir al colegio, subir escaleras, ...
- Integrar a todos los componentes de la familia en actividades domésticas, en actividades física de ocio y tiempo libre.
- Ofrecer como premios y obsequios juegos que favorezcan la actividad física, evitando los electrónicos.

#### FALSAS CREENCIAS

La práctica de ejercicio, no puede considerarse como una licencia para comer. El gasto energético del ejercicio físico vigoroso es inferior al contenido calórico de muchos alimentos considerados como "fast foods". Por ejemplo, caminar a 5 km/h consume 200 kcal, que es el mismo número de calorías que contiene una bolsa de papas fritas de 30 g.

La actividad física, no tiene que ser aburrida y debe ser algo divertido y gratificante, no es necesario acudir a un gimnasio para ello, puede conseguirse con juegos activos, pasear, desplazarse caminando. Aprovechar la actividad rutinaria y en el entorno habitual, será la mejor forma para integrarlo en el estilo de vida.

### 10.4 Abordaje médico-quirúrgico

El abordaje nutricional y un aumento de la actividad física, por si solos, no siempre consiguen un adecuado control del peso. Es por ello que han ido surgiendo alternativas terapéuticas que sirvan de coadyuvantes al tratamiento de dieta y ejercicio, tanto farmacológicas como quirúrgicas.

La indicación de terapia farmacológica se suele reservar para obesidades importantes con comorbilidades asociadas, y que no hayan respondido a un tratamiento de modificación de la dieta y los estilos de

vida y siempre bajo un cuidadoso control en la Atención Especializada.

La cirugía bariátrica utilizada en adolescentes con obesidades muy severas y con patologías asociadas graves, pueden obtener resultados a corto o medio plazo, pero sus efectos a largo plazo aún no han sido suficientemente estudiados.

No obstante, en los últimos años, han ido apareciendo ensayos clínicos con resultados prometedores, lo cual puede hacer cambiar a corto plazo el uso de fármacos o técnicas quirúrgicas para el abordaje de la obesidad en estas edades.