

# Familias + Activas: Enfermería Familiar y Comunitaria ante el reto de la atención a la Obesidad Infantil en Atención Primaria.

Silvia Domínguez Fernández<sup>1</sup>, Beatriz Valdivieso Fernández de Valderrama<sup>2</sup>, Rosa María Martínez Ortega<sup>2</sup>, Susana Aznar Laín<sup>3</sup>, Cristina Romero Blanco<sup>3</sup>, Diego José Villalvilla Soria<sup>2,3</sup>.  
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid<sup>1</sup>, AP de Madrid<sup>2</sup>, Universidad de Castilla La Mancha<sup>3</sup>.

Manuscrito recibido: 22/04/2019  
Manuscrito aceptado: 24/04/2019

## Cómo citar este documento

Domínguez-Fernández S, Valdivieso-Fernández de Valderrama B, Martínez-Ortega RM, Aznar-Laín S, Romero-Blanco C, Villalvilla-Soria DJ. Familias + Activas: Enfermería Familiar y Comunitaria ante el reto de la atención a la Obesidad Infantil en Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2019 Agosto; 7 (3): 28-40.

## Resumen

El aumento de la prevalencia de la obesidad infantil situándonos entre los países con los peores datos de nuestro entorno, ha coincidido en el tiempo con el desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Se impone un análisis crítico de los errores que han podido facilitar esta tendencia: no abordar los determinantes socioculturales en su conjunto, la falta de orientación a la promoción de salud del sistema de salud y la escasa aplicación de metodologías de intervención en el ámbito familiar son claves para entender algunos de los aspectos a subsanar para intentar ser más eficaces desde nuevos

programas innovadores. Se justifican los contenidos del programa "Familias + Activas" que considera desde un abordaje multidisciplinar compartido de la obesidad infantil los determinantes socioculturales y psicosociales, junto con una atención más innovadora en el ámbito de la educación nutricional y promoción de actividad física y salud. Además, pretende renovar el abordaje de la atención a las familias de niñas y niños diagnosticados de obesidad infantil para optimizar el papel que los profesionales de Enfermería Familiar y Comunitaria pueden desarrollar en el ámbito de los servicios de salud.

## Palabras clave:

Obesidad infantil; Abordaje comunitario; Tratamiento; Atención Primaria

# Most active families: family Nursing and community in the face of the challenge of attention to childhood obesity in primary care

## Abstract

The increase in the prevalence of childhood obesity to be among the countries with the worst data in our environment has coincided in time with the development of primary health care. A critical analysis of the errors that have been able to facilitate this tendency is imposed, not to address the socio-cultural determinants as a whole, the lack of orientation to the health promotion of the health system and the scarce application of intervention methodologies in The family environment is key to understanding some of the aspects to be corrected to try to be more effective from new innovative programs. It justifies and presents the contents of the program "Families + active" that from a multidisciplinary approach shared of childhood obesity, the consideration of the socio-cultural and psychosocial determinants, along with more innovative approaches in the Area of nutritional education and promotion of physical activity and health, aims to renew the approach of the attention to families of children diagnosed with childhood obesity to optimize the role that family and community nursing professionals can develop in the field of health services.

## Keywords

*Childhood obesity; Community approach; Treatment; Primary care.*

## Introducción

La obesidad infantil (OI) se ha convertido en un problema de importante magnitud que atrae la atención del mundo científico y protagoniza grandes esfuerzos en salud pública y educación. Las causas de dicho problema son multifactoriales y extremadamente complejas, y se han abordado muchos focos de intervención para intentar invertir la tendencia. En este contexto, potenciar la implicación de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria como recurso en la atención a los niños y niñas con OI en el contexto de Atención Primaria (AP), es un reto que requiere ser atendido.

En España, coincidiendo con los inicios del desarrollo de la AP, el estudio Paidos (1)

del año 1984, estimó una prevalencia de OI del 4,9%, mientras que en el Estudio EnKid (2), constataron que la prevalencia global de sobrepeso y obesidad fue de 12,4% y 13,9% respectivamente, siendo ambas superiores en varones. Este estudio (2) fue diseñado para evaluar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española. Más recientemente en el estudio Aladino 2015 (3) se valoró a 10.899 niños (5.532 niños y 5.367 niñas) de 6 a 9 años en 165 centros escolares de todas las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de España. La prevalencia de sobrepeso hallada fue del 23,2 % (22,4 % en niños y 23,9 % en niñas), y la prevalencia de obesidad fue del 18,1 % (20,4 % en niños y 15,8 % en niñas), utilizando los estándares

de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A pesar de una tendencia reciente al descenso de la prevalencia, España es uno de los países europeos con mayor porcentaje de exceso de peso en la infancia según el Estudio Aladino 2015 (3). La prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños y niñas de 6 a 9 años en España es muy alta, y sigue constituyendo un grave problema de Salud Pública. El desarrollo de la AP de salud no ha sido suficiente para impedir el avance de esta epidemia.

De entre los posibles factores asociados a la obesidad, siguen relacionándose de forma significativa los relacionados con los hábitos de alimentación y con la falta de actividad física, no desayunar a diario, disponer de televisión, ordenador o videojuegos en su habitación, ver la televisión durante más de 2 horas diarias, dormir menos horas, bajo nivel de ingresos económicos de la familia y bajo nivel educativo de padres y madres (3). Los principales contribuyentes se siguen considerando la falta de actividad física de la población y las estrategias de alimentación equivocadas. ¿En qué podríamos mejorar la atención? ¿Cuáles han sido

los errores? La mayoría de las líneas de investigación se han centrado en nutrición y actividad física, podemos comprobar que el sobrepeso y la obesidad son un problema complejo en que hay cientos de factores que contribuyen, pero probablemente nos estemos equivocando en no considerar los determinantes socioculturales en su conjunto (4) y la intervención en los mismos.

El impacto en la salud derivado de la obesidad en la infancia, es peor de lo esperado. Los niños y niñas que adquieren la condición de obesos u obesas en la infancia, podrían tener un riesgo entre un 30-40 % mayor de accidente cerebrovascular y enfermedad cardiaca que los niños y niñas con normopeso (5), una realidad, junto con otras comorbilidades, que podría amenazar la sostenibilidad del sistema sanitario. El enfoque integral de enfermería pretende trabajar desde las esferas más importantes enumeradas por la OMS para el problema de la OI. El programa "Familias + Activas" lo ha materializado en 5 Centros de interés: seguimiento clínico (un problema de todos), aprender a comer en familia, impulsando el cumplimiento

Figura 1. Componentes del programa educativo



Elaboración propia.

del ejercicio físico y sueño recomendado, mejorando la salud emocional y el control de peso, y abordando los determinantes socioculturales de la obesidad.

Establecemos un programa de enseñanza estructurada estableciendo 50 pasos (10 pasos por cada ámbito de actuación o área de interés). La enseñanza estructurada es una estrategia impulsada en el contexto del desarrollo del rol de enfermera entrenadora en autocuidados (6). Cada paso incluye materiales educativos que pueden ser utilizados en consulta familiar programada o mediante un programa de educación grupal dirigido a cuidadores de niños y niñas con OI.

## Desarrollo

### I. JUSTIFICACIÓN POR CENTROS DE INTERÉS.

#### 1. Seguimiento y atención compartida a la OI: Un problema de todos.

En el caso de las intervenciones destinadas a reducir la prevalencia de la OI, solo existe evidencia de la efectividad a largo plazo en los estudios en los que hay una participación comunitaria y una intervención específica sobre los progenitores (7).

Según La Carta Europea Contra la Obesidad de la OMS, las raíces de la epidemia de obesidad se hallan en factores sociales, económicos y medioambientales rápidamente cambiantes, que determinan los estilos de vida de las personas. El incremento de la prevalencia en los últimos años guarda relación con factores ambientales como el sedentarismo y hábitos dietéticos inadecuados, además de elementos internos y externos relacionados con la motivación de seguir conductas saludables.

La Enfermera Familiar y Comunitaria, en su día a día en AP, tiene la oportunidad de desarrollar funciones de Educación para la Salud que contribuyan a mejorar la captación de niños y niñas con sobrepeso,

obesidad o factores de riesgo relacionados con estilos de vida saludables. Además, es el colectivo profesional mejor posicionado para prestar una atención integral a la unidad familiar, principal ámbito de intervención ante este problema. En este contexto, es necesario un abordaje multidisciplinar. En nuestro proyecto piloto se ha favorecido un abordaje multidisciplinar mediante programas de formación compartidos, especialmente entre AP y Atención Especializada con la coordinación de un número amplio de especialidades: pediatría, medicina de familia, fisioterapia, enfermería, ciencias de la actividad física y del deporte, educación social y trabajo social junto con centros deportivos y movimientos asociativos representativos comprometidos con la promoción de salud en la infancia

Impulsamos la intervención de atención a la OI completando las actuaciones de prevención primaria del programa del niño sano que contribuyen a facilitar la detección precoz "lo antes posible", y las actuaciones en el ámbito escolar con los casos de OI que responde en un elevado porcentaje a familias vulnerables. Este tipo de programas, que progresivamente se implantan en AP como modelo de atención a la obesidad en la infancia, precisan de elementos facilitadores: incluir en cartera de servicios la "Atención a la OI", "Atención al sedentarismo" y completarlo con programas de sensibilización, formación, investigación y evaluación de resultados.

#### 2. Aprender a Comer en familia.

El entorno familiar es uno de factores con mayor peso en la elección de alimentos y las conductas alimenticias de los niños y niñas (10). Los padres y las madres, determinan las conductas alimentarias y estilo de vida de sus hijos e hijas en diferentes aspectos como la disponibilidad y accesibilidad de los alimentos, la estructura de la comida, el ambiente familiar durante las comidas y mediante la relación emocional que existe entre progenitores e hijos/hijas (11). El compromiso con

la salud de los cuidadores en su conjunto determina la salud infantil, así el hábito tabáquico de progenitores fumadores se ha asociado a un mayor riesgo de obesidad y a peores hábitos alimentarios del niño o niña (12). Los padres y las madres pueden influir en el peso de sus hijos e hijas con los mismos comportamientos que les han llevado a ellos a tener exceso de peso (13). Los niños o niñas con progenitores que presentan exceso de peso tienen una mayor preferencia por comidas altas en grasas y azúcares, y al mismo tiempo rechazan más las verduras y hortalizas que los niños y niñas con antecedentes familiares en situación de normalidad o delgadez (14). Existen diferencias en el consumo calórico total y en relación con los distintos grupos alimentarios, especialmente en relación con el nivel de estudios alcanzado. A menor nivel de estudios, más calorías se ingieren y la distribución de las calorías es más desequilibrada (15)

El nivel educativo y el conocimiento que, sobre los alimentos y su preparación, tienen las personas encargadas de hacer la compra y la comida, determinan la disponibilidad de alimentos en el domicilio, así como la cantidad o tamaño de la porción y de la ración, el tipo y calidad de la preparación, además de la distribución entre los distintos miembros del grupo familiar. Cuando el nivel educativo de la madre es inferior, se incrementa el consumo por parte de los niños o niñas del hogar de carnes y embutidos, pero también de frutos secos, snacks, dulces, golosinas y refrescos (16). Por ello se hace necesario trabajar el estilo de vida en relación con la alimentación con toda la familia en su conjunto.

### 3. Promoción de actividad física y salud en familia.

El ejercicio físico durante la infancia se ha asociado con porcentajes más bajos de grasa y menor riesgo cardiovascular (17). Resulta importante distinguir las diferencias entre comportamientos sedentarios y niveles bajos de actividad física (18).

Diversos estudios han encontrado que el tiempo dedicado a actividades sedentarias se ha asociado de forma independiente al aumento de obesidad (19). Otro de los mecanismos que explicaban el aumento de obesidad es que durante el tiempo dedicado a ver televisión los niños y niñas comían de manera inconsciente; y consumían cantidades de alimentos muy superiores a los que consumirían si no se encontrasen frente al televisor. Además, consumían alimentos de alta densidad calórica y poco valor nutricional (20). En los niños y niñas un gran número de investigaciones ponen de manifiesto la relación entre la falta o disminución del sueño y el aumento en las prevalencias de sobrepeso y obesidad (21). El ajustar los tiempos de actividad física, ocio sedentario y sueño a las recomendaciones (22) apropiadas para cada uno de los miembros de la familia es fundamental para el éxito del tratamiento

### 4. Salud emocional y control de peso.

En algunos casos es difícil distinguir si la obesidad es la causa o la consecuencia de un trastorno psicológico (23). El estado psíquico también influye en la elección de los alimentos, de hecho los niños y niñas con problemas emocionales tienden a experimentar un mayor número de aversiones a los alimentos (24, 25). Una revisión sistemática del comportamiento sedentario en niños y jóvenes encontró evidencias que muestran que ver más de dos horas de televisión al día se asociaba además de con un exceso de peso, con niveles de autoestima y sociabilidad más bajos (26). Igualmente, se han demostrado asociaciones entre algunos los factores de riesgo maternos como la insatisfacción corporal y la OI (27). En la OI, la edad de consulta por dicho problema suele ser tardía, alrededor de la pubertad; por lo tanto, el intervalo desde la edad de inicio hasta la edad de consulta por obesidad es muy amplio. Esto dificulta, en el plano psicopatológico, la distinción entre la

dimensión reactiva y la dimensión causal de los trastornos observados.

Durante la infancia, las personas con obesidad, sufren una discriminación precoz y sistemática por parte de su grupo de iguales, familiares y de la sociedad en general, como consecuencia del modelo actual que identifica la figura corporal esbelta y delgada como la perfección y a la que contraponen la imagen de la persona "obesa" como algo imperfecto y producto de una mezcla de debilidad, abandono y falta de voluntad (28).

El desprecio y la marginación que vive desde la infancia la persona con obesidad le causa un daño irreparable en la valoración de su imagen corporal y autoestima, hasta el punto de huir del contacto social por temor a la descalificación personal. (29).

## 5. Determinantes Socioculturales y salud

El abordaje de la OI requiere un abordaje con un modelo ecológico de los contribuyentes al sobrepeso y la obesidad en la infancia, el de las seis "C" (de su nombre en inglés de la diferentes esferas que se desarrollan alrededor del niño: cell, child, clan, community, country, culture –células, niño, familia, comunidad, país, cultura–) (30,31). Se tratan de impulsar familias más activas abordando los ámbitos –CELL (células-predisposición genética), CHILD (infancia) y CLAN (familia)–. Trabajamos con las comunidades mediante el impulso del modelo Escuela Activa y Comunidad Activa y demandamos acciones políticas y culturales para mejorar las condiciones de vida de la población que determinan el sedentarismo y OI (32).

### ATENCIÓN A LA OBESIDAD INFANTIL. Un problema de todos.

Tabla 1

#### MODELO 6 C

##### CULTURA / CULTURE

Características sociales y culturales

##### PAIS / COUNTRY

Características nacionales

##### COMUNIDAD / COMMUNITY

Características de la comunidad

##### FAMILIA / CLAN

Características familiares

##### NIÑO/NIÑA/ CHILD

Características de los niños y niñas

##### CÉLULA / CELL

Características genéticas y biológicas

Predisposición genética a la obesidad

Predisposición genética a desarrollar células grasas "blancas"

Tabla 2

CULTURA

Valores culturales relacionados con los procesos tecnológicos de los alimentos

Expectativas sobre los roles según género relacionadas con el ejercicio físico

Valores culturales y tecnológicos relacionados con el ejercicio

Pautas culturales para comer fuera de casa

Prácticas de alimentación en ocasiones especiales y festivos

Normas sobre porciones demasiado grandes

Normas de cortesía

Aceptación de publicidad de alimentos para niños con alto contenido energético.

Comportamientos culturales de ejercicio: frecuencia e intensidad

Normas de ejercicio en público

Legislación referente al ocio y espacios públicos

Relevancia de la percepción social de la imagen corporal

Estándares de belleza culturales y mitos

Tabla 3

PAÍS

Campañas de nutrición financiadas por el gobierno

Estructura del sistema sanitario

Guías de práctica clínica de alimentación

Estrategias estatales

Economía alimentaria del país

Legislación permisiva sobre máquinas expendedoras de alimentos en escuelas

Campañas deportivas financiadas por el gobierno

Infraestructuras de transporte de ámbito nacional

Guías deportivas de ámbito nacional

Políticas estatales de promoción de salud

Industria nacional del transporte.

Industria de manufactura de automóviles

Campañas de alimentación saludable en medios de comunicación

Representaciones sobre alimentación en los medios de comunicación

Publicidad de los alimentos en los medios de comunicación

Campañas de promoción de actividad física en medios de comunicación

Visión social del ejercicio físico transmitida en los medios de comunicación

Imagen corporal transmitida por los medios de comunicación

Imagen sobre salud/enfermedad transmitida por los medios de comunicación

**Tabla 4****COMUNIDAD**

Desatención sanitaria de la obesidad infantil
Accesibilidad y proximidad a establecimientos de comidas
Introducción temprana a alimentos sólidos en las escuelas infantiles
Poca o sin lactancia materna
Alimentos poco saludables en los comedores escolares y/o máquinas expendedoras
Medios de transporte utilizados localmente
Tasas de criminalidad y seguridad del vecindario
Horarios de ocio establecidos en la legislación local
Acceso a áreas recreativas y polideportivos
Actividad física obligatoria en las escuelas
Restricciones comunitarias de alimentos: por ejemplo religiosas.
Elección de alimentos influenciada
Representaciones culturales de marketing en los medios de comunicación
Conductas de trabajo locales
Marketing orientado a etnias /raza
Salud / enfermedad comunitaria
IMC comunitario
Raza/etnia comunitaria

**Tabla 5****FAMILIA**

Estímulo y ejemplo de los padres para tomar alimentos sanos
Alimentos disponibles en el hogar
Conocimientos de los padres sobre nutrición
Nivel de conocimientos de la madre limitado
Estímulo de las familias para realización de actividades deportivas
Conocimientos de las familias sobre deporte y salud
Medios disponibles en la familia
Restricciones de alimentos impuestas por los padres
Ingestas dietéticas de los padres
Tradiciones alimentarias. Castigos y premios.
No lactancia materna
Clima familiar durante las comidas
Horario de trabajo de los padres
Ocio familiar y tiempo de actividad
Estímulo de los padres
Preferencias y patrones de actividad de los padres
Uso familiar de medios audiovisuales
Relaciones familiares y estilo de crianza
IMC de progenitores
Raza / etnia familiar
Salud / enfermedad familiar
Salud mental de la madre

Tabla 6

NIÑO/NIÑA

Dinero para gastos
Riesgo Percibido
Horas de sueños suficiente
Motivación y energía suficiente
Ingesta dietética
Preferencia alimenticias formadas por hábitos
Interés en conocimientos nutricionales.
Comportamiento sedentario
Actividad física
Uso excesivo de medios audiovisuales
Género
Autoregulación y estado emocional
IMC Generación
Imagen corporal transmitida por los medios de comunicación
Periodo puberal
Raza / etnia

En Europa, se vienen observando las tasas más elevadas de obesidad en los países con ingresos más bajos; de acuerdo con los criterios Internacionales de obesidad, la obesidad es alta en Italia, España y Grecia (33). La influencia del entorno familiar en el sobrepeso y la obesidad es mayor durante la infancia, y parece que se reduce a medida que se incrementa la edad. Los bajos ingresos afectan la prevalencia de obesidad, el precio de los alimentos puede influir en la obesidad, dado que el consumidor, a la hora de la compra, elige los alimentos en función de su precio y no porque sean más o menos saludables, particularmente en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. (34).

En el contexto sociocultural, la intervención familiar es fundamental para incidir sobre el estilo de crianza. Las prácticas paternas y maternas pueden ser muy diversas y la comprensión entre la relación de las prácticas alimentarias familiares y los comportamientos alimentarios y el estado ponderal de los niños y niñas puede ser una de las claves para el control de la pandemia de la OI (35). Con la premisa de que el

estatus socioeconómico puede afectar indirectamente a la prevalencia de la obesidad, ciertos estudios se han atrevido a investigar sobre el tema y muestran resultados muy interesantes, pues parece que la situación socioeconómica de la familia determina el nivel de actividad física, el sedentarismo y el comportamiento dietético de los niños y niñas (36).

Los determinantes sociales, así como los estilos de vida referidos a la ingesta de alimentos y la actividad física, son los factores más conocidos y estudiados para conocer la complejidad de la aparición de la OI. Así, la OI se ha asociado inversamente con el bajo nivel socioeconómico familiar y nivel educativo materno, y positivamente con una historia familiar de obesidad, ver la televisión y alto consumo de bebidas azucaradas (37-39). Las prevalencias de sobrepeso y OI se asocian fuertemente al bajo nivel educativo y socioeconómico familiar, lo que repercute en las altas prevalencias de exceso de peso observadas a nivel poblacional. La persistencia de obesidad en el seguimiento de los niños y niñas de los 4 a los 6 años es muy alta. Con los datos del Estudio ELOIN

(40) se comprueba que un 75% de los niños que estaban obesos a los 4 años permanecieron en el mismo estado a los 6 años de edad. La influencia de los anuncios de alimentos en los deseos y decisiones de los niños y niñas estaba presente en todos los grupos de situación ponderal diversa pero especialmente en niños obesos (41), mostrando claramente la responsabilidad de la industria en el deterioro de la salud infantil.

## Conclusiones

Uno de los principales problemas que justifican los escasos resultados en el abordaje de la OI en AP es el fenómeno del infradiagnóstico que ya fue advertido décadas atrás en un estudio que detectó que solamente el 1,61 % de niños obesos eran conocidos en las consultas de AP (42). Los avances en esta problemática son escasos, la "Atención OI" es incluida en la cartera de servicios de forma pionera por la Comunidad de Madrid basándose en la evidencias científicas que avalan su tratamiento. Sin embargo, comprobamos que es muy reducido el porcentaje de niños y niñas con obesidad que es conocido y seguido en las consultas (un 4% en los primeros 5 años y sin superar el 17% en los datos muy recientes). Estos leves aumentos coinciden con la implementación de los programas de formación presenciales y a distancia de "Atención al sedentarismo y obesidad infantil" del proyecto "Familias + Activas", sin embargo los esfuerzos y recursos dedicados no han sido suficientes para lograr objetivos más ambiciosos. Está establecido que programas basados en los estilos de vida, el comportamiento e intervención familiar implementados por profesionales formados reducen el sobrepeso (43). Además, las intervenciones educativas han demostrado efectividad en el tratamiento de la obesidad en mayor medida que en la prevención y sus consecuencias (44), sin embargo la implementación de este tipo de intervenciones por parte de los servicios de salud es insuficiente. Por ese motivo en el programa

"Familias + Activas" se justifican intervenciones en las que la sensibilización de población y profesionales junto con la implicación de Enfermería Familiar y Comunitaria en formación e investigación se traduzca en una mejor calidad del servicio de atención a la obesidad en la infancia.

En el programa piloto de evaluación de Familias + Activas (45), comprobamos que a los dos años los niños y niñas con obesidad seguidos en el programa del niño sano empeoraban cuando no se aplicaba un programa específico para el seguimiento de la OI. Es muy probable que los cuidados enfermeros en AP orientados al abordaje integral de la OI, a través de la intervención familiar, puedan conseguir la mejora y normalización del peso en un gran número de niños y niñas cuando los profesionales cuentan con la capacitación adecuada. En estudios sucesivos (46), hemos comparado la efectividad del seguimiento en consultas programadas ofertadas a familias frente a la intervención grupal dirigidas a padres y madres de niños/y niñas con obesidad infantil. En ambas intervenciones los resultados globales han sido satisfactorios. A pesar de estos resultados experimentales, hay un gran número de niños que no mejoran. Según nuestras observaciones el principal determinante para predecir la evolución de la OI ha sido la valoración de la funcionalidad familiar. Las familias que presentaban un APGAR familiar menor de 7 (disfuncionales), eran las que peor respuesta tenían a la intervención. Las estructuras familiares que no satisfacen las necesidades de sus miembros por falta de implicación y/o falta

*Los niños y niñas con obesidad seguidos en el programa del niño sano empeoraban cuando no se aplicaba un programa específico para el seguimiento de la OI.*

*Para mejorar la atención a la OI y otros servicios, es significativo impulsar la visibilidad de la labor de Enfermería Familiar y Comunitaria, en un contexto de adecuación en relación a recursos humanos y formativos, en el que toda la ciudadanía identifique a su enfermera de referencia como un apoyo apropiado para hacer frente a la OI*

de tiempo, difícilmente corrigen la OI sin un abordaje de la disfunción familiar.

Para mejorar la atención a la OI y otros servicios, es significativo impulsar la visibilidad de la labor de Enfermería Familiar y Comunitaria, en un contexto de adecuación en relación a recursos humanos y formativos, en el que toda la ciudadanía identifique a su enfermera de referencia como un apoyo apropiado para hacer frente a la OI

. Es importante que, tanto por parte de la familia como por parte de los profesionales, se tome conciencia de que los profesionales de enfermería (sobre todo, desde AP) podemos ayudar a los niños y niñas a corregir su problema de obesidad mejorando la sensibilización del conjunto de la sociedad ante esta problemática. Nos encontramos ante un reto complejo ya que el peso de los determinantes socioculturales es muy importante, de esta forma la alta prevalencia de obesidad infantil no deja de ser una síntoma de una enfermedad llamada "capitalismo" que determina estilos de vida insanos que no son más que una severa consecuencia derivada de priorizar el crecimiento económico frente a la protección de la salud. Esta propuesta enfermera no deja de ser un acto de rebeldía ante una realidad social claramente perjudicial para la infancia. El proyecto "Familias + Activas", se ha pilotado en Vallecas, según el modelo "Comunidad+Activa" de la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) y ha sido elegido como ejemplo de buenas prácticas en JA-CHRODIS por la Unión Europea (30) y ha sido galardonada con la beca de investigación FAECAP 2019.

## Bibliografía

- (1) Paidós'84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. Madrid: Gráficas Jomagar; 1985.
- (2) Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P, et al. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio en Kid (1998-2000). Med Clín. 2003; 121(19):725-32.
- (3) Estudio ALADINO (Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2015). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN). Madrid; 2016.
- (4) Borràs PA, Ugarriza L. Obesidad infantil: ¿nos estamos equivocando? Principales causas del problema y tendencias de investigación. Apunts Med Esport. 2013;48(178):63-68.
- (5) Friedemann C, Heneghan C, Mahtani K, Thompson M, Perera R, Ward AM. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. BMJ [Internet] 2012 [acceso 19 de octubre de 2018]; 345. Doi: 10.1136/bmj.e4759. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23015032>
- (6) Gerencia de Atención Primaria. Definición del Rol de Enfermera Educadora/Entrenadora en Autocuidados. Estrategia de calidad de los cuidados de AP. Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2016.

- (7) Branscum P, Sharma M. A systematic analysis of childhood obesity prevention interventions targeting Hispanic children: lessons learned from the previous decade. *Obes Rev* [Internet] 2011 [acceso 19 de octubre de 2018]; 12:e151-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20977600>
- (8) Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia para la nutrición, actividad física, prevención de la obesidad (NAOS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- (9) Educa NAOS [sede Web]. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/nutricion/seccion/educaNAOS.htm>
- (10) Van Lippevelde W, Velde SJT, Verloigne M, Van Stralen MM, De Bourdeaudhuij I, Manios Y et al. Associations between Family-Related Factors, Breakfast Consumption and BMI among 10-to 12-Year-Old European Children: The Cross-Sectional ENERGY-Study. *Plos One* [Internet] 2013 [acceso 21 de octubre de 2018]; 8(11):e79550.
- (11) Sonnevile KR, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Gortmaker SL, Gillman MW, Taveras EM. Associations of Obesogenic Behaviors in Mothers and Obese Children Participating in a Randomized Trial. *Obesity*. 2012;20(7):1449-54.
- (12) Suliga E. Chapter 4 - Lifestyle Factors Affecting Abdominal Obesity in Children and Adolescents: Risks and Benefits. In: Watson RR, editor. *Nutrition in the Prevention and Treatment of Abdominal Obesity*. San Diego: Academic Press; 2014. p. 39-56.
- (13) Wardle J, Carnell S, Cooke L. Parental control over feeding and children's fruit and vegetable intake: how are they related? *J Am Diet Assoc*. 2005;105:227-32.
- (14) Wardle J, Guthrie C, Sanderson S, Birch L, Plomin R. Food and activity preferences in children of lean and obese parents. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2001;25(7):971-7.
- (15) Varela G, O Moreiras, A Carbajal, M Campo. Estudio nacional de nutrición y alimentación 1991 (ENNA 3). Tomo I. Instituto Nacional de Estadística. 1995. (ISBN: 8426029736). 352pp.
- (16) Serra Majem L, Ribas Barba L, Aranceta Bartrina J, Pérez Rodrigo C, Saavedra Santana P et al. Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Med Clín*. 2003; 121(19):725-32.
- (17) Schmidt MD, Cleland VJ, Thomson RJ, Dwyer T, Venn AJ. A Comparison of Subjective and Objective Measures of Physical Activity and Fitness in Identifying Associations with Cardiometabolic Risk Factors. *Ann Epidemiol*. 2008;18(5):378-86.
- (18) Pate RR, O'Neill JR, Lobelo F. The evolving definition of "sedentary". *Exerc Sport Sci Rev*. 2008;36(4):173-8.
- (19) Marshall SJ, Merchant G. Advancing the Science of Sedentary Behavior Measurement. *Am J Prev Med*. 2013;44(2):190-1.
- (20) Atlantis E, Salmon J, Bauman A. Acute effects of advertisements on children's choices, preferences, and ratings of liking for physical activities and sedentary behaviours: A randomised controlled pilot study. *J Sci Med Sport*. 2008;11(6):553-7.
- (21) Ding D, Rogers K, Macniven R, Kamalesh V, Kritharides L, Chalmers J et al. Revisiting lifestyle risk index assessment in a large Australian sample: Should sedentary behavior and sleep be included as additional risk factors? *Prev Med*. 2014;60(0):102-6.
- (22) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid, 2015 Disponible en: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones\\_ActivFisica.htm](http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/Recomendaciones_ActivFisica.htm)
- (23) Wabitsch M, Moss A, Reinehr T, Wiegand S, Kiess W, Scherag A et al. Medical and psychosocial implications of adolescent extreme obesity--acceptance and effects of structured care short: Youth with Extreme Obesity Study (YES). *BMC Public Health*. 2013;13(1):1-10.
- (24) Fisher JO, Birch LL. Eating in the absence of hunger and overweight in girls from 5 to 7 y of age. *Am J Clin Nutr*. 2002;76:226-31.
- (25) Flegal KM. Epidemiologic aspects of overweight and obesity in the United States. *Physiol Behav*. 2005;86:599-602.
- (26) Tremblay MS, LeBlanc AG, Kho ME, Saunders TJ, Larouche R, Colley RC et al. Systematic review of sedentary behaviour and health indicators in school-aged children and youth. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8(1):98.
- (27) Hauff LE, Demerath EW. Body image concerns and reduced breastfeeding duration in primiparous overweight and obese women. *Am J Hum Biol* [Internet] 2012[acceso 21 de octubre de 2018];24(3):33949.
- (28) Kaplan KM, Wadden TA. Childhood obesity and self-esteem. *J Pediatr*. 1986;109(2), 367-70.
- (29) Stunkard AJ, Sobal J. Psychological consequences of obesity. In: Brownell KD, Fairburn CG (eds). *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. New York, EE.UU: Guildford Press; 1995.
- (30) Harrison K, Bost KK, McBride BA, Donovan SH, Gribsy-Toussaint DS, Kim J et al. Toward a developmental conceptualization of contributors to overweight and obesity in childhood: the Six-Cs Model. *Child Dev Perspect*. 2011; 5:50-8.

- (31) Villalobos Cruz TK. Estilos de vida y factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en España [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Farmacia; 2016.
- (32) Villalvilla Soria D. Abordaje del sedentarismo y obesidad infantil desde la perspectiva familiar y comunitaria en AP. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en: [http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/3.PONENCIA\\_DEFINITIVA\\_NAOS\\_FAECAP\\_Diego\\_J\\_Villalvilla.pdf](http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/3.PONENCIA_DEFINITIVA_NAOS_FAECAP_Diego_J_Villalvilla.pdf)
- (33) International Obesity Taskforce with the European Association for the study of obesity task forces. Obesity in Europe. The case of action. London: IOTF; 2002.
- (34) Ortiz Moncada R. Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. *Med Clin*. 2011;137(15):678-684.
- (35) Escobedo Mesas E, Grande Trillo A. Factores familiares que favorecen el sobrepeso y la obesidad infantil. *Biblioteca Lascasas*. 2016; 12(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0880.php>
- (36) Pérez SV, Novalbos Ruíz JP, Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Lechuga Sancho AM. Implications of family socioeconomic level on risk behaviors in child-youth obesity. 2013;28(6):1951-60.
- (37) Shrewsbury V, Wardle J. Socioeconomic status and adiposity in childhood: a systematic review of cross-sectional studies 1990-2005. *Obes Silver Spring Md*. 2008;16(2):275-84.
- (38) Valerio G, Licenziati MR, Manco M, Ambruzzi AM, Bacchini D, et al. Health consequences of obesity in children and adolescents. *Minerva Pediatr*. 2014;66(5):381-414.
- (39) De Coen V, De Bourdeaudhuij I, Verbestel V, Maes L, Vereecken C. Risk factors for childhood overweight: a 30-month longitudinal study of 3- to 6-year-old children. *Public Health Nutr*. 2014;17(9):1993-2000.
- (40) Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 6 años de la Comunidad de Madrid, 2014-2015. Estudio ELOIN [monografía en Internet]. Madrid: Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid. CONSEJERÍA DE SANIDAD Dirección General de Salud Pública; 2016 [acceso 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.informesdesalud.sanidadmadrid.org/docs/ELOIN2014156AOBESIDAD.pdf>
- (41) Halford JC, Boyland EJ, Cooper GD, Dovey TM, Smith CJ, Williams N. Children's food preferences: Effects of weight status, food type, branding and television food advertisements (commercials). *Int J Pediatr Obes*. 2008;3:31-8.
- (42) Pesquera Cabezas R. Prevalencia de obesidad infantil en Cantabria [tesis doctoral]. Cantabria: Universidad de Cantabria; 2010.
- (43) Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury VA, O'Malley C, Stolk RP, Summerbell CD. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD001872. DOI: 10.1002/14651858.CD001872.pub2.
- (44) Sbruzzi G, Eibel B, Barbiero SM, Petkowicz RO, Ribeiro RA, Cesa CC et al. Educational interventions in childhood obesity: a systematic review with meta-analysis of randomized clinical trials. *Preventive Medicine* 2013; 56(5): 254-264.
- (45) Villalvilla Soria DJ. Valdivielso Fernández de Valderrama B. Alonso Blanco C. Programa "Familias Activas". Abordaje familiar de la obesidad infantil en AP. Actas del CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE AP VII CONGRESO FAECAP.
- (46) Villalvilla Soria DJ. García Onieva M. et Al. Evaluation of the effectiveness of a family based intervention program infantile obesity. (Active Families). European Confederation of Primary Care Paediatricians (ECPCP). European Congress in Primary Care Paediatrics. Tel Aviv. Israel. 2013.
- (47) Good practices in health promotion and primary prevention of chronic diseases across Europe. Summary Report. Joint Action on Chronic Diseases & Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle. (JA-CHRODIS) EU Public Health Programme. Disponible en <http://www.chrodis.eu/our-work/05-health-promotion/wp05-activities/selection/>