

INTERNECIÓN AVANZADA GRUPAL

INDICE

1. Introducción: Magnitud del problema. Aspectos claves.
2. Algoritmo de actuación en Atención Primaria de Salud.
3. Población diana. Criterios de entrada al programa. Captación de pacientes. Valoración de la predisposición al cambio de pacientes y familias.
4. Cuestiones a tener en cuenta de cara a la intervención
5. Primera visita. Aspectos clave
6. Propuesta de sesiones grupales
7. Visitas de seguimiento
8. Bibliografía.
9. Anexos
10. Relación de materiales de educación para la salud

1. INTRODUCCIÓN

MAGNITUD DEL PROBLEMA.

Se ha producido un inexorable cambio en el balance energético durante los últimos veinte años. Una combinación de la disminución de la actividad física, el aumento del sedentarismo y el consumo excesivo de calorías ha dado como resultado un aumento incesante de las tasas de obesidad en la infancia, en la adolescencia y en la etapa adulta.

Situación en Andalucía:

Se parte de una situación desfavorable en Andalucía en el año 1998-2000 con prevalencia de sobrepeso y obesidad de 29.4% (>p85) y de obesidad de 15.6% (>p97) en la población de 2 a 24 años según el Estudio EnKid ⁽¹⁾ en el que sólo Canarias tenía peor situación. El problema está ligado al bajo nivel socioeconómico y de estudios.

Actualmente se está realizando un estudio de prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y niñas de 6 a 9 años promovido por la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición.

Hay que entender la epidemia de obesidad infantil en Andalucía en el contexto de la epidemia en la población adulta y de una **sociedad obesogénica**.

Las epidemias en la infancia y en la edad adulta se retroalimentan y perpetúan el problema en el marco de una sociedad obesogénica.



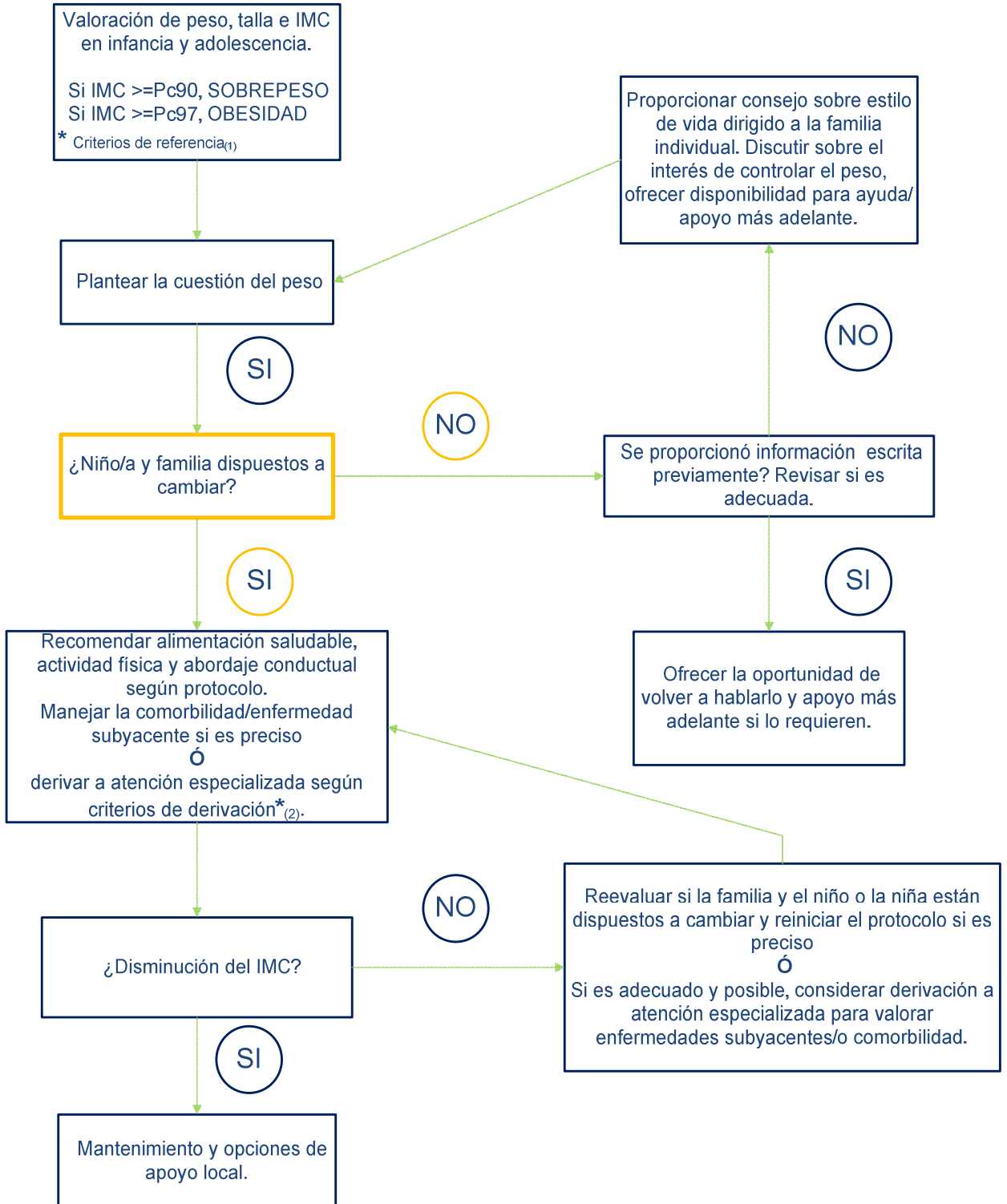
ASPECTOS CLAVES EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL:

- En la población infantil y adolescente con sobrepeso/obesidad la intervención dietética no debe ser una actuación aislada sino que debe llevarse a cabo en el contexto de un cambio en el **estilo de vida** que incluya ejercicio físico, tratamiento conductual y **abordaje familiar**. ⁽²⁾
- En la población con sobrepeso y en la mayoría de los que tienen obesidad el **mantenimiento del peso** se considera un objetivo aceptable ya que lleva consigo un descenso del IMC. En aquellos que presenten comorbilidad o estén por encima del P99 de IMC se requiere una pérdida de peso gradual que no debería exceder de 800 gr. a la semana para la edad de 6 a 18 años ^(2, 3).

- En el caso de que no se consiga disminuir el IMC, hay que tener en cuenta que la práctica de ejercicio físico y las mejoras en la calidad de la alimentación son logros que hay que destacar porque **son hábitos que favorecen una vida más sana** ⁽⁴⁾.
- Las intervenciones para promover una alimentación saludable y fomentar la actividad física deben favorecer una **imagen positiva del propio cuerpo** y ayudar a construir y reforzar la autoestima de los menores. Se recomienda prestar especial cuidado para evitar la estigmatización y culpabilización de los menores con sobrepeso o de sus familiares. ⁽²⁾
- Familia y profesionales deben estar atentos a la aparición de desórdenes alimentarios en los menores tratados de obesidad. ⁽³⁾
- Se recomienda valorar las dinámicas familiares preexistentes, así como **la predisposición al cambio**, tanto en el menor como en el entorno familiar, para poder orientar adecuadamente cualquier intervención frente al sobrepeso o la obesidad. ⁽²⁾
- Deben establecerse como **objetivos** del tratamiento la **práctica diaria de 60 minutos** mínimos de **actividad física moderada** y **limitar el tiempo de pantalla** a menos de 2 horas/día. ⁽³⁾.
- Las **intervenciones conductuales** implican: actividades de autocontrol, establecer metas, control de estímulos, recompensas por alcanzar metas y resolución de problemas. ⁽⁵⁾
- El número de sesiones y la duración del tratamiento se **adaptarán a las necesidades de cada paciente y de su familia**.
- La eficacia del tratamiento está en relación con la **intensidad del mismo**. La USPSTF los clasifica en: <10 horas intensidad muy baja; 10-25 horas intensidad baja; 26-75 intensidad moderada y >75 horas intensidad alta. ⁽⁶⁾

2. ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

ALGORITMO SUGERIDO EN APS PARA NIÑOS/NIÑAS Y ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD (3)



PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

* Criterios de referencia:

- Criterios tomados de la Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud ⁽²⁾.
- Se recomienda utilizar las curvas y tablas de crecimiento del estudio semilongitudinal de Hernández et al. (1988) para realizar el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia, según el sexo y la edad correspondientes. ⁽⁷⁾

* Criterios de derivación:

Se recomienda derivar a la consulta de endocrinología de referencia:

- Niños, niñas o adolescentes con obesidad y sospecha de enfermedades subyacentes causantes de la misma.
- Presencia de obesidad en edades muy tempranas (menores de 2 años)
- Coexistencia de patologías asociadas
- Grados extremos de obesidad
- A la unidad de salud mental de referencia si existe patología psiquiátrica asociada. ⁽²⁾

3. POBLACIÓN DIANA. CRITERIOS DE ENTRADA AL PROGRAMA. CAPTACIÓN DE PACIENTES. VALORACIÓN DE LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO DE PACIENTES Y FAMILIAS

- **POBLACIÓN DIANA:** Niños y niñas con sobrepeso y/o obesidad de 6 a 14 años (y sus padres o cuidadores). Se toma esta franja de edad inicialmente por ser la de mayor prevalencia de Sobrepeso/Obesidad en el estudio Enkid ⁽¹⁾.

A juicio de cada profesional pueden incluirse otras edades.

- **CRITERIOS DE ENTRADA AL PROGRAMA:**

Se define el **SOBREPESO** como **IMC >= P90**

Se define la **OBESIDAD** como **IMC >= P97**

Estos criterios están tomados de la última Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil del Ministerio de Sanidad y Política Social de 2009 ⁽²⁾.

Se recomienda utilizar las curvas y tablas de crecimiento del estudio semilongitudinal de Hernández et al. (1988) para realizar el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en la infancia y adolescencia, según el sexo y la edad correspondientes ⁽⁷⁾.

- **CAPTACIÓN DE PACIENTES:**

Se hará de forma oportunista en consultas, urgencias, visitas del programa de seguimiento de salud infantil, a petición de los niños, niñas y adolescentes o de sus familias o por derivación de otros profesionales de salud, educación o trabajo social.

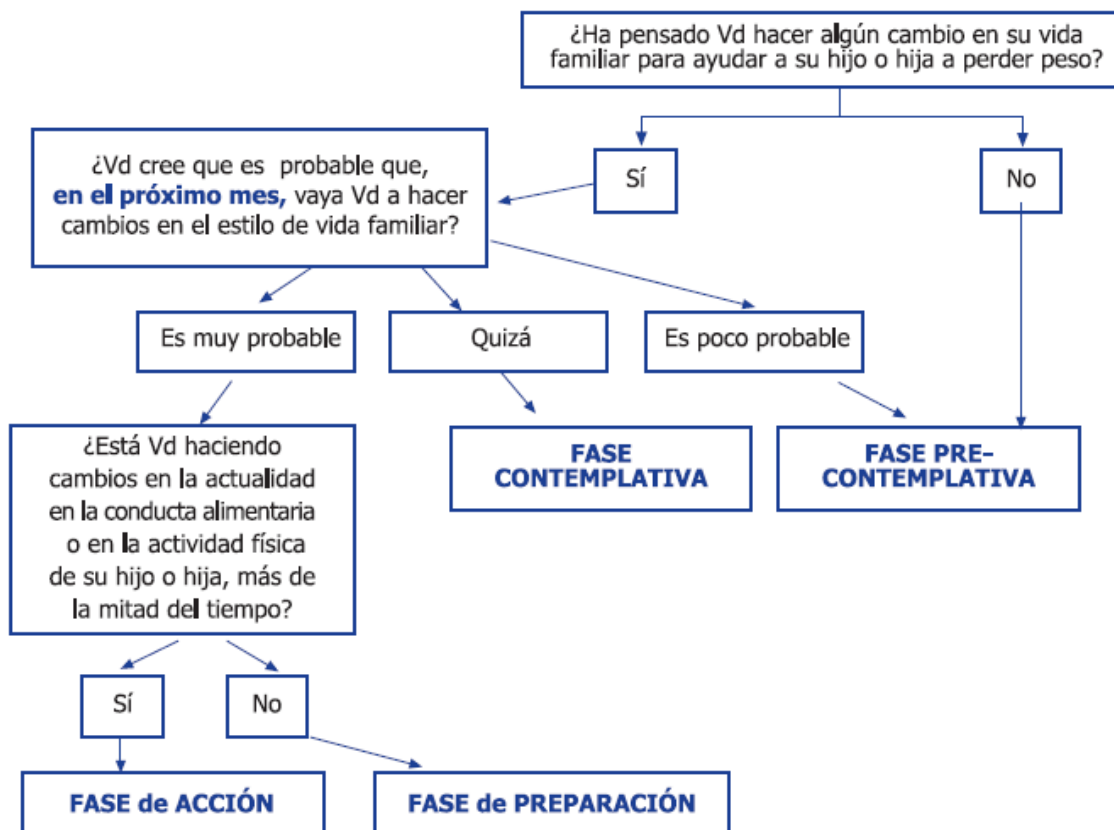
- **VALORACIÓN DE LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO DE PACIENTES Y FAMILIAS:**

Se recomienda valorar la predisposición al cambio tanto en el menor como en el entorno familiar para poder orientar adecuadamente cualquier intervención frente al sobrepeso o la obesidad. (2)

En los niños y niñas en los que se haya detectado sobrepeso u obesidad, se planteará a la familia y a los propios niños y niñas la idoneidad y la posibilidad de trabajar para abordar el exceso de peso y un estilo de vida saludable. Si la familia y el niño o niña, aceptan se pasa a los siguientes pasos del protocolo.

En el caso de que no estén todavía preparados para su abordaje, se les facilitarán unos consejos básicos y materiales de educación para la salud, ofreciéndoles, además, la posibilidad de volver a tratar el problema en futuras consultas.

ALGORITMO PARA DETERMINAR LA PREDISPOSICIÓN AL CAMBIO EN PROGENITORES CON HIJOS O HIJAS CON SOBREPESO



Fuente: Rhee KE, De Lago CW, Arscott-Mills T, Mehta SD, Davis RK. Factors associated with parental readiness to make changes for overweight children. Pediatrics 2005; 116(1):e94-101.

Tomado del Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2012 (8).

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

Una vez valorado el estadio de cambio se utilizarán **técnicas motivacionales** que se basan principalmente en el respeto al paciente (y a la familia), a sus creencias y escalas de valores. Intentan estimular la motivación y favorecer el posicionamiento hacia hábitos sanos enfatizando los puntos de vista del paciente y su libertad de escoger. Persigue, sobre todo, no generar resistencia. (9)

TAREAS Y ESTRATEGIAS ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DE CAMBIO.

TAREAS Y ESTRATEGIAS ADAPTADAS A LOS ESTADIOS DE CAMBIO			
ESTADIOS	TAREAS	ESTRATEGIAS	
PRECONTEMPLATIVO (no ve el problema)	<ul style="list-style-type: none"> . Priorizar el hábito y estadiarlo. . Elaborar mapa de creencias. . Trabajar la ambivalencia. . Evitar y trabajar las resistencias. . Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Apoyo narrativo . Evitar trampas . Reconocer resistencias
CONTEMPLATIVO (Ve el problema pero con muchas dudas)	<ul style="list-style-type: none"> . Aumentar las contradicciones entre lo que hace y lo que desea 		EMPATIA
DETERMINACIÓN (Dispuesto a cambiar)	<ul style="list-style-type: none"> . Que el paciente verbalice el compromiso del cambio . Ayudar a elegir la mejor estrategia. . Desarrollar un plan de actuación conjunto. 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Hacer sumarios . Preguntas activadoras
ACCIÓN (Ha iniciado el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> . Aumentar la autoeficacia . Informar sobre otros modelos que han tenido éxito 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Apoyo narrativo . Preguntas activadoras
MANTENIMIENTO (Mantiene el cambio)	<ul style="list-style-type: none"> . Prevenir recaídas . Aumentar la autoeficacia 	EMPATIA	Identificación conjunta de las situaciones de riesgo y elaboración de estrategias para afrontarlas.
RECAÍDA (Vuelve a la conducta anterior)	<ul style="list-style-type: none"> . Reconstruir positivamente y ayudar a renovar el proceso . Aumentar la autoeficacia y la automotivación. 	EMPATIA	<ul style="list-style-type: none"> . Señalamiento emocional . Reestructuración positiva.

Tomado de: Entrevista motivacional. S Lizarraga, M. Ayarra (9).

4. CUESTIONES A TENER EN CUENTA DE CARA A LA INTERVENCIÓN.

Cuando un menor tiene un IMC mayor del percentil 90% y menor del percentil 97%, o ha sobrepasado el percentil 97, es el momento para un análisis más profundo sobre la alimentación y la actividad física, los antecedentes familiares y la obesidad familiar.

En la mayoría de las familias es fundamental una comprensión clara de su propia historia familiar para conocer el riesgo de obesidad. Hay estudios que demuestran que la obesidad paterna es un riesgo grande y significativo para el desarrollo de obesidad en la siguiente generación. Los progenitores con obesidad deben comprender este riesgo y trabajar con el pediatra o con otros profesionales para desarrollar un plan de cambios en los hábitos de alimentación, de actividad física y sedentarismo en toda la familia, con el objetivo de prevenir o atajar la obesidad en sus hijos o hijas.

Una buena anamnesis familiar enfocada en la obesidad y en la presencia de enfermedades relacionadas con ella puede ayudar a conocer los riesgos a corto y a largo plazo de obesidad para los menores.

Además de enfatizar en los conceptos anteriormente analizados, es probable que progenitores y familiares tengan que mejorar su capacidad de proporcionar una buena nutrición y un buen nivel de actividad física, e influir en ellos centrándose en el **balance energético**, la **estructura** de tiempo y hábitos y el **modelado de hábitos saludables**.

- **Balance energético:** a medida que el menor se adapta al medio, los retos contra un balance energético óptimo aumentan. En una alimentación que en principio podría ser razonable, un aumento de los tentempiés o del tamaño de las porciones puede modificar el balance energético, a menudo sin que los progenitores se den cuenta.
- **Estructura:** la planificación y el manejo del tiempo se vuelven cada vez más importantes, se debe analizar el tiempo después del colegio, para que los progenitores puedan reestructurarlo para incluir una merienda saludable, el tiempo al aire libre, la cena, las tareas y el tiempo libre. Los fines de semana también pueden ser todo un reto, ya que a menos que planifiquen el tiempo, puede ser un momento para que los niños y las niñas pasen muchas horas frente al televisor o al ordenador.
- **Modelado de hábitos saludables:** los menores a esta edad detectan rápidamente las discrepancias entre lo que sus padres están pidiéndoles que hagan y lo que los padres y madres están realmente haciendo por ellos. También son sensibles respecto de lo que otros niños o niñas están haciendo y sobre las desigualdades respecto de los hermanos y amigos. Los padres y las madres deben ser quienes establezcan los límites generales para una alimentación saludable y un buen nivel de actividad física. (4)

RECOMENDACIONES BÁSICAS CON LAS QUE VAMOS A TRABAJAR.

1. Los cambios en los estilos de vida se realizarán para toda la familia.
2. Procuraremos hacer énfasis en los mensajes en clave positiva.
3. El mejor modelo para los hijos e hijas son los miembros de su familia, tanto en temas de alimentación como de actividad física y pantallas.
4. Hay que favorecer la comida en familia y evitar discusiones durante su desarrollo.
5. La alimentación para toda la familia debe ser variada (comer colores) y siguiendo las pautas de la dieta mediterránea.
6. Uno de los objetivos del tratamiento debe ser un desayuno completo todos los días.
7. Es importante no saltarse ninguna comida de las 5 recomendadas.
8. Hay que ser especialmente cuidadosos con la cantidad de grasa utilizada en las comidas (aceite, margarina, nata, cremas).
9. Las familias deben evitar comprar bollería, golosinas, gusanitos, patatas chips, refrescos con azúcar y zumos envasados.

10. No des dinero a tu hijo/a para que se compre algo a media mañana o para la merienda, dale un bocadillo.
11. Sustituir la leche entera y los yogures por productos desnatados.
12. No utilizar los alimentos como premio o castigo.
13. Aumentar las actividades en la familia, tanto al aire libre como en casa.
14. Favorecer la actividad física en la vida cotidiana (ir andando, subir escaleras...) y en las actividades extraescolares.
15. Limitar la televisión y el uso de otras pantallas (ordenador, videoconsolas) a menos de 2 horas diarias.

¿CÓMO EMPEZAMOS?

Para aquellas personas/familias que se encuentren en estadio de **preparación para la acción**, es decir, que quieren controlar su peso y modificar su estilo de vida:

- Reforzar su toma de decisión
- Valorar el plan personalizado de tratamiento más adecuado para el/la paciente y la familia.

Fijar una fecha para la **primera visita (niño/a y familia) “INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL OBESIDAD INFANTIL (IAG)”**:

- Registrar IAG Obesidad Infantil
- Dar cita (Agenda Diraya)

La **INTERVENCIÓN AVANZADA GRUPAL** consta de:

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Primera visita de valoración del niño o niña y de la familia.2. Sesión educativa grupal (padres/madres) I3. Sesión educativa grupal (padres/madres) II4. Visitas de seguimiento del niño y de la familia según necesidades. |
|---|

5. PRIMERA VISITA. ASPECTOS CLAVE

PRIMERA VISITA (NIÑO/A Y SU FAMILIA)

Una vez valorada la predisposición al cambio de la familia y si ésta es favorable, los pasos a seguir pueden ser los siguientes:

- 1 Realizar una **HISTORIA FAMILIAR Y PERSONAL** completa, se adjunta **cuestionario de recogida de datos (Anexo 1)** que puede utilizarse para recoger la siguiente información:

Hª familiar → Conviene recoger información sobre: la etnia, el país de origen, los antecedentes familiares de obesidad (uno u ambos progenitores) y las patologías asociadas (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia o patología coronaria precoz). Registrar, si es posible, el IMC de los miembros de la unidad familiar.

Hª personal → Incidiendo en los antecedentes obstétricos (diabetes gestacional materna) y la antropometría neonatal; la pauta de lactancia (ausencia e lactancia materna o menor de 3 meses) e introducción de la alimentación complementaria, los hitos del desarrollo psicomotor, las enfermedades y/o tratamientos previos o actuales; el momento de inicio y progresión de la ganancia ponderal (rebrote adiposo precoz antes de los 6 años), y la eventual existencia de posibles fenómenos desencadenantes. En la exploración física hacer hincapié en:

- **Peso y talla** (Pesar sin zapatos y sin ropa de abrigo). Anotar edad en años y meses.
 - Calcular el **IMC** y tipificar el peso corporal excesivo en SP u OB mediante la utilización de las curvas y tablas de crecimiento del estudio semilongitudinal de Hernández et al. (1988), según el sexo y la edad correspondientes para ver percentiles (7).
 - No es necesario utilizar el perímetro de cintura para diagnosticar y valorar el sobrepeso y la obesidad. Habría que utilizar unas tablas de referencia para comparar y de momento, no contamos con ellas. (3-7)
 - Aspecto general (distribución de tejido adiposo, tono muscular, signos de retraso psicomotor).
 - Registro de la presión arterial, con valoración de percentiles para la edad, la talla y sexo.
 - Exploración de la piel y las mucosas (ictericia, piel seca, alteraciones de pigmentación, acantosis nigricans, presencia de estrías, acné y/o hirsutismo).
 - Rasgos dismórficos faciales y corporales.
 - Inspección y palpación de la glándula tiroidea.
 - Presencia de hepatomegalia.
 - Estadio de desarrollo puberal, presencia de ginecomastia en varones. Presencia de adrenarquía prematura. Valorar según Estadíos de Tanner (*incluido en Anexo 1, cuestionario de recogida de datos*).
 - Menarquia sí/no
 - Presencia de alteraciones ortopédicas compensatorias: hiperlordosis, genu valgo.
- 2 Considerar la realización de una **analítica general**, con determinación de glucosa, colesterol, HDL, LDL, triglicéridos y hormonas tiroideas, para valorar la presencia de otras patologías asociadas.
 - 3 En esta primera consulta se pueden hacer las dos pequeñas encuestas sobre alimentación que se señalan a continuación:
 - **Cuestionario de adherencia a la dieta mediterránea** (10). Este cuestionario está dirigido a la familia (**Anexo 2**).
 - **Cuestionario Kidmed** de alimentación (11), dirigido al niño o niña. (**Anexo 3**).

4 Valoración de la **situación y dinámica familiar**:

La información sobre la familia puede proporcionar un punto de partida para analizar cómo se toman decisiones sobre la alimentación, la actividad física y el sedentarismo y cómo se incorporan los cambios.

La forma de ejercer la maternidad y la paternidad son importantes para la familia a la hora de realizar cambios en el estilo de vida.

Para valorar la dinámica familiar se pueden hacer algunas preguntas sencillas o recoger la información a través de la observación ayudándose del cuestionario sobre dinámica familiar ⁽¹²⁾ ([Anexo 4](#)).

5 A continuación se indican algunas herramientas que pueden ayudar a valorar mejor la situación del paciente y de la familia. Se pueden entregar y explicar los siguientes cuestionarios para que los que los traigan rellenos en la visita siguiente:

- **Cuestionario sobre hábitos alimenticios** ⁽¹³⁾. [Anexo 5](#).
- **Autorregistro de comidas**. Registro de comidas y bebidas durante 2 días. No se debe olvidar anotar los refrescos, zumos envasados, Ketchup, batidos y la comida entre horas (picoteo). Anotar la cantidad de alimento o bebida con medidas caseras (1 taza, medio vaso, un plato grande. [Anexo 6](#).
- **Cuestionario de actividad física y horas de pantalla** ⁽¹⁴⁾. [Anexo 7](#).
- **Autorregistro de actividad física y horas de pantalla**. Registro de actividad física durante 7 días, incluye días laborables y fin de semana. Se debe anotar el tiempo en horas o minutos que se realiza la actividad. En el caso de las escaleras se puede anotar el número de pisos o el número de escalones que se sube o baja. [Anexo 8](#).

Estos cuestionarios son interesantes para diagnosticar la situación, para que conozcan su situación de partida y, sobre todo, para ayudar a establecer objetivos de mejora.

6 **Citar** para la [SESIÓN EDUCATIVA GRUPAL I](#) que va dirigida a los padres/cuidadores:

Las citas para las actividades grupales, aunque sean para los padres o madres, deben darse siempre a nombre del niño/niña.

En centros de salud con mucha población pediátrica los grupos se pueden conformar con un padre/madre de cada paciente, mientras que en centros de salud con poca población pediátrica se puede invitar a varios miembros de la familia del menor con objeto de que el grupo no sea excesivamente pequeño.

Es importante que el profesional fomente la motivación de la familia para participar en el plan de tratamiento, animándoles a hacer cambios en su conducta alimenticia, de actividad física y ambiente en el hogar, haciendo énfasis en el bienestar y en una manera más saludable y placentera de vivir más que en la pérdida de peso. Es importante que sepan que los cambios van a ser positivos para toda la familia.

En el caso de que se haya detectado sobrepeso u obesidad en algún **miembro adulto** de la **familia** considerar la posibilidad de remitirle a **Consejo dietético intensivo**.

6. PROPUESTA DE SESIONES GRUPALES

<p style="text-align: center;">SESIÓN GRUPAL EDUCATIVA I: ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y EJERCICIO FÍSICO</p>
--

Esta primera sesión educativa grupal está dirigida a **padres/madres/cuidadores** del menor.

Se trata de una sesión en pequeños grupos (5-12 participantes) con una duración de entre una o dos horas.

En esta sesión conviene entregar a los padres:

- El folleto: “La alimentación de tus niños”, Estrategia NAOS. Disponible en papel y versión electrónica.
- El folleto “actividad física”, material divulgativo del programa PERSEO. Disponible en formato electrónico.

Estos materiales de educación para la salud contienen mensajes similares a los que se van a tratar en la sesión.

❖ SUGERENCIAS PEDAGÓGICAS PARA ENFOCAR EL GRUPO (*):

Algunas claves para dinamizar el grupo:

- escuchar las aportaciones
- animar la discusión
- exponer pocas ideas y de forma clara
- buen apoyo con imágenes

Aspectos que pueden ayudar:

- Mirar a la cara de quien pregunta
- Preguntar su nombre
- Repetir su pregunta u observación
- Tomarse un poco de tiempo para responder
- Conocer sus razones (¿por qué me lo preguntas?)
- Pedir colaboración al grupo
- Destacar lo positivo

(*) Tomado de Martínez Rubio A. “La salud en el supermercado y en la mesa” taller para profesionales de la salud.

El estilo de debate siempre será en clave positiva aprovechando todos los aciertos para proponer sugerencias, potenciando el saber del auditorio y evitando las críticas.

El contenido de los talleres educativos y la forma de expresarlo deben adaptarse a la población a la que se dirigen (nivel educativo, ZNTS, población inmigrante...)

❖ **DINÁMICA DE LA PRIMERA SESIÓN:**

La sesión puede iniciarse con una **TORMENTA DE IDEAS** sobre el concepto de obesidad y sobre cuales son sus causas. Es el momento de debatir sobre las opiniones y creencias de los participantes sobre la salud, la alimentación, la actividad física y el estilo de vida.

A continuación se hará una breve exposición sobre cuestiones clave en actividad física (ver Taller de actividad física y sedentarismo en presentación ppt) y sobre alimentación saludable (ver Taller de Alimentación saludable en presentación ppt)

Con ayuda de la presentación: **TALLER DE ACTIVIDAD FÍSICA** se transmitirán las ideas básicas sobre actividad física y sedentarismo:

- beneficios de la actividad física (infancia y edad adulta)
- recomendaciones sobre actividad física
- recomendaciones sobre pantallas sanas
- consejos para superar barreras a la hora de practicar actividad física.

Con ayuda de la presentación: **TALLER DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE** se comentará con el grupo las bases de una alimentación saludable:

- pirámide de los alimentos.
- Distribución de las comidas a lo largo del día.
- La importancia del desayuno.
- Otros consejos y recomendaciones.

Es importante reforzar estos mensajes entregando a los participantes del grupo los dos folletos indicados anteriormente.

<p style="text-align: center;">SESIÓN GRUPAL EDUCATIVA II: TALLER CESTA DE LA COMPRA Y MENSAJES SOBRE ESTILOS DE VIDA</p>

Esta segunda sesión educativa grupal está dirigida a **padres/madres/cuidadores** del menor.

Se trata de una sesión en pequeños grupos (5-12 participantes) con una duración de entre una o dos horas.

Pretende proporcionar a las familias habilidades para reducir el acceso a alimentos de alta densidad energética, ricos en grasas saturadas, azúcares o sal, y en definitiva ayudarles a hacer una compra más saludable.

❖ **DINÁMICA DE LA SESIÓN:**

Se empieza repasando las ideas básicas sobre alimentación saludable y actividad física tratadas en la sesión anterior, dándole especial importancia a los pasos para realizar una compra saludable apoyándose en la presentación ppt elaborada.

La segunda parte de la sesión consiste en la lectura y análisis de etiquetas de alimentos, proponiendo a los participantes que analicen en grupos de 2 ó 3 personas (según el tamaño del grupo de participantes) las etiquetas de los diferentes productos fijándose en las siguientes cuestiones clave:

¿cuál es el ingrediente más abundante en el producto? ¿el producto tiene grasas y/o aceites? ¿qué tipo de grasas? ¿Tiene aceites vegetales, aceites hidrogenados, grasas trans?. El aceite que tiene ¿es aceite de oliva virgen extra, aceite de oliva o girasol alto oleico? ¿Tiene azúcares? ¿Tiene sal?

En esta sesión se puede pasar un pretest y un postest sobre conocimientos a los participantes.

7. PLAN DE SEGUIMIENTO. PROPUESTA DE SESIONES.

2º VISITA (NIÑO/A Y SU FAMILIA)

Esta segunda visita se realiza con el niño y su familia después de haber asistido a las dos sesiones educativas grupales.

1. Su objetivo es continuar con la **valoración** de la conducta alimentaria y de actividad física de la familia y del menor, su grado de sedentarismo y el **establecimiento de objetivos** de mejora en alimentación, horas de pantalla y actividad física.

Entre los objetivos de mejora se encuentran también los de la alimentación familiar. En general, utilizaremos para la familia la referencia de la dieta mediterránea.

2. Discutir, si procede, el resultado de los análisis. En el caso de que haya algún valor alterado puede servir de estímulo para mejorar la adherencia de la familia al plan terapéutico.
3. Valorar con el niño o la niña el **REGISTRO DE COMIDAS (Anexo 6)** y establecer **OBJETIVOS** en función de los problemas detectados.

- Si el niño o niña **no desayuna** todos los días, ese debe ser el **primer objetivo** de mejora a incluir, indicándole la importancia del desayuno y las características de un desayuno saludable (leche, fruta y cereales).

- **Posibles objetivos:** por ejemplo se pueden proponer **2 objetivos**, limitados y fáciles de cumplir para la próxima visita, a ser posible alguno de ellos en clave positiva, los objetivos deben ser acordados o negociados con el niño o niña, y la familia.

Ejemplo: disminuir algún alimento o bebida hipercalórico (refrescos azucarados, bollería industrial...) y aumentar el consumo de fruta o de ensaladas.

- Establecer con la **familia** algún objetivo de mejora en la adherencia a la dieta mediterránea para la próxima visita.

Valorar también el **REGISTRO DE ACTIVIDAD FÍSICA (Anexo 8)** y acordar algún **OBJETIVO** de mejora según problemas detectados. Es recomendable asociar dos objetivos complementarios:

- a. Aumentar la **actividad física de la vida cotidiana** (subir escaleras, ir andando al cole o a los recados, ayudar en las tareas de casa, pasear al perro, jugar, ayudar en el jardín...).
- b. Llevar a cabo una **actividad física programada**. Animar a los padres a que busquen una actividad idónea para su hijo barajando las opciones del entorno.

Ídem con el **REGISTRO DE HORAS DE PANTALLA (Anexo 8)**, lo ideal es proponer objetivos que disminuyan la inactividad, por ejemplo sustituir horas de pantalla por horas de actividad física.

Un menor que inicialmente tiene un bajo nivel de actividad física y empieza a realizar actividades cotidianas que impliquen movimiento, obtiene un mejor beneficio para la salud que otro que ya sea más activo.

Recuerde:

- Es importante seleccionar siempre actividades que gusten a su hijo/a.
- Si uno de los progenitores le acompaña a realizar alguna actividad puede aprovechar ese tiempo para mejorar la comunicación con su hijo hija.

La idea de que los **CAMBIOS INCREMENTALES** son efectivos e importantes es crucial para que las familias traten de cambiar los hábitos. Ayudarlos a elegir un **cambio factible, alcanzable y medible** contribuirá a que comprendan que el cambio es posible. Es importante que en la **familia trabajen todos juntos** para efectuar los cambios, ambos progenitores deben estar completamente de acuerdo con los cambios que quieren hacer. ⁽⁴⁾

4. Tanto los **autorregistros** como los **cuestionarios** de alimentación y actividad física pueden proporcionar un **punto de partida** para la intervención dirigida con los padres en consulta breve.

A través de las preguntas o de los autorregistros se pueden identificar los hábitos que la familia y/o en el niño/a necesitan mejorar y así establecer los aspectos que deben modificarse en primer lugar.

En el **Anexo 9** ⁽⁴⁾ se muestran algunas alternativas de posibles objetivos a negociar con la familia y/o niño/a, la forma de establecer estos objetivos es que ellos clasifiquen el grado de dificultad para modificar dicho objetivo.

Se puede utilizar el **REGISTRO DE OBJETIVOS** ⁽¹⁵⁾ (**Anexo 10**) para que el niño/a escriba en la propia consulta los objetivos negociados y vaya anotando a lo largo de la semana su grado de cumplimiento.

5. Entregar **materiales de educación para la salud** que se consideren oportunos, tanto para el niño/niña, como para la familia.
6. **Citar** para **próxima consulta** con intervalo que se considere conveniente.

PLAN DE SEGUIMIENTO:

El número de las visitas de seguimiento y la frecuencia de las mismas se hará en función de la complejidad del problema en cada caso y de los resultados que se estén obteniendo:

- **Los niños y niñas con bajo riesgo de complicaciones relacionadas con la obesidad (físicas, psicológicas o sociales), sin antecedentes de obesidad en la familia y sin complicaciones relacionadas, con datos de laboratorio normales y resultados clínicos satisfactorios (mejora en el estilo de vida y/o disminución en el IMC), pueden tener pocos controles y con carácter mensual o trimestral.**
- **Los niños y niñas con obesidad más marcada o cuando no hay resultados iniciales satisfactorios y el riesgo de complicaciones relacionadas con la obesidad es alto precisarán más controles y más seguidos.**

El periodo de seguimiento no debe ser inferior a 6 meses y es recomendable mantenerlo hasta un año para poder conseguir cambios estables y para poder evaluarlos. ⁽¹⁶⁾

3ª VISITA (NIÑO/A Y SU FAMILIA)

El intervalo entre la segunda y tercera visita será el que se considere oportuno.

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

1. Repasar **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS** (alimentación, ejercicio y horas de pantalla), felicitar por los logros, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
2. **PLANTEAR NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en la consulta anterior en el modelo de registro de cumplimiento de objetivos.
3. Repasar cumplimiento de **OBJETIVOS DE LA FAMILIA** (adherencia a la dieta mediterránea, aumento de la actividad física familiar, disminución de las horas de TV...)
4. Pesar y medir y volver a calcular el **IMC**.

En el caso de que no se haya conseguido todavía disminuir el IMC, hay que alentar a la familia para continuar con los cambios y recordarle que la práctica de ejercicio físico y las mejoras en la calidad de la alimentación son logros muy positivos para la salud presente y futura independientemente de la pérdida de peso.

5. Entregar **materiales de educación para la salud** que se consideren oportunos, tanto para el niño/niña, como para la familia.

4º VISITA

Con el intervalo que se considere oportuno en función del caso.

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

1. Repasar **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**, felicitar por los logros conseguidos, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
2. Plantear **NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en la consulta anterior.
3. Si se considera oportuno, pesar y medir y volver a calcular el **IMC**
4. Se les puede pedir que para la **próxima visita** traigan 3 **envases de alimentos** envasados de los que consuma habitualmente para analizar su composición y comentar los nutrientes con sus ventajas e inconvenientes.

Pueden ser interesantes para analizar con ellos alimentos como los cereales de desayuno, zumos envasados y bebidas refrescantes, bollería industrial...

5. Entregar **materiales de educación para la salud** que se consideren oportunos, tanto para el niño/niña, como para la familia.

5ª VISITA

Con el intervalo que se considere oportuno en función del caso.

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

1. Repasar **CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**, felicitar por los logros conseguidos, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
2. Plantear **NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en la consulta anterior.
3. **Analizar** conjuntamente los **envases** de los productos aportados identificando los ingredientes hipercalóricos y/o poco saludables (azúcares añadidos y grasas). Si se le han olvidado echar mano de alguno disponible en la consulta.
4. Pesar y medir y volver a calcular el **IMC**.
5. **EVALUAR LA SITUACIÓN**. Si no se han producido avances, volver a hacer autorregistro de comidas para revisar el patrón alimentario, de actividad física y horas de pantalla.

Un punto importante a tener en cuenta durante todo seguimiento, es que **las familias** que han implementado cambios en su estilo de vida pero ven que el impacto sobre el IMC es pequeño **pueden desmotivarse**. Es importante señalar que la práctica de ejercicio físico y las mejoras en la calidad de la alimentación son logros que hay que destacar porque son hábitos que favorecen una vida más sana. ⁽⁴⁾

6. Entregar **materiales de educación para la salud** que se consideren oportunos, tanto para el niño/niña, como para la familia.
7. **Citar** para **próxima visita** con el intervalo que se crea conveniente.

6ª - 7ª- 8ª visitas

Valorar la necesidad de hacer estas visitas y el intervalo entre ellas según cada caso.

Se utilizarán las mismas herramientas conductuales que en las anteriores sesiones de seguimiento.

En ella se analizarían las posibles recaídas en el entorno familiar, fortalecimiento de los logros obtenidos y reforzamiento de los mismos.

1. Los objetivos de estas consultas son: **REPASAR CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS**, felicitar por los logros conseguidos, analizar problemas y barreras, discutir posibilidades de superarlas, debatir alternativas para la resolución de problemas.
2. Plantear **NUEVOS OBJETIVOS** de alimentación saludable, actividad física y horas de pantalla para la visita siguiente que deben recogerse también por escrito como en las consultas anteriores.
3. Pesar y medir y reevaluar el **IMC**.

En caso de no producirse avances, volver a revisar los autorregistros y **EVALUAR LA SITUACIÓN**.

4. Entregar **materiales de educación para la salud** que se consideren oportunos, tanto para el niño/niña, como para la familia.

VISITA DE SEGUIMIENTO

Sería deseable que todos los niños y niñas tuvieran una visita de seguimiento al año de cara a evaluar el resultado de la intervención.

En esta sesión se planteará la posibilidad de dar el alta en el caso de que los logros marcados al inicio del tratamiento hayan sido alcanzados y se haya conseguido el cambio conductual con respecto a la familia.

Nota:

La propuesta de intervención grupal y el esquema de seguimiento están adaptados de:

“A family-based education program for obesity: a three-year study”. Rita Tanas, Renzo Marcolongo, Stefania Pedretti and Giuseppe Gilli.

Este artículo está disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/7/33>.

5. BIBLIOGRAFÍA:

1. [Serra Majem L, et al. Obesidad Infantil y Juvenil en España. Resultados del Estudio EnKid \(1998-2000\). Med Clin \(Barc\) 2003;121\(19\):725-32](#)
2. [Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención y el Tratamiento de la Obesidad Infantojuvenil. Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2007/25.](#)
3. [Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Part of NHS Quality Improvement Scotland. Management of obesity. A National clinical guideline. February 2010.](#)
4. Obesidad Infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. Sandra G. Hassink, MD, FAAP. Título del original: Pediatric Obesity. Prevention, intervention and treatment strategies for primary Care. American Academy of Pediatrics. 2007
5. [Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43 Developed by the National Collaborating Centre for Primary Care and the Centre for Public Health Excellence at NICE. Issue date: 2006.](#)
6. [Hernández M, Castellet J, Narvaiza JL, Rincón JM, Ruiz I, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo, Fundación Faustino Orbegozo. Madrid: Editorial Garsi; 1988](#)
7. [Consejería de Salud de la Junta de Andalucía \(sitio web\). Plan INtegral de Obesidad Infantil de Andalucía 2007-2010 \[citado 14 ene 2008\]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/salud/contenidos/planobesidadinfantil/PIOBIN%20BAJA.pdf>](#)
8. [Entrevista motivacional. The motivational interview. S. Lizarraga, M. Ayarra. Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. Grupo Comunicación y Salud de Navarra. Centro de Salud de Huarte \(Navarra\).](#)
9. Cuestionario de Adherencia a la dieta mediterránea. Tomado de Consejo Dietético en atención Primaria. Consejería de Salud. 2005. Modificado de: Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a mediterranean diet and survival in a greek population. N Engl J Med 2003; 348: 2.599-2.608
10. [Cuestionario KIDMED. Adherencia a la DIETA MEDITERRÁNEA en la infancia. Serra Majem L, Ribas Barba L, Ngo de la Cruz J, Ortega Anta RM, Pérez Rodrigo C, Aranceta Bartrina J. Alimentación, jóvenes y dieta mediterránea en España. Desarrollo del KIDMED, índice de calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia. In: Serra Majem L, Aranceta Bartrina J, editores. Alimentación infantil y juvenil. Masson; 2004\(reimpresión\). p. 51-59.](#)
11. [Cuestionario sobre dinámica familiar. Modificado de: Obesidad Infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. Sandra G. Hassink. 2007](#)
12. [Cuestionario sobre hábitos alimenticios. Modificado de Cuestionario Hábitos Alimenticios. Programa PERSEO \(Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad\) enmarcado en la Estrategia NAOS \(Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud\). 2007](#)
13. [Cuestionario de actividad física y horas de pantalla. Modificado de Cuestionario Hábitos Alimenticios. Programa PERSEO \(Programa piloto escolar de referencia para la salud y el ejercicio, contra la obesidad\) enmarcado en la Estrategia NAOS \(Nutrición, Actividad física, prevención de la Obesidad y Salud\). 2007](#)
14. Modificado de Obesidad Infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. Sandra G. Hassink, MD, FAAP. Título del original: Pediatric Obesity.

Prevention, intervention and treatment strategies for primary Care. American Academy of Pediatrics. 2007

15. [Registro de Objetivos. Modificado de Registro de objetivos semanales de conducta. Guía de Consejo Dietético intensivo en Atención Primaria. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007](#)
16. Como adelgazar por la Seguridad Social. Sorigel Escofet y Oliveira Fuster. Editorial Argual. Málaga, 2008.

6. ANEXOS:

1. [CUADERNILLO RECOGIDA DE DATOS](#), que incluye:
 - [Curvas y tablas de crecimiento](#)
 - [Tablas de Tensión Arterial](#)
 - [Estadios de Tanner](#)
 - [Tabla numérica de valores de IMC para sobrepeso y obesidad](#)
2. [CUESTIONARIO FAMILIAS ADHERENCIA DIETA MEDITERRÁNEA.](#)
3. [CUESTIONARIO KIDMED PARA NIÑOS/AS](#)
4. [CUESTIONARIO SOBRE LA DINÁMICA FAMILIAR](#)
5. [CUESTIONARIO SOBRE ALIMENTACIÓN NIÑOS/AS](#)
6. [REGISTRO DE ALIMENTACIÓN](#)
7. [CUESTIONARIO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y HORAS DE PANTALLA](#)
8. [REGISTRO DE ACTIVIDAD FÍSICA](#)
9. [POSIBLES METAS/OBJETIVOS A PLANTEAR CON LA FAMILIA Y NIÑOS/AS](#)
10. [REGISTRO OBJETIVOS/METAS](#)

7. PROPUESTA DE MATERIALES DE EPS:

Se han seleccionado algunos materiales en formato electrónico que pueden ser útiles como herramientas de apoyo en la consulta.

- Para las familias:
 - [Libro: La Alimentación de tus niños. Estrategia NAOS. AESAN](#)
 - [Actividad física. Material divulgativo. Programa PERSEO](#)
 - [Aspectos culinarios a tener en cuenta en la prevención y tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Guía profesionales sanitarios. Programa PERSEO](#)
 - [Estrategias dietéticas para evitar el sobrepeso. Guía profesionales sanitarios. Programa PERSEO](#)
 - [El desayuno. Material divulgativo. Programa PERSEO](#)
 - [Las raciones. Material divulgativo. Programa PERSEO](#)
 - [El etiquetado. Material divulgativo. Programa PERSEO.](#)
 - [Los alimentos. Guía de alimentación saludable para familias. Programa PERSEO.](#)
 - [Alternativas cumpleaños. Material divulgativo. Programa PERSEO.](#)

PROTOCOLO DE ATENCIÓN AL SOBREPESO Y A LA OBESIDAD INFANTIL EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

- [Errores frecuentes en la alimentación infantil. Material divulgativo. Programa PERSEO.](#)
- [Aprender a comer saludablemente. Material divulgativo. Programa PERSEO](#)
- [Guía de alimentación saludable para familias. Programa PERSEO](#)
- [Guía de actividad física para familias. Programa PERSEO](#)

- Para los niños/as:

- [Pirámide de hábitos saludables. Consejería de Salud](#)
- [Pirámide de actividad física. Programa PERSEO](#)
- [Decálogo para recordar \(actividad física\). Programa PERSEO](#)
- [El semáforo de los alimentos](#)
- [Cuadernillo actividad física \(¿Cómo de activo/sedentario soy yo?\). Tomado y modificado de Cuaderno del alumno de actividad física. Programa PERSEO](#)