



Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Título:

Obesidad infantil: un estudio de caso

Alumno: Marta Gonzalo Balbás

Tutor: Virginia Antolín Cernuda

Madrid, mayo de 2014

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
PRESENTACIÓN	4
ESTADO DE LA CUESTIÓN	5
JUSTIFICACIÓN.....	17
OBJETIVOS	19
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
PRESENTACIÓN DEL CASO.....	20
ANAMNESIS	20
ANTECEDENTES PERSONALES	20
ANTECEDENTES FAMILIARES	20
EXPLORACION FÍSICA.....	20
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	21
INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN	24
DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS.....	26
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.....	26
DIAGNÓSTICOS REALES	26
DIAGNÓSTICOS DE RIESGO.....	34
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS	44
Anexo 1: TFEQ	45
Anexo 2: CFQ	47
Anexo 3: CEBQ.....	49
Anexo 4: DEBQ.....	50

RESUMEN

La obesidad infantil constituye un problema creciente de salud pública a nivel mundial, de gran interés científico; la prevalencia ha aumentado de forma alarmante, afectando tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. La obesidad infantil es la consecuencia de la interacción de factores genéticos, ambientales y conductuales, y constituye un importante riesgo para la salud y el bienestar de la población infantil. La obesidad y las enfermedades asociadas a ésta son en gran medida prevenibles, de ahí la gran importancia que tiene llevar unos hábitos de vida saludables, así como orientar a las familias, en concreto a los padres o tutores, para que adopten un estilo de vida saludable, y mejorar así la calidad de vida familiar.

Palabras clave: Obesidad infantil, prevención, factores de riesgo, entorno familiar.

ABSTRACT

Childhood obesity constitutes a growing problem for public health at a worldwide level and of great scientific interest. The prevalence has increased at alarming rates affecting not only rich countries but developing countries too. Childhood obesity is the consequence of the interaction between genetic, environmental and behaviour problems and constitutes an important risk for the health and wellness of children. Obesity and associated illnesses can be prevented in a great way; that makes healthy habits very important and brings the need for teaching families, specially parents or tutors, on how to accomplish such habits, so they can adopt them and improve the quality of the family life.

Key words: Childhood obesity, prevention, risk factors, family environment.

PRESENTACIÓN

La obesidad infantil es una enfermedad caracterizada por la acumulación excesiva de grasa, constituye uno de los problemas de salud más graves del siglo XXI; un problema mundial cuya prevalencia aumenta de forma alarmante. Por esta razón, por ser un tema de gran interés científico y de auge en nuestros días, me propuse realizar este trabajo con el objetivo de concienciar, en general, a la población de los graves problemas que conlleva y de la importancia de llevar un estilo de vida saludable, y en particular, orientar a los padres de un niño que padece obesidad, a conseguir unos hábitos de vida saludables.

La mayor disposición de alimentos altos en calorías y las condiciones de menor actividad física durante las dos últimas décadas han incrementado la obesidad infantil de manera preocupante, siendo España, el país con la tasa de obesidad infantil más alta de toda Europa.

Los factores que contribuyen a la obesidad en el niño son numerosos, genéticos, psicosociales y ambientales. Afortunadamente en la mayoría de los casos, la obesidad infantil se puede prevenir, por eso es importantísimo una buena educación nutricional durante los periodos de desarrollo, la infancia y la adolescencia, para instaurar hábitos de vida saludables que perduren hasta la edad adulta. Dado que la responsabilidad principal de la nutrición radica en la familia, y los padres ejercen una fuerte influencia, estos deben enseñar a sus hijos unos buenos hábitos alimenticios y no solo proporcionarles los alimentos; deben conseguir que los niños aprendan a ser responsables de sus actos para que incorporen en su día a día los estilos de vida saludables y eviten así en la mayor medida posible las graves consecuencias tanto físicas como psíquicas de la obesidad; los niños obesos sufren constantemente discriminación lo cual se traduce en trastornos de conducta, angustia y depresión. Es importante reconocer y detectar las causas de la obesidad, siendo ésta la primera medida a tomar para mejorar el estado de salud del niño obeso.

Por tanto, este proyecto se encuentra dividido en dos partes, una primera en la que se desarrolla la enfermedad, los factores de riesgo, las complicaciones, y otros apartados que pueden ser importantes; y una segunda parte que consiste en un caso real de un niño diagnosticado de obesidad, incluyendo anamnesis, diagnósticos reales y potenciales y sus necesidades.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

MARCO TEÓRICO

1. Obesidad infantil

La obesidad infantil ha pasado a ser un problema de salud a considerarse una pandemia (Liria, 2012), tanto en países industrializados como en los emergentes y en aquellos en vías de desarrollo, donde ha desplazado el problema de desnutrición como prioridad de salud pública para la infancia (Tompkins et al, 2010). La prevalencia de la obesidad ha incrementado de forma dramática en las dos últimas décadas; ocurre cada vez en edades más tempranas e implica serios problemas de metabolismo que perduran en etapas posteriores (Heerwagen, Stewart, Houssaye, Janssen & Friedman, 2013).

1.1 Concepto

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial, caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, debido a un desequilibrio entre el consumo y el aporte de energía, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, y asociada en la mayoría de los casos a patología endocrina, cardiovascular y ortopédica, determinada por factores genéticos que se expresan según la influencia de diversos factores del medio, hormonas, enzimas y sustancias con lo que interactúan, alimentación hipercalórica y marcado sedentarismo (Rodota & Castro, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2012).

La obesidad puede manifestarse a cualquier edad, independientemente del sexo y de la condición social del individuo, pero es más frecuente en el primer año de vida, a los 5-6 años y durante la adolescencia. Las cifras van en aumento presentándose como un pronóstico grave para los niños y las niñas que la padecen, porque además de originar problemas orgánicos y psicológicos en la infancia, dicha obesidad es el determinante principal de padecer obesidad en la edad adulta, y aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades respiratorias y cardíacas, hipertensión arterial, dislipemia y problemas osteoarticulares. Se relaciona también con el gran incremento de casos de diabetes tipo II en todas las edades, complicando la productividad y la calidad de vida del individuo (Serra, Roman & Aranceta, 2006).

Para diagnosticar la obesidad infantil es importante determinar la grasa corporal y su distribución. Se utilizan variables antropométricas, peso (kg) y estatura (m), para obtener el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{estatura en m}^2$), el resultado obtenido es trasladado a una tabla de percentiles correspondiente a la edad y el sexo del niño (Rodota & Castro, 2012). Los niños y niñas que tienen un IMC entre el percentil 85 y 95 tienen sobrepeso, y los que tienen un IMC superior o igual al percentil 95 padecen obesidad (Serrano et al, 2006).

1.2 Factores de riesgo

A partir de la segunda mitad del siglo XX, numerosos experimentos (Wardle, Carnell, Haworth & Plomin, 2008) muestran que la obesidad está causada por factores genéticos y factores ambientales.

El hipotálamo y la leptina son dos elementos claves para entender el factor genético. El hipotálamo se encarga de coordinar las respuestas adaptativas a los desequilibrios energéticos mediante alteraciones recíprocas en el apetito y el gasto de energía para mantener un peso corporal adecuado (Tounian, 2011). La leptina es una hormona producida en su mayoría por el tejido adiposo, aunque también se encuentra en otros órganos y tejidos (hipotálamo, hipófisis, placenta, tejido musculo-esquelético, mucosa gástrica y tejido mamario). La misión de la leptina es enviar una señal al hipotálamo que debe inhibir el apetito, cuando la cantidad de grasa en el tejido adiposo aumenta. La liberación de esta hormona, varía en función del ritmo circadiano y de la ingesta de alimentos. Los niveles de leptina aumentan unas horas después de dicha ingesta (Lizardo & Díaz, 2011). La deficiencia de esta hormona hace que el hipotálamo no reciba la señal adecuada de saciedad. Por este motivo, las personas que tienen una alteración en el gen que produce la leptina, presentan hiperfagia y obesidad (Durazo & Capelini, 2009).

Los factores ambientales que condicionan la obesidad son la falta de actividad física, ver la televisión durante un tiempo prolongado, pasar muchas horas usando el ordenador u otros aparatos electrónicos, nivel de educación bajo de los padres, padres desempleados, un consumo excesivo de comidas de alto contenido calórico, una sobreexposición a los anuncios de alimentos altos en calorías y pocas horas de sueño (Bracale et al, 2013; Lee & Park, 2013).

No todos los factores modificables son fáciles de cambiar a corto plazo, por ejemplo, el nivel socio- económico de los padres. Según Picasso (2013), este nivel influye de manera notable en el desarrollo de la obesidad infantil. Sin embargo, sobre la mayoría de los factores mencionados existe una clara posibilidad de actuación. Las investigaciones recientes (Tounian, 2011) sugieren que la forma más efectiva es actuar sobre ambientes fetales y postnatales tempranos. Es decir, actuar sobre la nutrición de la madre durante el periodo de gestación, el tabaquismo durante el embarazo, la diabetes gestacional, el peso elevado al nacimiento, la rápida ganancia ponderal en etapas tempranas de la vida, la lactancia materna, excesiva ingesta de proteínas, etc.

1.3 Consecuencias

El 40% o más de los niños y el 70% o más de los adolescentes con obesidad es posible que lleguen a ser obesos en la edad adulta (Liria, 2012). Según Sovio, Skow, Falconer, Park, Viner & Kinra (2013), la obesidad infantil está asociada con numerosas enfermedades, como la diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares (altos niveles de colesterol, hipertensión, intolerancia a la glucosa, cardiopatía y accidente cerebrovascular), algunos tipos de cáncer (de endometrio, de mama y de colon), asma, trastornos menstruales, problemas ortopédicos, dolor crónico de espalda y apnea del sueño.

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar de la sangre. Esta enfermedad tiene su origen en una utilización ineficaz de la insulina. Este tipo de diabetes se debe a un peso corporal excesivo y a la inactividad física. Los síntomas pueden ser similares a los de la diabetes tipo 1 (poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, trastornos visuales y cansancio), pero a menudo menos intensos. En consecuencia, la enfermedad suele diagnosticarse sólo cuando ya tiene varios años de evolución y han aparecido complicaciones. Este tipo de diabetes cada vez se observa más en niños (Organización Mundial de la Salud, 2012).

El asma es una enfermedad crónica que se caracteriza por ataques recurrentes de disnea y sibilancias, que varían con severidad y frecuencia de una persona a otra. Los síntomas pueden aparecer varias veces al día o a la semana y en algunas personas se agravan durante la actividad física o por la noche (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Las personas con obesidad pueden presentar apnea, dejan de respirar durante cortos periodos de tiempo mientras duermen y esta falta de aire hace que se despierten y no descansen adecuadamente. En los niños la falta de descanso puede causar problemas en el colegio, desde hiperactividad hasta dificultad para concentrarse (Soca & Peña, 2009; Elso, Brockmann & Zenteno, 2013).

La obesidad interfiere también en la actividad de las hormonas femeninas, encargadas de regular el periodo menstrual. Las niñas con sobrepeso u obesidad pueden alcanzar la pubertad a edades más tempranas (Lizardo & Díaz, 2011). El exceso de peso puede impedir además que la tibia se desarrolle correctamente, lo que implica tener consecuencias en el crecimiento y desarrollo en un futuro.

2. Prevalencia

Las conductas que favorecen el desarrollo de la obesidad infantil han incrementado en las dos últimas décadas debido a los cambios en los estilos de vida, y en las conductas alimenticias, generando un aumento de la prevalencia de la obesidad infantil a nivel mundial. En la actualidad es la enfermedad nutricional crónica más frecuente y constituye uno de los problemas más graves de la salud pública (Pérez, Sandoval, Schneirder & Azula, 2008).

La tasa de obesidad infantil ha aumentado de forma considerable en muchos países de Europa (Lien, Henriksen, Nymoén, Wind & Klepp, 2010). España tiene la tasa de obesidad infantil más alta de toda Europa, con un 32% y Rumania tiene la tasa más baja, con un 12% (Cattaneo et al, 2010). Los países que están en la zona mediterránea y Gran Bretaña presentan tasas más altas de obesidad infantil que Europa central y del este. En España, el 30,7% de los niños comprendidos entre 8 y 13 años tienen sobrepeso y un 14,7% padecen obesidad. De los niños que tienen entre 14 y 17 años, un 17% tienen sobrepeso y un 8,5% sufren obesidad. La prevalencia según el sexo, 28,6 % de los chicos tienen sobrepeso frente al 23,5% de las chicas. El porcentaje de chicas y chicos que tienen obesidad es muy similar, 12,9% de los chicos y 12,3% de las chicas (Sánchez- Cruz, Jiménez- Moleón, Fernández- Quesada & Sánchez, 2012).

A nivel mundial encontramos que América del norte ha triplicado su tasa de obesidad infantil en las últimas tres décadas, siendo más frecuente en niños (19%) que en niñas (15%), a día de hoy tiene una de las tasas de obesidad infantil más altas del mundo, uno de cada seis niños padece obesidad y uno de cada tres niños tiene sobrepeso. Esta tasa ha aumentado sobre todo en niños de raza negra (Ogden, Carroll, Kit & Flegal, 2012).

La desnutrición ha estado presente durante mucho tiempo en países africanos, hasta hoy en día entre el 20 y el 25% de los niños en edad escolar tienen bajo peso; esto ha cambiado y sorprendentemente las tasas de obesidad infantil en este continente están creciendo. En las dos últimas décadas, la tasa ha pasado del 4% en el año 1990 a un 8,5% en el año 2010 (Onis, Blössner & Barghi, 2010). En Asia, igual que en muchos países de África, muchos niños presentan desnutrición, aunque en los últimos años la tasa de obesidad infantil ha incrementado. Se estima que 6,6 millones de niños tienen sobrepeso (Onis et al, 2010).

Es evidente que las tasas de obesidad infantil han aumentando de manera global, por lo que es importante actuar y prevenir desde antes del nacimiento para poder disminuir estas cifras (Organización Mundial de la Salud, 2010).

3. Estilos de vida saludables

Los factores determinantes de la salud (alimentación, actividad física, hábitos nocivos como el alcohol y el tabaco, tener un trabajo satisfactorio, moverse en un ambiente saludable, etc.) están relacionados con los estilos de vida (Márquez & Vallejo, 2010). El estilo de vida saludable, es el conjunto de comportamientos que reducen el riesgo de padecer enfermedades y que comienza en la infancia. El periodo escolar es una etapa importante para la solidificación de los hábitos alimentarios y la actividad física. Estos hábitos ayudan a conseguir un mayor éxito en el rendimiento escolar, tener una mejor sensación de bienestar y reducir el riesgo de padecer determinadas enfermedades en un futuro, por lo que es importante fomentar los hábitos de vida desde la infancia para que se mantengan en etapas posteriores ya que el niño que no adquiere unos hábitos de vida saludables puede desarrollar múltiples problemas de salud en la edad adulta (Segovia & Villares, 2010). Según Ordovás (2013), los estilos de vida saludables deberían incluir comer de manera regular, dándole importancia a qué se come, cuánto se come y cómo se come; dormir sin interrupciones el tiempo suficiente, entre 7 y 8 horas; y exponernos a la luz del sol durante el día.

La Organización Mundial de la Salud (2010), da otras recomendaciones generales como consumir más de 5 raciones de frutas y verduras al día, ya que son ricas en vitaminas, minerales, agua y fibra; evitar las bebidas con azúcar; limitar el tiempo que los niños pasan delante de las pantallas (se aconseja no superar las dos horas diarias); realizar una hora de ejercicio al día; controlar las comidas que se realizan fuera de casa; realizar en familia, por lo menos, una de las comidas al día; desayunar de forma diaria; e involucrar a la familia en los hábitos de vida saludables para que los niños desde pequeños adquieran una buena rutina.

3.1 Alimentación

Alimentarse no es únicamente la ingesta de alimentos en nuestro organismo, es una conducta que está relacionada con los hábitos de vida que se hayan adquirido, como comer siempre a la misma hora, sin prisas, sentados y masticando lo suficiente, seleccionar los alimentos que se comen, prepararlos de forma adecuada y consumirlos en cantidades apropiadas (Osorio, Weisstaubn & Castillo, 2002).

Durante la infancia, la alimentación es el factor más determinante en el crecimiento y desarrollo del niño. Es en los primeros años de vida donde se adquieren los hábitos alimentarios, se desarrolla el gusto y el autocontrol de la ingesta y se mantienen en etapas posteriores generando un patrón de conducta que se mantiene en la edad adulta, por lo que la familia juega un papel de referencia de gran importancia (Segovia & Villares, 2010).

El periodo escolar comprende desde los 6 hasta aproximadamente los 12 años con el comienzo de la pubertad. En esta etapa escolar se produce una desaceleración en la velocidad del crecimiento en comparación con el periodo preescolar, y una disminución del apetito y de las necesidades nutricionales, factores que deben conocer los padres para evitar conflictos con sus hijos. El crecimiento en el periodo escolar es lento y estable, se produce un incremento de 5 a 6 cm al año y el peso aumenta de 2kg/ año en los dos o tres primeros años y de 4-4,5 kg al acercarse a la pubertad (Hidalgo & Güemes, 2011).

3.1.1 Hábitos dietéticos adecuados

Según Segovia & Villares (2010) para conseguir una dieta equilibrada es recomendable hacer de 4 a 5 comidas diarias, distribuyéndose de la siguiente manera; el desayuno debe proporcionar el 25% de la energía total consumida a lo largo del día, la comida del mediodía el 30%, la merienda del 15-20% y la cena entre el 25 y el 30%. El desayuno en la edad escolar se considera una de las comidas más importantes del día, ya que repercute en el estado general de salud y en el rendimiento escolar del niño. Cada día hay más estudios (Nurul- Fadhilah, Teo, Huybrechts & Foo, 2013) que afirman que desayunar de forma adecuada influye sobre el IMC, previniendo la obesidad infantil y las enfermedades crónicas asociadas. También manifiestan que no desayunar afecta a la capacidad de concentración y atención del niño y a su participación en clase.

Según Fugas, Berta, Walz, Fortino & Martinelli (2013), es necesario que el niño desayune acompañado, a ser posible en familia, siendo los padres los responsables de proporcionar a sus hijos los alimentos apropiados (lácteos, frutas y cereales) para un buen desayuno. El niño debe desayunar sentado en la mesa y dedicarle un tiempo de entre 15 y 20 minutos, en un ambiente relajado. Es recomendable que el niño no pase muchas horas sin comer entre el desayuno y la comida, se aconseja tomar a media mañana un yogur, una pieza de fruta, una barra de cereales, un zumo o un bocadillo pequeño (Segovia & Villares, 2010).

Antiguamente las familias solían reunirse en la mesa a la hora de la comida, hoy en día las exigencias de los horarios laborales de los padres hacen que esto sea casi imposible, por eso los especialistas insisten en que se debe comer en familia al menos los fines de semana, con la televisión apagada, para poder hablar y potenciar el desarrollo de habilidades de la comunicación. Algunos nutricionistas (Ordovás, 2013) defienden que el horario de comidas anglosajón es más saludable que el nuestro, una comida temprana y ligera evita el brusco aumento del nivel de glucosa en sangre que se produce en comidas tardías y copiosas. Este horario debido al ritmo de trabajo que se tiene en España, resulta difícil de conseguir, por ello, el problema no se encuentra únicamente en el horario sino en la abundancia de la comida; se debe evitar una comida copiosa ya que produce somnolencia postprandial; es importante tener un horario estructurado e intentar que los niños coman siempre a la misma hora.

En España se toman tres platos, el primer plato suele aportar sobre todo carbohidratos complejos (legumbres, cereales, patatas, etc.) que proporcionan la energía suficiente para que el organismo funcione correctamente durante varias horas; el segundo, suele aportar proteínas, elementos necesarios para que el cuerpo crezca durante la infancia y la adolescencia, ambos platos deben aportar grasas; para finalizar, se toma fruta de postre, que suele aportar vitaminas y minerales que el cuerpo necesita y no es capaz de sintetizar.

La merienda ayuda a calmar el apetito del niño, y así evitar que llegue a la cena con mucha hambre. Se recomienda, de forma similar que a medio día, la ingesta de una pieza de fruta, un yogur o un bocadillo pequeño (Hidalgo & Güemes, 2011; Rodota & Castro, 2012).

La cena es la última comida del día, debe aportar aquellos alimentos que no se hayan consumido en la comida, pero siendo ligera y fácil de digerir para que la digestión no afecte al sueño (Hidalgo & Güemes, 2011).

3.1.2 Dieta adecuada para su etapa y crecimiento

Una dieta infantil debe ser variada y equilibrada aportando los siguientes grupos de alimentos; las frutas son ricas en vitaminas y sales minerales, contienen glúcidos simples (glucosa, sacarosa y principalmente fructosa), son alimentos ricos en potasio, magnesio y algunas de ellas son fuente importante de hierro y calcio. El aporte de las necesidades diarias de vitamina C, Vitamina A y otras vitaminas hidrosolubles solo queda asegurado tomando de 2 a 3 piezas de frutas diarias (Serrano- Ríos & Mateos, 2009).

Las verduras son vegetales cuyo contenido en glúcidos es generalmente menor que el de las frutas. Contienen azúcares y son ricas en magnesio y potasio. Las espinacas, acelgas y tomates proporcionan una pequeña cantidad de hierro. Respecto a su contenido en vitaminas, destacan por la vitamina A, la vitamina C y diversas vitaminas del grupo B, también contienen fibra. Se recomienda consumir verduras todos los días de la semana.

Los distintos tipos de carne contienen proteínas, de alto valor biológico, hidratos de carbono, hierro, fosforo, potasio y pequeñas cantidades de magnesio y calcio. Contienen también vitamina B12 y B2. Deben consumirse 3 o 4 raciones a la semana, y el embutido debe tomarse de forma ocasional ya que dispone de multitud de grasas saturadas y tiene un alto contenido en colesterol.

El pescado tiene una composición parecida a la de la carne, contiene proteínas, lípidos, pequeñas cantidades de vitaminas, sales minerales y purinas. Según la cantidad de lípidos, el pescado se divide en graso, llamado popularmente azul y magro, llamado también pescado blanco. Son ricos en ácidos grasos, entre ellos destaca el ácido oleico, el ácido linoleico y los de serie omega 3, estos últimos son esenciales para nuestro funcionamiento, por lo que es importantísimo consumirlos en la dieta, ya que el organismo por sí solo no los sintetiza. Se recomienda ingerir pescado de 3 a 4 veces por semana.

Los huevos que consumimos proceden de la gallina. La clara del huevo está formada fundamentalmente por agua y proteínas de alto valor biológico. La yema es rica en distintos nutrientes. Los lípidos que contiene están formados por ácidos grasos saturados, poliinsaturados y por colesterol, las proteínas son como las de la clara, de elevado valor biológico. La yema también contiene pequeñas cantidades de vitaminas liposolubles (A, D, E), hidrosolubles (B1 y B2) y hierro.

Los cereales tienen una función principalmente energética. Los más utilizados en la alimentación humana son el trigo y el arroz. Aportan vitaminas y minerales, se deben consumir de 4 a 6 raciones diarias. Las legumbres son uno de los alimentos más completos de cuantos existen, son fuentes importantes de calcio y hierro y se deben consumir de 2 a 4 raciones por semana. Los frutos secos poseen un alto contenido en proteínas y vitaminas. Ayudan a controlar los niveles de colesterol y triglicéridos. Se debe consumir de 3 a 4 raciones por semana.

La leche es un alimento líquido, con un contenido en nutrientes excelente, contiene hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas, elementos químicos esenciales y agua. Se debe consumir de 2 a 4 raciones al día (de leche o de sus derivados) ya que son una fuente importante de calcio.

El aceite de oliva contiene lípidos que se hallan en forma de triglicéridos y el ácido graso más abundante y característico es el ácido oleico. El agua es esencial para la vida, se recomienda beber entre 1,5 y 2 litros de agua al día (Cervera, Clapes & Digolfas, 2010).

3.2 La actividad física

El aumento brusco de la obesidad infantil se debe, además de a los cambios producidos en los hábitos dietéticos, al incremento de la inactividad física. Cada vez se adoptan conductas más sedentarias, y los niños en edad escolar pasan un número elevado de horas delante del ordenador y de la televisión (Vásquez et al, 2013). Vicedo, Madrona, Martínez & Martínez (2012) afirman que para prevenir la obesidad infantil no debemos centrarnos únicamente en modificar los estilos de vida desde el punto nutricional. Es necesario, también, un aumento en los niveles de actividad física y la reducción del número de horas dedicadas a las actividades sedentarias.

La práctica de actividad física extraescolar durante el periodo de crecimiento disminuye la cantidad de grasa acumulada y es necesaria para mantener el peso perdido a largo plazo. El ejercicio físico aumenta el gasto energético total y el gasto energético basal, modula el apetito y ayuda a los niños a desarrollar los huesos, los músculos y las articulaciones de forma conveniente, a adquirir un buen sistema cardiovascular, a aprender a controlar los movimientos que realiza el sistema neuromuscular, y disminuye el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer (Márquez & Vallejo, 2010).

Varios estudios evidencian que la práctica de actividad física de forma regular, además de ayudar a conseguir y mantener un peso corporal adecuado, se asocia con efectos beneficiosos en el equilibrio psicosocial del individuo, ya que mejora el control de la ansiedad y la depresión (Revuelta & PrevInfad, 2005). Realizar ejercicio físico ayuda también, a la integración y desarrollo social, potenciando la autoconfianza del individuo y mejorando su rendimiento escolar. Evita que el niño consuma tabaco, alcohol y otras drogas en la adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), los niños y jóvenes de entre 5 y 17 años de edad deben invertir un mínimo de 60 minutos al día, tres veces por semana en la realización de cualquier tipo de actividad física de forma moderada o vigorosa. Se aconseja que los niños practiquen actividades como deporte en equipo, campamentos de verano, juegos al aire libre, educación física, etc. tanto en el entorno familiar como en el escolar (Serra, Roman & Aranceta, 2006).

4. Entorno familiar

Los hábitos de vida y las costumbres alimenticias se ven influenciadas por el ambiente donde el niño se desarrolla. La familia es el agente fundamental de la transmisión de valores y conductas (Restrepo & Gallego, 2005), por eso los padres deben fomentar la dieta equilibrada y la práctica de actividad física regular, adoptando ellos un estilo de vida saludable, puesto que los niños suelen formarse a través de la observación y de la imitación de conductas (Macias, Gordillo & Camacho, 2012).

4.1 Familia y su rol en la alimentación infantil

Las interacciones del niño con su medio ambiente, en concreto, la familia, tienen una considerable importancia en los primeros años de vida. En función del nivel socioeconómico y cultural de los padres y de las características del vínculo afectivo que se crea entre padres e hijos, los hábitos alimenticios se desarrollan de una forma u otra (Restrepo & Gallego, 2005).

Los padres son los responsables de proporcionar a sus hijos una dieta variada e individualizada, sin normas rígidas, pero con un horario y un lugar fijo para realizar las comidas, ofreciendo alternativas a los alimentos que los niños consuman con dificultad.

Deben poner a la disposición de sus hijos lácteos, frutas y cereales antes de ir al colegio (Hidalgo & Güemes, 2011). Es recomendable enseñar a los niños a hacer la compra de forma inteligente, a realizar una lista de todos los productos antes de ir al supermercado, ir a hacer la compra sin hambre, después de desayunar, por ejemplo, para comprar de manera racional; enseñarles a leer la información nutricional de las etiquetas, que se fijen en la proporción de grasas, azúcares y sodio, ya que los excesos de grasas y azúcares favorecen al exceso de peso y el exceso de sodio contribuye a elevar la tensión (Villares & Segovia, 2006).

Los niños pueden colaborar en la elaboración de las comidas. Pueden empezar realizando recetas fáciles, como batidos de frutas, macedonias, bizcochos caseros, ensaladas, etc. Es importante que los niños colaboren en la cocina, para que conozcan los alimentos y tengan una dieta variada y equilibrada en un futuro. Cuando los niños manipulan los alimentos es más probable que después estén dispuestos a probarlos. Hay estudios (Hidalgo & Güemes, 2011) que demuestran que para conseguir que un niño siga una dieta variada es más eficaz dejarle que colabore en la cocina que obligarle a comer de todo. Una buena manera de enseñar a los niños lo que se debe comer y en qué cantidades, es conseguir que colaboren poniendo la mesa y ayuden a servir los platos. Además se concientiza a los niños de que las tareas de la casa se deben asumir entre todos.

4.2 Familia y hábitos

Es importante que los padres eduquen correctamente a los niños durante la infancia, ya que es el periodo donde se desarrollan, se establecen y se fijan los hábitos que tendrán el resto de su vida (Ordovás, 2013). Los hábitos de vida son conductas que se adquieren a medida que van creciendo, se obtienen a través de un entrenamiento sistemático. Los padres son responsables de habituar al niño desde pequeño a un horario de comidas, fomentar el cepillado de dientes después de cada comida, el lavado de manos a menudo, en especial antes de las comidas, enseñar el aseo adecuado de cada una de las partes del cuerpo, establecer un horario en el control de los esfínteres, acostar y despertar todos los días al niño a la misma hora, proporcionar ropa cómoda para descansar, enseñar a organizar bien su tiempo, elaborar un horario, administrar las tareas para que el niño dedique tiempo a jugar y a hacer los deberes, desarrollar buenos hábitos de estudio, restringir las horas de televisión, videojuegos y ordenador ofreciendo alternativas correspondientes a la edad del niño, etc. (Picasso, 2013). De tal forma que poco a poco los hábitos de vida se incorporen en el ambiente en el que el niño se desarrolla.

Con relación a la práctica de actividad física se aconseja reducir el tiempo de inactividad de los niños, intentar ir andando o en bici al colegio, integrar la actividad física en las rutinas de la familia, buscar tiempo para ir a dar un paseo, jugar en el parque, organizar excursiones, dar caminatas por el campo, etc. (Villares & Segovia, 2006; Hidalgo & Güemes, 2011; La Organización Mundial de la Salud, 2014).

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es aquella condición caracterizada por un cúmulo excesivo de grasa corporal, como consecuencia de un ingreso calórico superior al gasto energético del individuo (Picasso, 2013). Es una de las enfermedades más comunes en la infancia y constituye un problema de salud pública de alcance mundial, tanto en países industrializados como en vías de desarrollo (Serrano- Ríos & Mateos, 2009). La Organización Mundial de la Salud considera, desde 1998, que esta enfermedad es una epidemia global (La Organización Mundial de la Salud, 2010).

Los cambios que se han producido, en las dos últimas décadas, en los hábitos de vida como adoptar conductas sedentarias y la ingesta excesiva de grasas en la dieta alimentaria, predisponen a la aparición de la obesidad en edades más tempranas. Esto tiene repercusiones sobre la calidad de vida del niño. La obesidad ha dejado de ser un problema estético ya que supone padecer, no solo enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, trastornos respiratorios, etc. sino que también produce problemas psicológicos provocados por la discriminación social, ya que la obesidad puede provocar acoso escolar por parte de los compañeros del colegio del niño, inseguridad, ansiedad, baja autoestima y depresión (Moreno, Ramírez, Meléndez & Sánchez, 2009). La obesidad, además de estar relacionada con una mayor morbilidad y con todas las patologías nombradas anteriormente, implica tener una calidad de vida significativamente peor que la población no obesa, lo cual conlleva una mayor utilización de recursos sanitarios. Los costes asociados a la obesidad en España alcanzan el 7% del gasto sanitario (Sánchez & Alemany, 2002).

La prevalencia de la obesidad infantil está llegando a cifras alarmantes, siendo España, el país de Europa con la tasa de obesidad infantil más alta (Cattaneo et al, 2010) por eso es necesario una buena educación nutricional que implique a toda la sociedad y en concreto a las familias, para reducir las cifras escandalosas.

La alimentación y la nutrición, como el resto de las actividades de carácter saludable, están influenciadas por factores biológicos, ambientales y socioculturales. Durante la infancia estos estilos de vida contribuyen a un desarrollo y crecimiento adecuado, por eso es necesario que los niños adquieran durante esta etapa hábitos de vida saludables que perdurarán durante la vida adulta (Ortiz, Vázquez & Montes, 2005).

La familia tiene una gran influencia sobre las conductas saludables de los niños, por eso es imprescindible orientar y proporcionar a las familias con niños pequeños, las medidas necesarias para adquirir unos hábitos de vida saludables y así evitar la obesidad infantil reduciendo así el número de enfermedades relacionadas con la obesidad en la vida adulta (Macias et al, 2012).

OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Orientar a las familias con un niño diagnosticado de obesidad infantil en la adopción de unos hábitos de vida más saludables.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explicar en qué consiste el proceso patológico de la obesidad infantil.
- Eliminar conceptos erróneos sobre la enfermedad.
- Identificar los motivos por los que el niño come sin control.
- Describir las consecuencias físicas y psicológicas que conlleva la obesidad infantil.
- Conseguir que el paciente exprese su estado emocional ante su patología.
- Fomentar la colaboración de todos los miembros de la familia para adquirir unos hábitos de vida saludables.
- Concienciar a los familiares de la importancia de llevar unos hábitos de vida saludables.
- Conocer los beneficios de unos estilos de vida saludables.
- Motivar al paciente a adoptar un cambio de conducta.

PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1 ANAMNESIS

Se trata de un niño de 10 años de edad, el pequeño de tres hermanos; nacido en Madrid en febrero de 2004 y diagnosticado de obesidad infantil en octubre de 2013, por el servicio de endocrinología. Acudió al médico con la madre, quién observó en su hijo un incremento considerable de peso en poco tiempo, por comer de forma excesiva. Pertenece a una familia de padres separados y actualmente vive con su madre biológica, el novio de esta y sus dos hermanas, una tiene 13 años y la otra 16. Ve al padre biológico dos fines de semana al mes, por motivos laborales, pero la relación que mantienen es buena. El niño y sus hermanas estudian en un colegio concertado cerca de donde viven. El niño realiza un curso inferior al que le corresponde, actualmente está realizando 3º de primaria por segunda vez; requiere apoyo educativo extraescolar.

1.2 ANTECEDENTES PERSONALES

Ingresó en el hospital por una neumonía en el año 2009 y tuvo una fractura en el miembro inferior izquierdo tras una caída durante un partido de baloncesto, en diciembre de 2013. Hueso actualmente soldado, el niño acudió durante el mes de enero de 2013 a rehabilitación una vez a la semana pero sigue teniendo molestias al practicar ejercicio de forma intensa.

1.3 ANTECEDENTES FAMILIARES

Padre con sobrepeso, padece diabetes mellitus tipo II, toma antidiabéticos orales. Madre también con sobrepeso, fumadora, varios intentos fallidos de dejar de fumar, padece hipercolesterolemia e hipertensión, toma medicación para ello. La hermana de la madre falleció por un infarto de miocardio a los 63 años.

1.4 EXPLORACIÓN FÍSICA

- Peso corporal: 44,300 kg. Talla: 146 cm. Índice de masa corporal: 20,79.

- Circunferencia abdominal: se utiliza una cinta métrica flexible. Es necesario que el paciente este de pie. Se pasa la cinta alrededor del abdomen, 1cm aproximadamente, por encima de las crestas ilíacas y se realiza la lectura a nivel del ombligo. La circunferencia abdominal del niño es de 72 cm.
- Presión arterial: 130/80 mmhg.
- Valoración bioquímica: la muestra de sangre se obtiene a través de una punción venosa. El paciente debe estar en ayunas. Nivel de glucosa en sangre: 191 mg/dl y nivel de LDL en sangre: 120 mg/dl.

1.5 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realiza la valoración del paciente siguiendo las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson:

1. Necesidad de oxigenación: esta necesidad permite conocer la función respiratoria del individuo.

El paciente no presenta alteración en esta necesidad. Frecuencia, ritmo y ruidos respiratorios normales, vías aéreas permeables y coloración de la piel normal.

2. Necesidad de nutrición e hidratación: esta necesidad permite valorar todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, como en su ingestión, deglución e integración de los nutrientes.

No presenta alteración ni en la masticación ni en la deglución de los alimentos. El niño refiere tener hambre a todas horas. Realiza de 5 a 6 comidas diarias. Alimentación poco variada. No siguen las indicaciones pautadas por el endocrino, no cumpliendo, por ello, con la dieta pautada. El niño come tres días a la semana en el comedor del colegio y los otros dos días laborales en casa de sus abuelos. La madre comenta que come sin control cuando está nervioso; concentra la toma de alimentos al final del día. Consume 1500 ml de agua todos los días, 1 pieza de fruta al día, verduras 2 veces por semana, lácteos 2 veces al día, grasas todos los días y azúcares todos los días.

3. Necesidad de eliminación: esta necesidad permite conocer la función excretora de la persona.

Necesidad no alterada. Hace deposición todos los días, y orina 8 veces al día.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura: esta necesidad permite conocer el nivel de actividad que lleva el individuo y la capacidad que tiene para desarrollar determinadas actividades físicas.

El niño presenta un desarrollo físico normal para su edad. Practica educación física 2 veces por semana en el colegio. Refiere tener dolor intenso en el tobillo en el que sufrió la lesión, después de estar mucho tiempo de pie; presenta dificultad para correr.

5. Necesidad de dormir y descansar: esta necesidad permite conocer la capacidad que tiene la persona para poder dormir, descansar o relajarse y conocer también la cantidad y la calidad del sueño, tanto diurno como nocturno.

Al paciente le cuesta conciliar el sueño y se despierta varias veces por la noche porque tiene pesadillas. Duerme 8 horas al día. Refiere estar cansado durante el día.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse: esta necesidad permite conocer la capacidad cognitiva que tiene la persona para poder elegir la ropa adecuadamente, así como las habilidades físicas que tiene el individuo para ponerse y quitarse las prendas.

Necesidad no alterada, el niño elige la ropa y se viste de forma independiente.

7. Necesidad de mantener una temperatura corporal dentro de los límites normales: se valora la capacidad que tiene la persona para mantener una temperatura corporal dentro de los límites normales.

No hay alteración, mantiene la temperatura entre los valores normales.

8. Necesidad de higiene y protección de la piel: esta necesidad permite valorar la higiene de la persona y la capacidad que tiene para valorar el estado de su piel.

Necesidad no alterada, el niño se ducha todos los días.

9. Necesidad de evitar los peligros: esta necesidad permite valorar las habilidades y los conocimientos que tiene la persona para identificar las condiciones ambientales y conductuales que puede favorecer el riesgo de sufrir accidentes.

Necesidad no valorada.

10. Necesidad de comunicarse: esta necesidad permite valorar la interacción social de la persona y la capacidad que tiene para comunicarse con sus familiares, amigos, etc.

Los padres refieren que el niño presenta dificultad para comunicarse con los otros niños del colegio, por miedo a que le insulten. Con la familia se comunica de forma adecuada.

11. Necesidad de vivir según los valores y creencias: esta necesidad permite valorar las creencias del paciente, la manera que tiene de afrontar y de adaptarse a la situación actual y futura.

Necesidad no evaluable.

12. Necesidad de trabajar y sentirse realizado: esta necesidad valora si el individuo se siente realizado y útil.

Asiste al colegio y cursa por segunda vez 3º de primaria. Presenta falta de atención y concentración en clase. Acude a clases de refuerzo a la salida del colegio. No se siente realizado y se ve incapaz de aprobar todas las asignaturas.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas: esta necesidad valora el tiempo que el individuo invierte en distraerse, disfrutar y relajarse y de la manera en la que lo hace.

Dispone de bastante tiempo libre. Confiesa que se aburre cuando está solo en casa.

Practica actividades sedentarias: ve la televisión y juega con el ordenador 3 horas al día.

14. Necesidad de aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad: esta necesidad valora la capacidad del individuo para estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a adquirir conocimientos nuevos.

Estudiante de primaria, va muchos días obligado al colegio porque no le gusta. La madre comenta que no manifiesta interés por nada en concreto.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

➤ **Cuestionario de alimentación de tres factores (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ) (anexo 1):**

Este cuestionario, también conocido como inventario de la alimentación, identifica patrones de conducta alimentaria actual, según las prácticas de alimentación del sujeto. Este test consta de 57 ítems que evalúa tres dimensiones de la conducta alimentaria, restricción alimentaria, constituida por 23 ítems destinados a medir el dominio cognitivo de la ingestión de alimentos; la desinhibición, contiene 18 ítems que valoran la tendencia a comer en exceso y la pérdida de control sobre la alimentación y la susceptibilidad al hambre, con 16 ítems que estiman los sentimientos subjetivos de hambre y el deseo por la comida (Karlsson, Persson, Sjöström, & Sullivan, 2000).

➤ **Cuestionario de alimentación infantil (Child feeding Questionnaire, CFQ) (anexo 2):**

Este cuestionario se usa para evaluar aspectos de la percepción, actitudes y prácticas de la alimentación infantil y su relación con el desarrollo de los patrones de cómo van aceptando los niños esa alimentación, el control de la ingesta de comida y la obesidad. El CFQ está dirigido a padres con niños de edades comprendidas entre los dos y los once años (Birch, Fisher, Grimm-Thomas, Markey, Sawyer & Johnson, 2001).

➤ **Cuestionario de conducta alimentaria infantil (Child Eating Behaviour Questionnaire, CEBQ) (anexo 3):**

Este cuestionario determina el estilo de alimentación infantil e identifica factores de riesgo de obesidad y/o desórdenes alimentarios. Las dimensiones que mide son las siguientes: respuesta frente a los alimentos, sobrealimentación emocional, disfrute de los alimentos, deseo de beber, respuesta de saciedad, lentitud para comer, subalimentación emocional y exigencia frente a los alimentos. Posibles respuestas de cada ítem: nunca, raramente, a veces, a menudo o siempre (Wardle, Guthrie, Sanderson & Rapoport, 2001).

➤ **Cuestionario Holandés de conducta alimentaria (Dutch Eating Behaviour Questionnaire) (anexo 4):**

Este cuestionario identifica el estilo de alimentación. Dimensiones conductuales medidas: alimentación emocional, alimentación inducida externamente y restricción cognitiva (Bracet & Van Strien, 1997).

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

A continuación se desarrolla el plan de cuidados, personalizado en este paciente, mediante los diagnósticos enfermeros (Heath, Heather, Lunney, Scroggins y Vassallo, 2009; Bulechek, Butcher y McCloskey, 2009; Johnson, Maas, Moorhead y Swanson, 2009).

1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Estos son algunos de los diagnósticos enfermeros que encontramos en este paciente en función de la clasificación NANDA (Heat et al, 2009).

1.1 DIAGNÓSTICOS REALES

❖ Dominio 2: Nutrición:

➤ **Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00001):**

- *Definición:* aporte nutricional que excede las necesidades metabólicas.
- *Relacionado con:* aporte excesivo en relación con las necesidades.
- *Manifestado por:* comer en respuesta a claves internas distintas al hambre (ansiedad), concentrar la toma de alimentos al final del día, sedentarismo.

- *NOC Resultado: estado nutricional (1004).* Definición: capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.

Indicadores:

- (100402) Ingestión alimentaria
 - (100408) Ingestión de líquidos
 - (100405) Relación peso/talla
 - (100410) Tono muscular
 - (100411) Hidratación
-
- *NIC Intervenciones:* manejo de la nutrición (1100). Definición: proporcionar y fomentar la ingesta equilibrada de nutrientes.

- *Actividades:* determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales; determinar las preferencias alimentarias del paciente; instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales; ajustar la dieta según sea necesario y enseñar al paciente sobre las necesidades dietéticas específicas en función del desarrollo o la edad.

- NOC *Resultado:* estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009). Definición: ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.
Indicadores:
 - (100901) Ingestión calórica
 - (100902) Ingestión proteica
 - (100903) Ingestión de grasas
 - (100904) Ingestión de hidratos de carbono
 - (100910) Ingestión de fibra

- NIC *Intervenciones:* asesoramiento nutricional (5246). Definición: utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.

- *Actividades:* determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente; facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar; comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente y ayudar al paciente a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas.

- NOC *Resultado:* control de peso (1612). Definición: conseguir un peso adecuado a la estatura y edad del paciente.
Indicadores:
 - (161201) Supervisa el peso corporal
 - (161202) Mantiene una ingesta calórica óptima
 - (161203) Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica
 - (161207) Mantiene un patrón alimentario recomendado
 - (161215) Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta alimentaria
 - (161221) Alcanza el peso óptimo
 - (161222) Mantiene el peso óptimo

- NIC *Intervenciones*: manejo del peso (1260). Definición: facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.
- *Actividades*: comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso; comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso saludable; determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación y determinar el peso corporal ideal para el individuo.
- NIC *Intervenciones*: ayuda para disminuir el peso (1280). Definición: facilitar la pérdida de peso corporal y /o grasa corporal.
- *Actividades*: determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal; fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables; ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad y animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescados, legumbres y huevos.
- NIC *Intervenciones*: enseñanza: proceso de enfermedad (5602). Definición: ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.
- *Actividades*: evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico; explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología; comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad; describir las posibles complicaciones crónicas e instruir al paciente sobre las medidas para minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.

❖ **Dominio 1: Promoción de la salud:**

➤ **Mantenimiento ineficaz de la salud (00099):**

- *Definición*: incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.
- *Relacionado con*: afrontamiento familiar ineficaz y afrontamiento individual ineficaz.
- *Manifestado por*: falta demostrada de conocimientos respecto a las prácticas sanitarias básicas y antecedentes de falta de conductas de búsqueda de salud.

- NOC *Resultado*: nivel de autocuidado (0313). Definición: capacidad para realizar actividades de cuidados personales y actividades instrumentales de la vida diaria.

Indicadores:

- (031303) Prepara comida y bebida para ingerir
- (031304) Se alimenta

- NOC *Resultado*: conducta de búsqueda de salud (1603). Definición: acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.

Indicadores:

- (160303) Describe estrategias para eliminar la conducta insana
- (160316) Busca ayuda de familiares cuando es necesario

- o NIC *Intervenciones*: ayuda en el autocuidado: alimentación (1803). Definición: ayudar a una persona a comer.

- *Actividades*: identificar la dieta prescrita; fijar unos horarios para cada comida; realizar las comidas en familia, si se puede y controlar el peso del paciente.

❖ **Dominio 4: Actividad/ reposo:**

➤ **Sedentarismo (00168):**

- *Definición*: informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.
- *Relacionado con*: carencia de interés, carencia de motivación, desconocimiento de los beneficios que para la salud conlleva la realización de ejercicio físico y falta de entrenamiento en la realización de ejercicio físico.
- *Manifestado por*: elección de una rutina diaria de bajo contenido en actividad física, muestra falta de forma física y verbaliza la preferencia de actividades de bajo contenido en actividad física.

- NOC *Resultado*: resistencia (0001). Definición: capacidad para mantener la actividad.

Indicadores:

- (000102) Actividad

- NOC *Resultado*: forma física (2004). Definición: ejecución de actividades físicas con vigor.

Indicadores:

- (200404) Participación en actividades físicas
 - (200405) Ejercicio habitual
 - (200409) Índice de masa corporal
 - (200410) Relación cintura- cadera
- NIC *Intervenciones*: fomento del ejercicio (0200). Definición: facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y nivel de salud.
- *Actividades*: investigar experiencias deportivas anteriores; determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios; ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal; incluir a la familia del paciente en la planificación y mantenimiento del programa de ejercicios; informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del programa de ejercicios e instruir al individuo acerca de la frecuencia, duración e intensidad deseadas del programa de ejercicio.

❖ **Dominio 4: Actividad/ reposo:**

➤ **Déficit de actividades recreativas (00097):**

- *Definición*: disminución de la estimulación (o interés o participación) en actividades recreativas de ocio.
- *Relacionado con*: entorno desprovisto de actividades recreativas.
- *Manifestado por*: afirmaciones del paciente de que se aburre.

- NOC *Resultado*: participación en juegos (0116). Definición: realización de actividades por parte del niño de 1 hasta 11 años de edad para fomentar el placer, la diversión y el desarrollo.

Indicadores:

- (011601) Participación en juegos
- (011610) Expresa satisfacción con las actividades de juegos

- NIC *Intervenciones*: modificación de la conducta (4362). Definición: ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.
- *Actividades*: animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales.
- NOC *Resultado*: motivación (1209). Definición: impulso interno que mueve a un individuo a acciones positivas.
Indicadores:
 - (120901) Planes para el futuro
 - (120907) Mantiene una autoestima positiva
- NIC *Intervenciones*: potenciación de la autoestima (5400). Definición: ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.
- *Actividades*: animar al paciente a identificar sus puntos fuertes; ayudar al paciente a afrontar los abusos y las burlas; instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un autoconcepto positivo para sus hijos y enseñar a los padres a reconocer los logros de sus hijos.

❖ **Dominio 4: Actividad/reposo:**

➤ **Deprivación de sueño (00096):**

- *Definición*: periodos de tiempo prolongados sin sueño (supervisión periódica, naturalmente sostenida, de relativa inconsciencia).
- *Relacionado con*: pesadillas.
- *Manifestado por*: ansiedad, fatiga e incapacidad para concentrarse.
- NOC *Resultado*: sueño (0004). Definición: suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.
Indicadores:
 - (000401) Horas de sueño
 - (000410) Despertar a horas apropiadas

- NIC *Intervenciones*: mejorar el sueño (1850). Definición: facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.
- *Actividades*: determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente; explicar la importancia de un sueño adecuado durante las situaciones de estrés situacional; animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado vigilia/ sueño; ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama; instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores que contribuyan a trastornar el esquema del sueño y comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

❖ **Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés:**

➤ **Ansiedad (00146):**

- *Definición*: sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta automática (el origen con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.
- *Relacionado con*: cambio en el entorno.
- *Manifestado por*: disminución de la productividad, expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales y nerviosismo.
- NOC *Resultado*: equilibrio emocional (1204). Definición: adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.

Indicadores:

- (120402) Muestra un estado de ánimo sereno
 - (120405) Muestra concentración
 - (120413) Refiere un apetito normal
 - (120415) Muestra interés por lo que le rodea
- NIC *Intervenciones*: escucha activa (4920). Definición: gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente.

- *Actividades:* mostrar interés por el paciente; hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones; escuchar por si hay mensajes o sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación e identificar los temas predominantes.
- NIC *Intervenciones:* aumentar el afrontamiento (5230). Definición: ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.
- *Actividades:* evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones; animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades y animar la implicación familiar.
- NIC *Intervenciones:* asesoramiento (5240). Definición: utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades o sentimientos del paciente y sus seres queridos para fomentar o apoyar la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
- *Actividades:* favorecer la expresión de sentimientos; ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno y determinar cómo afecta el comportamiento de la familia.
- NIC *Intervenciones:* disminución de la ansiedad (5820). Definición: minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.
- *Actividades:* ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad y observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

❖ **Dominio 7: Rol/ relaciones:**

➤ **Procesos familiares disfuncionales (00063):**

- *Definición:* las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas, y a una serie de crisis que perpetúan por sí mismas.

- *Relacionado con:* habilidades de afrontamiento inadecuadas y falta de habilidades para la solución de problemas.
- *Manifestado por:* dificultad para divertirse, alteraciones en el rendimiento académico de los niños, alteraciones de la concentración, incapacidad para adaptarse al cambio, ansiedad, deterioro de las relaciones familiares y desempeño parental inconsciente.
- NOC *Resultado:* normalización de la familia (2604). Definición: capacidad de la familia para desarrollar y mantener las rutinas y estrategias de control que contribuyen al funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros presenta una enfermedad crónica o incapacitante.
Indicadores:
 - (260401) Reconocimiento de la existencia de alteraciones y sus posibilidades de alterar las rutinas de la familia
 - (260412) Proporcionar actividades apropiadas para la edad o capacidad a los individuos afectados
- NIC *Intervenciones:* estimulación de la integridad familiar (7100). Definición: favorecer la cohesión y la unidad familiar.
 - *Actividades:* escuchar a los miembros de la familia; determinar los sentimientos de la familia respecto a su situación; identificar las prioridades opuestas entre los miembros de la familia; ayudar a la familia en la resolución de conflictos y ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.

1.2 DIAGNÓSTICOS DE RIESGO

❖ Dominio 6: Autopercepción:

➤ **Riesgo de baja autoestima situacional (00153):**

- *Definición:* riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a un deterioro de la unidad familiar y a un cambio de la imagen corporal.
- *Relacionado con:* trastorno de la imagen corporal, fracasos y deterioro de la unidad familiar.

- NOC *Resultado*: autoestima (1205). Definición: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores:

- (120501) Verbalización de autoaceptación
 - (120507) Comunicación abierta
 - (120511) Nivel de confianza
 - (120519) Sentimientos sobre su propia persona
- NIC *Intervenciones*: escucha activa (4920). Definición: prestar atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.
 - *Actividades*: mostrar interés por el paciente; hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones y utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
 - NIC *Intervenciones*: potenciación de la autoestima (5400). Definición: ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.
 - *Actividades*: animar al paciente a identificar sus puntos fuertes; instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un autoconcepto positivo para sus hijos; enseñar a los padres a tener expectativas claras y a definir límites con sus hijos y enseñar a los padres a reconocer los logros de sus hijos.
- NOC *Resultado*: afrontamiento de los problemas de la familia (2600). Definición: acciones de la familia para controlar los factores que comprometen los recursos de la familia.

Indicadores:

 - (260003) Afronta los problemas
 - (260006) Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones
 - (260007) Expresa libremente sentimientos y emociones
 - NIC *Intervenciones*: aumentar los sistemas de apoyo (5440). Definición: facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, amigos o comunidad.

- *Actividades:* implicar a la familia/ allegados/ amigos en los cuidados y planificación y explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

❖ **Dominio 2: Nutrición:**

➤ **Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179):**

- *Definición:* riesgo de variación de los niveles límites normales de glucosa/azúcar en sangre.
- *Relacionado con:* aporte dietético, nivel de actividad física y aumento de peso.

- NOC *Resultado:* estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009). *Definición:* ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.

Indicadores:

- (100901) Ingestión calórica
- (100903) Ingestión de grasas
- (100904) Ingestión de hidratos de carbono

- NOC *Resultado:* control de peso (1612). *Definición:* conseguir un peso adecuado a la estatura y edad del paciente.

Indicadores:

- (161202) Mantiene una ingesta calórica óptima
- (161203) Equilibrio entre el ejercicio e ingesta calórica
- (161207) Mantiene un patrón alimentario recomendado

- NIC *Intervenciones:* manejo de la nutrición (1100). *Definición:* proporcionar y fomentar una ingesta adecuada de nutrientes.

- *Actividades:* instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).

1.3 PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

❖ Dominio 12: Confort:

➤ **Dolor agudo (00132):**

- *Definición:* experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses.
- *Relacionado con:* agentes lesivos (físicos).
- *Manifestado por:* informe verbal de dolor.

- NOC *Resultado:* control del dolor (1650). Definición: acciones personales para controlar el dolor.

Indicadores:

- (160501) Reconoce factores causales
 - (160503) Utiliza medidas preventivas
 - (160505) Utiliza analgésicos de forma apropiada
 - (160511) Refiere dolor controlado
- NIC *Intervenciones:* manejo del dolor (1400). Definición: alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel que sea aceptable para el paciente.
 - *Actividades:* realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/ duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes y asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
 - NIC *Intervenciones:* administración de analgésicos (2210). Definición: utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.
 - *Actividades:* comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito; comprobar el historial de alergias a medicamentos y evaluar la eficacia del analgésico.

- NIC *Intervenciones*: enseñanza: medicamentos prescritos (5616). Definición: preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

- *Actividades*: informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.

BIBLIOGRAFÍA

Baracle, R. Milani, L. Balzaretto, C. Valerio, A. Russo, V. Nisoli, E. & Carruba, M. O. (2013). Childhood obesity, overweight and underweight: a study in primary schools in Milan. *Eating and Weight Disorders*, 18(2), 183-91.

Birch, L.L. Fisher, J. O. Grimm-Thomas, K. Markey, C. N. Swayer, R. & Johnson, S. L. (2001). Confirmatory factor analysis of the child of parental attitudes, beliefs and practices about child feeding and obesity proneness. *Appetite*, 36(3), 201-10.

Bracet, C. & Van Strien, T. (1997). Assessment of emotional externally induced and restrained eating behaviour in nine to twelve- year- old obese and non- obese children. *Behaviour research and therapy*, 35(9), 863-73.

Bulechek, G. Butcher, H. & McCloskey, J. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería*. Barcelona: Elsevier.

Cattaneo, A. Monasta, L. Stamatakis, E. Lioret, S. Castetbon, K. Frenjen, F. Manios, Y. Moschonis, G. Savva, S. Zaborskis, A. Rito, A. I. Nanu, M. Vignerová, J. Caroli, M. Ludvigsson, J. Koch, F. S. Serra-Majem, L. Szponar, L. Lenthe, F. & Brug, J. (2010). Overweight and obesity in infants and pre- school children in the European Union: a review of existing data. *Obesity Review*, 11(5), 389-98.

Cervera, P. Clapes, J. & Rigolfas, R. (2010). *Alimentación y dietoterapia: nutrición aplicada en la salud y en la enfermedad*. Madrid: McGraw- Hill.

Durazo, F. & Capelini, F. (2009). Leptina y obesidad. *Revista mexicana de patología clínica*, 56(4), 262-264.

Elsó, M.J. Brockmann, P. & Zenteno, D. (2013). Consecuencias del síndrome de apnea obstructiva del sueño. *Revista Chilena de Pediatría*, 84(2), 128-137.

Fugas, V. Berta, E. Walz, F. Fortino, A. & Martinelli, M. I. (2013). Hábito y calidad del desayuno en alumnos de dos escuelas primarias públicas de la ciudad de Santa Fe. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(6), 502-507.

Heath, C. Heather, T. Lunney, M. Scrogging, L. & Vasallo, B. (2009). *Diagnósticos de enfermería definiciones y clasificación*. Barcelona: Elsevier.

Heerwagen, M. J. Stewart, M. S. Houssaye, B. A. Janssen, R. C. & Friedman, J. E. (2013). Transgenic increase in N-3/n-6 Fatty Acid ratio reduces maternal obesity- associated inflammation and limits adverse developmental programming in mice. *PLOS ONE*, 8(6): e67791.

Hidalgo, M. I. & Güemes, M. (2011). Nutrición del preescolar, escolar y adolescente. *Pediatría Integral*, 15(4), 351-368.

Johnson, M. Maas, M. Moorheah, S. & Swanson, E. (2009). *Clasificación de resultados de enfermería*. Barcelona: Elsevier.

Karlsson, J. Persson, L. O. Sjöström, L. & Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the Three Factor Eating Questionnaire in obese men and woman. Results from the Swedish obese subjects (SOS). *International Journal of obesity and related metabolic disorder*, 24(12), 1715-25.

Lee, H. & Park, H. (2013). Overview of noncommunicable diseases in Korean children and adolescents: focus on obesity and its effect on metabolic syndrome. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 46, 173-182.

Lien, N. Henrisken, H. B. Nymoen, L. L. Wind, M & Klepp, K. I. (2010). Availability of data assessing the prevalence and trends of overweight and obesity among European adolescents. *Public Health Nutrition*, 13(10A), 1680-7.

Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(3), 357-60.

Lizardo, A. F. & Díaz, A. (2011). Sobrepeso y obesidad infantil. *Revista médica de Honduras*, 79(4), 208-213.

Macias, A. I. Gordillo, L. G. & Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista chilena de nutrición*, 39(3), 40-43.

- Márquez, S. & Vallejo, N. (2010). *Actividad física y salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Moreno, A. J. Ramírez, M. Meléndez, E. & Sánchez. (2009). Estilo de vida, desarrollo científico- técnico y obesidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 35(3), 1-7.
- Nurul-Fadhilah, A. Teo, P. S. Huybrechts, I. & Foo, L. H. (2013). Infrequent breakfast consumption is associated with higher body adiposity and abdominal obesity in Malaysian school-aged adolescents. *PLOS ONE*, 8(3).
- Ogden, C. L. Carroll, M. D. Kit, B. K. & Flegal, K. M. (2012). Prevalence of obesity and trends in body mass index among US children and adolescents, 1999-2010. *Journal of American Medical Association*, 307(5), 483-90.
- Onis, M. Blössner, M. & Borghi, E. (2010). Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. *American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1257-64.
- Ordovás, J. M^a. (2013). *La nueva ciencia del bienestar: nutrigenómica*. Barcelona: Drakaontos.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Recuperado el 3 de enero de 2014, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_what_can_be_done/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Recuperado el 12 de febrero de 2014, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_why/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Recuperado el 3 de enero de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Recuperado el 12 de febrero de 2014, de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_parents/es/
- Ortiz, A. Vázquez, V. & Montes, M. (2005). La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudio sociales*, 13(25), 2-28.
- Ossorio, J. Weisstaubn, G. & Castillo, C. (2002). Conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista chilena de nutrición*, 29(3), 348-52.

Pérez, E. C. Sandoval, M. J. Schneider, S. E. & Azula, L. A. (2008). Epidemiología del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes. *Revista de posgrado de la VI a Cátedra de Medicina*, 179.

Picasso, R. (2013). *Nutrición y salud*. Madrid: Marbán.

Restrepo, S.L. & Gallego, M. M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 19(36), 127-148.

Revuelta, J. & PrevInfad, G. (2005). Prevención de la obesidad infantil. *Revista Pediátrica Atención Primaria*, 7, 255-275.

Rodota, L. & Castro, M. (2012). *Nutrición clínica y dietoterapia*. Barcelona: Panamericana.

Sánchez- Cruz, J.J. Jimenez- Moleón, J. Fernández- Quesada, F. & Sánchez, M. J. (2012). Prevalencia de la obesidad infantil y juvenil en España en 2012. *Revista Española de Cardiología*, 66(5), 371-376.

Sánchez, R. & Alemany, J. M^a. (2002). Los costes de la obesidad alcanzan el 7% del gasto sanitario. *Revista Española de Economía de la Salud*, 3, 40-42.

Segovia, M. J. & Vilarres, J. M. (2010). El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre. *Acta Pediátrica Española*, 68(8), 403-408.

Serra, L. Roman, B. & Aranceta, J. (2006). *Actividad física y salud*. Barcelona: Elsevier-Masson.

Serrano- Ríos & Mateos, J. A. (2009). *Nutrición y alimentación*. Madrid: McGraw- Hill.

Serrano, M^a. D. Saturnino, M^a. S. Díaz, A. Soblecher, A. Caballero, P. A. Hernández, L. Yepes, M. Castelar, J. Rosa, J. M. y Espinosa, M. (2006). Diagnóstico de la obesidad: actualización de criterios y validez clínica y poblacional. *Anales de Pediatría*, 65(1), 5-14.

Soca, P. E. M. & Peña, A. (2009). Consecuencias de la obesidad. *SciELO*, 20(4), 84-92.

Sovio, U. Skow, A. Falconer, C. Park, M. H. Viner, R. M. & Kinra, S. (2013). Improving prediction algorithms for cardiometabolic risk in children and adolescents. *Journal of Obesity*.

Tompkins, C. L. Cefalu, W. Ravussin, E. Goran, M. Soros, A. Volaufova, J. Vargas, A. & Sothorn, M. S. (2010). Feasibility of intravenous glucose tolerance testing prior to puberty. *International Journal of Pediatric Obesity*, 5(1), 51-5.

Tounian, P. (2011). Programación hacia la obesidad infantil. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 58(suppl1), 30-41.

Vásquez, F. Díaz, E. Lera, L. Meza, J. Salas, I. Rojas, P. Atalah, E. & Burrows, R. (2013). Efecto residual del ejercicio de fuerza muscular en la prevención secundaria de la obesidad infantil. *Nutrición hospitalaria*, 28(2), 333-39.

Vicedo, J. C. Madrona, P. Martínez, M. & Martínez, J. (2012). Efectos de un programa de actividad física extracurricular en niños de primer ciclo de ESO con sobre peso y obesidad. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(2), 379-385.

Villares, J. M. & Segovia, M. J. (2006). La comida en familia: algo más que comer juntos. *Acta Pediátrica Española*, 64(11), 554-558.

Wardle, J. Carnell, S. Haworth, C. M. & Plomin, R. (2008). Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87(2), 398-404.

Wardle, J. Guthrie, C. A. Sanderson, S. & Rapoport, L. (2001). Development of the children's Eating Behaviour Questionnaire. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42(7), 963-70.

ANEXOS

Anexo 1: TFEQ

1. Al cocinar pongo (o digo que pongan) en la sartén la cantidad mínima de aceite.
2. Cuando salgo bebo agua o refrescos sin calorías.
3. Soy consciente de las calorías que tomo al cabo del día.
4. Camino diariamente al menos 30 minutos.
5. Si pico, tomo alimentos bajos en calorías (fruta, un vaso de agua, etc.).
6. Como verduras todos los días.
7. Preparo las comidas de toda la familia.
8. Cuando intento reducir peso lo comunico a los que me rodean para que me apoyen.
9. Los lácteos que tomo son desnatados.
10. Como quesos curados en vez de frescos.
11. Hago la compra sin tener hambre.
12. Me salto las recomendaciones alimenticias.
13. Como la carne y el pescado a la plancha o al horno en vez de frito.
14. Tomo alimentos frescos en vez de platos precocinados.
15. Me sirvo raciones pequeñas.
16. Realizo un programa de ejercicio físico.
17. Tomo leche o productos lácteos diariamente.
18. Tomo alcohol todos los días.
19. Cuando tengo hambre entre horas tomo tentempiés con pocas calorías.
20. Mi familia colabora cuando hago un plan de pérdida de peso.
21. Cuando tomo alcohol elijo vino, cava o cerveza.
22. Veo la televisión más de dos horas al día.
23. Como carnes grasas.
24. Bebo al menos litro y medio de agua cada día.
25. Me siento a comer con mucha hambre.
26. Compró principalmente alimentos que requieran preparación.
27. Hago ejercicio físico regularmente.
28. Tomo al menos dos raciones de fruta al día.
29. Conscientemente reduzco la cantidad de alcohol que me apetecería.
30. Cuando me apetece comer algo espero unos minutos antes de tomarlo.
31. Aunque pueda llegar con un vehículo hasta donde voy, hago parte del trayecto andando.
32. Picoteo si tengo ansiedad o estoy bajo/ a de ánimo.
33. Dejo de comer cuando estoy saciado.

34. Como en platos pequeños.
35. Saco tiempo cada día para hacer ejercicio.
36. Pido que me sirvan las salsas aparte.
37. Me siento en el mismo sitio para comer.
38. En mi familia soy el/ la responsable de hacer la compra.
39. Como solo cuando tengo hambre.
40. Me peso cada 7-10 días.
41. Tomo bebidas de baja graduación alcohólica (cerveza, vino) al menos 1 vez por semana.
42. Cuando estoy aburrido/ a me da hambre.
43. Tomo bebidas de alta graduación alcohólica (licores, ginebra) al menos 1 vez al mes.
44. Como despacio, en un tiempo razonable.
45. Coloco los alimentos ricos en calorías en zonas poco visibles de los armarios.
46. Utilizo aceite de oliva para aliñar.
47. Cuando como en un restaurante tengo en cuenta las calorías de los alimentos.
48. Es difícil compaginar mi plan alimentario con el de mi familia.
49. Peso todo lo que como.
50. Hago la compra con una lista y no me salgo de ella.
51. Como sentado/ a.
52. Si puedo elegir, utilizo la escalera en vez del ascensor.
53. Mientras como veo la televisión o leo.
54. Reviso las etiquetas de los alimentos para conocer las calorías que contienen.
55. Tardo poco tiempo en comer.
56. Apuro los platos aunque no tenga hambre.
57. Compró principalmente alimentos precocinados.

Anexo 2: CFQ

Child Control—Parents allow the child control of his/her eating behaviors and parent–child feeding interactions.

- Do you let your child eat whatever s/he wants?
- At dinner, do you let this child choose the foods s/he wants from what is served?
- If this child does not like what is being served, do you make something else?
- Do you allow this child to eat snacks whenever s/he wants?
- Do you allow this child to leave the table when s/he is full, even if your family is not done eating?

Emotion regulation—Parents use food to regulate the child’s emotional states.

- When this child gets fussy, is giving him/her something to eat or drink the first thing you do?
- Do you give this child something to eat or drink if s/he is bored even if you think s/he is not hungry?
- Do you give this child something to eat or drink if s/he is upset even if you think s/he is not hungry?

Encourage balance and variety—Parents promote well-balanced food intake, including the consumption of varied foods and healthy food choices.

- Do you encourage this child to eat healthy foods before unhealthy ones?
- I encourage my child to try new foods.
- I tell my child that healthy food tastes good.
- I encourage my child to eat a variety of foods.

Environment—Parents make healthy foods available in the home.

- Most of the food I keep in the house is healthy.
- I keep a lot of snack food (potato chips, Doritos, cheese puffs) in my house.
- A variety of healthy foods are available to my child at each meal served at home.
- I keep a lot of sweets (candy, ice cream, cake, pies, pastries) in my house.

Food as reward—Parents use food as a reward for child behavior.

- I offer sweets (candy, ice cream, cake, pastries) to my child as a reward for good behavior.
- I withhold sweets/dessert from my child in response to bad behavior.
- I offer my child his/her favorite foods in exchange for good behavior.

Involvement—Parents encourage child’s involvement in meal planning and preparation.

- I involve my child in planning family meals.
- I allow my child to help prepare family meals.
- I encourage my child to participate in grocery shopping.

Modeling—Parents actively demonstrate healthy eating for the child.

- I model healthy eating for my child by eating healthy foods myself.
- I try to eat healthy foods in front of my child, even if they are not my favorite.
- I try to show enthusiasm about eating healthy foods.
- I show my child how much I enjoy eating healthy foods.

Monitoring—Parents keep track of child's intake of less healthy foods.

- How much do you keep track of the sweets (candy, ice cream, cake, pies, pastries) that your child eats?
- How much do you keep track of the snack food (potato chips, Doritos, cheese puffs) that your child eats?
- How much do you keep track of the high-fat foods that your child eats?
- How much do you keep track of the sugary drinks (soda/pop, cool-aid) this child drinks?

Pressure—Parents pressure the child to consume more food at meals.

- My child should always eat all of the food on his/her plate.
- If my child says, "I'm not hungry," I try to get him/her to eat anyway.
- If my child eats only a small helping, I try to get him/her to eat more.
- When he/she says he/she is finished eating, I try to get my child to eat one more (two more, etc.) bites of food.

Restriction for Health—Parents control the child's food intake with the purpose of limiting less healthy foods and sweets.

- If I did not guide or regulate my child's eating, s/he would eat too much of his/her favorite foods.
- If I did not guide or regulate my child's eating, he/she would eat too many junk foods.
- I have to be sure that my child does not eat too much of his/her favorite foods.
- I have to be sure that my child does not eat too many sweets (candy, ice cream, cake, or pastries).

Restriction for weight control—Parents control the child's food intake with the purpose of decreasing or maintaining the child's weight.

- I have to be sure that my child does not eat too many high-fat foods.
- I encourage my child to eat less so he/she won't get fat.
- I give my child small helpings at meals to control his/her weight.
- If my child eats more than usual at one meal, I try to restrict his/her eating at the next meal.
- I restrict the food my child eats that might make him/her fat.
- There are certain foods my child shouldn't eat because they will make him/her fat.
- I don't allow my child to eat between meals because I don't want him/her to get fat.
- I often put my child on a diet to control his/her weight.

Teaching about nutrition—Parents use explicit didactic techniques to encourage the consumption of healthy foods.

- I discuss with my child why it's important to eat healthy foods.
- I discuss with my child the nutritional value of foods.
- I tell my child what to eat and what not to eat without explanation.

Anexo 3: CEBQ

- My child loves food.
- My child eats more when worried.
- My child has a big appetite.
- My child finishes his/ her meal quickly.
- My child is interested in food.
- My child is always asking for a drink.
- My child eats slowly.
- My child eats less when angry.
- My child enjoys tasting new foods.
- My child eats less when s/he is tired.
- My child is always asking for food.
- My child eats more when annoyed.
- I allowed to, my child would eat too much.
- My child eats more when anxious.
- My child enjoys a wide variety of foods.
- My child leaves food on his/ her plate at the end of a meal.
- My child takes more than 30 minutes to finish a meal.
- Given the choice, my child would eat most of the time.
- My child looks forward to mealtimes.
- My child gets full before his/ her meal is finished.
- My child enjoys eating.
- My child eats more when she/ he is happy.
- My child is difficult to please with meals.
- My child eats less when upset.
- My child gets full up easily.
- My child eats more when s/he has nothing else to do.
- Even if my child is full up s/he finds room to eat his/ her favourite food.
- If given the chance, my child would drink continuously throughout the day.
- My child cannot eat a meal if s/he has had a snack just before.
- If given the chance, my child would always be having a drink.
- My child is interested in tasting food s/he hasn't tasted before.
- My child decides that s/he doesn't like a food, even without tasting it.
- If given the chance, my child would always have food in his/ her mouth.
- My child eats more and more slowly during the course of a meal.

Anexo 4: DEBQ

1. Desire to eat when seeing or smelling food.
2. Desire to eat when depressed.
3. Desire to eat when lonely.
4. Desire to eat when walking past a candy store.
5. Eat slimming foods.
6. Desire to eat when walking others eat.
7. Eating less after eating too much.
8. Desire to eat when things go wrong.
9. Tempted by snack bar/ fast food restaurant.
10. Eat less to avoid weight gain.
11. Desire you eat when things go wrong.
12. Tempted by delicious food.
13. Trying not to eat between meals.
14. Desire to eat when afraid.
15. Trying not to eat after evening meal.
16. Desire to eat when afraid.
17. Eating while allowing for weight.
18. Desire to eat when feeling sorry.
19. Tempted when food is being repaired.

