



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 –ENERO DE 2009

“OBESIDAD INFANTIL”

AUTORÍA ESTEFANÍA MÁRQUEZ MÁRQUEZ
TEMÁTICA OBESIDAD INFANTIL
ETAPA EDUCACIÓN PRIMARIA

Resumen

En la actualidad hay el triple de niños obesos que hace sólo 10-15 años, y esto se debe a los cambios en los estilos de vidas cada vez más sedentarios y más consumistas. Este hecho puede traer consecuencias importantes por lo que desde la escuela, en coordinación con los demás sectores de la comunidad educativa, se debe trabajar para modificar dichos estilos de vida e ir reduciendo los índices de obesidad.

Palabras clave

- Obesidad
- Hábitos de vida poco saludables: sedentarismo

1. LA OBESIDAD. MARCO TEÓRICO

La obesidad es una alteración debida al tipo de vida actual; es prácticamente la más notoria. Los países más desarrollados son los que tienen mayor índice de obesidad. Se considera que hay obesidad cuando la persona tiene más de un 20% de peso por encima del ideal.

El peso ideal se saca de unas investigaciones sobre cómo influye el peso en la mortalidad, por enfermedades cardiovasculares y demás. Hay quien lo establece en función de la altura (1,70 cm = 70 Kg.) y hay quien lo establece en función de la constitución de la persona.

El peso ideal será aquel que te permita realizar la actividad diaria con movilidad.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 –ENERO DE 2009

1.1. Definición de obesidad

La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa corporal, especialmente en el tejido adiposo, y que se puede percibir por el aumento del peso corporal cuando alcanza 20% a más del peso ideal según la edad, la talla, y sexo de la persona en cuestión.

1.2. Causas de la obesidad.

Podemos dividir las causas en dos tipos:

✓ ENDÓGENAS → tienen que ver con el propio individuo, como la genética, aunque esta no es determinante. Por otro lado encontraremos las cuestiones metabólicas.

✓ EXÓGENAS → relacionada con los estilos de vida, si es saludable o no. Si esto no se controla hay muchas posibilidades de ir directo a la obesidad. Las calorías que no se gastan se acumulan.

1.3. La obesidad y otras enfermedades

La obesidad podemos relacionarla con otras alteraciones como es la diabetes, la arteriosclerosis, la hipertensión y el colesterol.

Con el paso del tiempo los obesos se convierten en diabéticos, pero no al contrario, es decir, los diabéticos no tiene porqué ser obesos.

La obesidad origina la acumulación de grasas en las arterias, esto causa problemas cardiovasculares, como es el caso de la arteriosclerosis.

1.4. El peso graso

Se considera obesa a una persona no en función de su peso, sino en función del % de grasa que tiene. De manera que el peso total del cuerpo podría indicarse con la suma del peso de grasa y el peso restante o residual. Éste último tiene que ver con los huesos (peso óseo), con la musculatura (peso magro o muscular) y con el resto del cuerpo (sangre y demás; peso residual).



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 –ENERO DE 2009

El peso graso se calcula a través de los pliegues cutáneos. El aparato con el que se mide es el plicómetro. Siempre se mide en el mismo sitio, el lado derecho del cuerpo. Se miden el pliegue del tríceps, el del muslo, el de la pantorrilla o gemelo, el subescapular, el supraíliaco y el del pecho. Con estos 6 pliegues se hace una formulita y se saca el tanto por ciento de grasa.

La razón de que esto se haga en los pliegues cutáneos es porque el 50% de la grasa del cuerpo está debajo de la piel (para protegernos del frío y demás). También hay grasa rodeando los órganos principales, pero la mayor parte está debajo de la piel.

Otra forma de medir el peso graso es la densimetría, en la que el individuo se sienta en una silla, luego se mete en una cubeta de agua y se hace una fórmula relacionada con el principio de Arquímedes.

Otra forma es midiendo la velocidad de los impulsos nerviosos, se llama impudencia, se colocan sensores al individuo.

Todos estos métodos son indirectos, el único directo es medirlo en un cadáver.

El peso graso sería más o menos para las chicas entre el 18 y el 20%. Sobre el 30% ya ronda la peligrosidad y se consideraría obesa. Para los chicos entre el 12 y el 18%, considerándose obeso alrededor del 23%.

El índice más utilizado en la actualidad es el índice de masa corporal, que se refleja en la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso del cuerpo en Kg}}{\text{Altura en m}^2} = X \text{ Kg/m}^2$$

Lo normal en las chicas es de 21-23 Kg/m² y en los chicos de 22-24 Kg/m². El mínimo de salud sería en las chicas de un 8% de grasa y en chicos un 5%.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 14 –ENERO DE 2009

1.5. Tipos de obesidad.

Hay una doble clasificación: en función donde se deposita la grasa y en función de qué sucede con las células grasas.

a) EN FUNCIÓN DE DÓNDE SE DEPOSITA LA GRASA

- Obesidad androide: típica del sexo masculino. La grasa se encuentra principalmente en el cuello, hombros, espalda y sobre todo abdomen.

- Obesidad ginoide: se acumula fundamentalmente en muslos, caderas y puede que en la zona del pecho, también en glúteos.

Los depósitos de grasa son las células que se llaman adipositos; y el tejido donde se acumulan se llama tejido adiposo.

b) EN FUNCIÓN DE QUÉ SUCEDE CON LAS CÉLULAS GRASAS

- Obesidad hipertrófica: si las células grasas aumentan su tamaño; típico del hombre.

- Obesidad hiperplaxia: si aumenta el número de células grasas; típico de la mujer.

La masa muscular tiene un mayor gasto calórico que la masa grasa, esto nos permite decir que si favorecemos la musculatura pues favorecemos el gasto calórico (se busca la fuerza, la tonicidad).

Por otro lado, las personas obesas tienen falta de movilidad, con lo que hay que buscar esa movilidad con ejercicio aeróbicos, de intensidad muy ligera y de larga duración (andar, correr, nadar, etc.).

Hay una teoría llamada “el punto fijo”, que dice que cuando el cuerpo alcanza un peso intenta mantenerse en él, por eso cuesta un poco más perder peso.

Hoy en día, esta obsesión por el peso, da lugar a patologías como la anorexia y la bulimia. Casi siempre la obesidad tiene retorno, a no ser que sea una, a no ser que se trate de casi muy excepcionales como



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 –ENERO DE 2009

es la *obesidad mórbida*, en la que el sujeto tiene un tipo de vida totalmente anormal en la que no se puede ni levantar, no se puede valer por sí mismo; de ahí a la muerte hay un solo paso.

2. LA OBESIDAD INFANTIL

La obesidad infantil se ha triplicado en los últimos 15 años en nuestro país debido a los cambios en los hábitos alimentarios y en los estilos de vida. Por los avances informáticos y tecnológicos, y el frenético ritmo de vida de los padres, los niños/as están en casa viendo la tele o jugando al videojuego y al ordenador en lugar de estar corriendo y jugando como hacíamos antes, y esto va a traer consecuencias importantes como está haciendo ya.

Actualmente un 16% de la población infantil es obesa, sólo Inglaterra está por delante nuestra en la Unión Europea. Y este sector de la población infantil verá aún más dañada su salud con problemas físicos (diabetes tipo II, colesterol, hipertensión, etc) y psicológicos (baja autoestima, incluso depresiones).

2.1. Causas de la obesidad infantil

Los factores para que haya aumentado el índice de obesidad infantil en la población son diversos, pero entre ellos hay dos que son los más determinantes, y se trata de los cambios en los hábitos o estilos de vida, y por otro lado, los cambios alimenticios.

Los niños/as de hoy pasan la mayor parte del día parados, sin moverse, pues además de las 8-10 horas que pasan durmiendo, están 6 horas en el centro, de las cuales 5 horas y media están sentados en un pupitre, pero ahí no acaba la historia, porque por la tarde ya no van a jugar a la calle como antes, sino que se pasan toda la tarde sentados viendo la tele o jugando al videojuego o conectados a Internet, por lo que sólo se mueven de camino de un sitio a otro.

Es decir, los niños/as han pasado a un estilo de vida sedentario, donde los juegos y las actividades físicas, esenciales para su desarrollo y crecimiento, han sido sustituidos por los videojuegos, el ordenador y la televisión.

Además del tipo de vida sedentaria, la alimentación ha dado un vuelco, puesto que la dieta mediterránea ha dejado pasado a la comida rápida. Y esto se debe a que los padres, en la actualidad muy ocupados entre el trabajo, las tareas de la casa y ocuparse de los niños, tienen muy poco tiempo, y



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 –ENERO DE 2009

por lo tanto hacen comidas “diferentes” a sus hijos, y con diferentes me refiero a comidas más rápidas, o comidas ya precocinadas que sólo hay que calentar en el microondas y en dos minutos se pueden servir.

En el centro podemos ver claramente el tipo de alimentación que tienen los alumnos/as, pues si nos vamos a la hora del recreo al patio, si no hay ningún plan para un desayuno adecuado, veremos mucha bollería industrial, alimento estrella en la dieta de los niños/as y jóvenes. Si a los padres no les da tiempo por la mañana de hacer un bocadillo siempre se puede recurrir a la bollería industrial, o por las tardes, qué mejor merienda que un bollo... esto es algo que debemos cambiar, e ir inculcando la idea de la importancia de una alimentación sana.

Además de los estilos de vida sedentarios y el cambio en la alimentación, encontramos otros motivos que causan el aumento en la obesidad infantil, como es que el niño/a sufra un trastorno psicológico, lo que le va a producir la obesidad; o bien, influencias sociales, fisiológicas, metabólicas y genéticas, por ejemplo, que los padres del niño/a también sean obesos.

2.2. Consecuencias de la obesidad infantil

Tradicionalmente la obesidad era un problema asociado a las personas adultas, pero debido a las causas que hemos visto anteriormente, ya está afectando a una población cada vez más joven, por lo que afecta a la escuela ya que nos encontramos con algunos casos de obesidad infantil en nuestras aulas.

Si el niño/a obeso no es tratado adecuadamente, modificándole su alimentación y estilos de vida, éste sufrirá consecuencias importantes, que afectarán fundamentalmente a su salud, ya que puede generar numerosas alteraciones, como pueden ser las siguientes:

- diabetes tipo II
- hipertensión y colesterol
- enfermedades cardiovasculares
- problemas en los huesos y articulaciones
- dificultades respiratorias
- problemas cutáneos
- problemas psicológicos: son rechazados y marginados socialmente, lo que provoca desánimo, baja autoestima, y en ocasiones conduce al consumo de drogas



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 –ENERO DE 2009

- trastornos que derivan en anorexia y bulimia

2.3. Prevención y tratamiento de la obesidad infantil

Es importante prevenir que los niños/as padezcan esta enfermedad, para que la salud no se vea afectada, sobre todo en esta fase de la vida en la que están creciendo y desarrollándose. Por ello, es necesario una educación y atención adecuada para la prevención de la obesidad.

Pero, ¿en qué consiste esta prevención?, fundamentalmente la basamos en dos aspectos básicos: alimentación, y realización de actividad física.

Por un lado la alimentación, ya que el niño/a debe alimentarse bien desde que es pequeño, para ello tendrá una alimentación variada y completa. Al decir una alimentación completa no quiere decir enormes cantidades, pues hay que comer para estar hartos, pero no hasta no poder más, lo que sí es perjudicial.

La familia es el principal modelo en la adquisición de hábitos alimenticios, por lo que los padres deben tener también unos buenos hábitos, para que eso sea lo que vean los niños/as desde pequeños, y esa sea la actitud que desarrollen. No es lo mismo un niño/a cuyos padres sólo comen comida rápida, y para el desayuno o la merienda les dan bollería industrial, y entre comidas golosinas, que otro niño/a cuyos padres llevan una dieta equilibrada, con un desayuno completo, y que controlan el consumo de golosinas, bollos y todo este tipo de productos.

El Ministerio de Sanidad español propone unas sugerencias de hábitos alimenticios saludables, que resumimos en las siguientes:

- Alimentación equilibrada a través de la variedad de alimentos.
- Los hidratos de carbono (cereales, patatas y legumbres) deben ser la base de la alimentación (50-60% de la dieta).
- Las grasas no superarán el 30% de la dieta, evitando las grasas saturadas y ácidos grasos.
- Las proteínas suponen el 10-15% de la dieta, se combinarán las de origen animal y vegetal.
- Consumir 5 raciones al día de frutas, verduras y hortalizas.
- Moderar el consumo de productos ricos en azúcares simples (dulces, golosinas...).
- Reducir el consumo de sal, y promover el uso de sal yodada.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 –ENERO DE 2009

- Beber 1-2 litros de agua al día.
- Hacer un desayuno completo: lácteos, cereales y frutas.

Si a un buen hábito alimenticio añadimos la práctica habitual de ejercicio físico, ya sea en actividades extraescolares, en escuelas deportivas, jugando con los amigos por las tardes, salidas con los padres los fines de semanas, etc, los riesgos de sufrir la obesidad se ven muy reducidos.

Al igual que la prevención, el tratamiento de la obesidad se basaba en la alimentación y la actividad física, es decir, los estilos de vida. En este caso tendremos una dieta limitada, muy controlada por médicos y sus padres, y una actividad física regular. Es importante detectar el problema cuanto antes, para poder tratarlo desde el comienzo.

Deberemos tener en cuenta de que no todos los niños/as son iguales, por lo que el mismo plan o tratamiento no va a servir a todos, ya que uno tiene una personalidad, voluntad, intereses o situaciones personales diferentes a las de los demás. Y además, otro factor importante, va a ser la colaboración de los padres, pues sin esta ayuda, el niño/a no va a poder terminar con su problema; aunque el papel de los padres va a venir determinado por la edad de los niños/as, cuanto más pequeño sea, más importancia tendrán los padres, pero a mayor edad, los niños/as van a ser más autónomos en su tratamiento.

2.4. El papel de la escuela

Hemos visto como los padres son un modelo para los hábitos alimentarios de los niños/as, y la importancia que tienen en los procesos de prevención y tratamiento de la obesidad infantil. Pero la escuela también juega un papel fundamental en este proceso.

La escuela va a ser el principal precursor del cambio que es necesario en los hábitos alimentarios y los estilos de vidas. Por ello los maestros/as concienciarán a los alumnos/as de la importancia que tiene llevar a cabo una dieta equilibra, como la que vimos en el apartado de prevención, y la realización de actividades físicas de una forma regular.

Desde la escuela se combatirá el sedentarismo, promoviendo actividades físicas tanto en horario escolar (área de Educación Física y actividades complementarias) como en las actividades extraescolares, haciendo una propuesta atractiva para intentar llamar la atención del mayor número de alumnos/as, para que éstos practiquen dichas actividades.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 14 –ENERO DE 2009

Pero todo este trabajo no va a ser puntual, sino que debe ser continuo, y además que englobe a todas las áreas, de manera que todos los docentes se hagan partícipes del mismo, y en sus áreas, a través de los temas transversales de Educación para la Salud y Educación para el Consumidor, llevar a cabo actividades que faciliten dicho cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- Baile Ayensa, J.I. (2007): *Obesidad infantil*. Madrid: Síntesis.
- Druart, D., Janssens, A. y Waelput, M. (2007): *Prevenir la obesidad infantil: cultivar el gusto y el olfato a partir de dos años y medios*. Barcelona: Octaedro.
- Foz, M. y Formiguera Sala, X. (1998): *Obesidad*. Madrid: Elsevier.
- Lirio Casero, J. (2006): *Obesidad infantil*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Serra Majem, L. (2001): *Obesidad infantil y juvenil*. Barcelona: Masson.

Autoría

- Nombre y Apellidos: Estefanía Márquez Márquez
- Centro, localidad, provincia: Rota, Cádiz
- E-mail: estefi_mm@hotmail.com