

Trabajo Fin de Grado

Programa de Prevención de sobrepeso y obesidad en población infantil /
Childhood overweight and obesity prevention program

Alumna

Ana Lahoz Montañés

Directora

Elena Espeitx Bernat

Grado de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel

Curso 2017-2018

Resumen

La obesidad es una de las enfermedades con mayor prevalencia en la sociedad actual, siendo especialmente alarmantes los datos en la población infantil. Debido a su origen multicausal, sus diversas consecuencias y la escasa eficacia de su tratamiento, se ha desarrollado un programa preventivo que incluye a diferentes profesionales trabajando integradamente para la modificación de los hábitos nutricionales, el sedentarismo y aspectos psicosociales centrándose en la alfabetización de medios, reducción de estigmas, insatisfacción corporal y autoconcepto.

El principal objetivo del programa es la prevención de la obesidad infantil en niños y niñas de entre 11 y 12 años y para comprobar su efectividad se complementará una batería de cuestionarios en tres momentos temporales distintos; pre-intervención, post-intervención, y a los seis meses de la finalización. Asimismo, se compararán los datos con un grupo control que presente características similares.

Palabras clave: obesidad, sobrepeso, infantil, programa, prevención

Abstract

Obesity is one of the diseases with the highest prevalence in today's society, being particularly alarming the data in the child population. Due to its multi-causal origin, its various consequences and the poor effectiveness of treatment , a preventive program has been developed that includes different professionals working integrally for the modification of nutritional habits, sedentary lifestyle and psychosocial aspects such as media literacy, stigma reduction, body dissatisfaction and self-concept.

The main objective of the program is the prevention of childhood obesity in children between 11 and 12 years old, to check the effectiveness a series of questionnaires will be complemented in three different time periods; pre-intervention, post-intervention, and six months after completion. In addition, the results will be compared with a control group with similar characteristics.

Key Words: obesity, overweight, child, program, prevention.

Introducción

La obesidad se define como una condición de acumulación anormal o excesiva de tejido adiposo corporal (adiposidad) que resulta perjudicial para la salud (Saldívar-Cerón, Vázquez-Martínez y Barrón-Torres, 2016). Debido a su incremento de casos, es considerada una de las enfermedades no transmisibles con mayor prevalencia en la sociedad siglo XXI (Alba-Martín, 2017; Gil y Gálvez, 2008).

La Organización Mundial de la Salud en 2017 presentaba los alarmantes datos de que, a nivel mundial, desde el año 1975 hasta 2017 la obesidad se había casi triplicado. En 2016 el 39% de los adultos tenían sobrepeso, y un 13% obesidad. Esta situación se acuñó con el término de “*globesidad*” (Sánchez- Oliver, Grimaldi- Puyana y Acaraz- Rodríguez, 2018). Por lo que respecta concretamente a la obesidad infantil, en el año 2016, 41 millones de menores de cinco años y 340 millones de niños de entre cinco a 18 estaban afectados (Alba-Martín, 2017). Un estudio realizado en España en 2015, indica que un 23,2% de la población infantil del país sufría sobrepeso y un 18,1% obesidad (Estudio ALADINO, 2015).

En lo referente a la etiopatogenia, la mayoría de las investigaciones coinciden en un origen multicausal, no se puede hablar de la obesidad como resultado exclusivamente del sedentarismo y los hábitos dietéticos (Argente, 2011; Lytle y Hearst, 2009). En su desarrollo, existe una interacción entre los factores e influencias sociales y las predisposiciones genéticas (Chueca-Guindulain, Berrade-Zubiri y Oyarzábal-Irigoyen, 2012).

Un factor a tener en cuenta es la obesidad de los progenitores ya que existe una asociación significativa entre el IMC de padres e hijos, el riesgo relativo varía siendo el máximo para hijos varones con ambos padres obesos y el mínimo para hijas con un solo progenitor con sobrepeso (Ruíz-Lázaro, Velilla-Picazo y González-Fraile, 2017).

Pese a la relevancia de los genes, únicamente el 1% de la obesidad es causado por síndromes dismórficos mientras que el 99% restante se debe a factores exógenos (Alba-Martin, 2017).

Se debe mencionar, además, la importancia del rebote adiposo en la infancia ya que si éste se produce antes de los cinco años ocasiona una elevación del IMC que se

asocia a su vez con un aumento de riesgo de obesidad adulta (Ruíz-Lázaro, Velilla-Picazo y González-Fraile, 2017)

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, son especialmente importantes las campañas políticas que se instauran en cada país promoviendo la salud y previniendo el desarrollo de un entorno “obesigénico” (Aranceta-Bartrina y Pérez-Rodrigo, 2016). Entre estos factores se encuentra, entre otros, el nivel socioeconómico, en España el estudio enKid encontró mayor prevalencia de obesidad infantil en niveles de estudios y socioeconómicos más bajos (Serra Majema et al., 2003). Además, el lugar de residencia también resulta relevante y de manera más concreta el barrio ya que establece la disponibilidad de lugares para practicar y fomentar la actividad física y el acceso a tiendas donde adquirir los alimentos (Diez Roux y Mair, 2010)

Asimismo, uno de los principales factores de riesgo ambientales es el sedentarismo y la escasa actividad física ya que existe una relación directa entre éste y la obesidad infantil (Campbell y Hesketh, 2007). Es fundamental la influencia del ambiente de los niños, padres y tutores son responsables de la adquisición de estilos de vida saludables (Muñoz-Muñoz, Arango-Álzate, 2017).

Las características de la alimentación están fuertemente implicadas en la etiología de la obesidad influyendo diversas variables como los alimentos hipercalóricos, la elevada ingesta de azúcar, el escaso consumo de fruta y verdura, el tamaño de las porciones y la ausencia de un desayuno completo, ya que el 40% de los niños con problemas de peso omiten esta comida (Alba, Martínez y Pérez, 2017), del mismo modo, es influyente la duración y calidad del sueño en el aumento de peso (Ruíz-Lázaro, Velilla-Picazo y González-Fraile, 2017).

En la actualidad, los medios de comunicación son muy trascendentales en la aparición de los problemas de la conducta alimentaria (TCA), ya que perpetúan unos ideales de delgadez extremos como forma de belleza (Lawrie, Sullivan, Davies, y Hill, 2006). Resulta contradictorio ya que la sociedad valora los cuerpos esbeltos, pero al mismo tiempo incita y fomenta el consumo de productos no saludables (López Guimerà, Levine, Sánchez-Carracedo y Fauquet, 2010), en un estudio realizado por la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) en 2012 se comprobó que el 61% de los anuncios eran sobre alimentos y bebidas y de estos el 69% tenían un alto contenido graso y azucarado, siendo perjudiciales para la salud. Debido al impacto de la

publicidad, se debe de fomentar un pensamiento crítico y alfabetización de medios para que los menores sean impermeables a la influencia que éstos pueden tener (Puhl, 2007).

Además, las nuevas tecnologías (TICs) autores como Haines y Neumark-Sztainery (2006) encontraron una asociación positiva entre las horas promedias frente al televisión que presentan y el IMC. Siguiendo esta línea, Henderson y Brownell (2004) señalan que la TV podría tener un “triple impacto negativo”: reduce el gasto energético por ser una actividad sedentaria, sustituyendo otras oportunidades de realizar actividad física, existe una relación positiva con el picoteo poco saludable y, por último, el “bombardeo” publicitario constante (Katz, O’Connell, Njike, Yeh y Nawaz, 2008; López Guimerà y Sánchez Carracedo, 2010). Otras investigaciones han encontrado que la televisión tiene mayor “autoridad” respecto a otros medios en la transmisión de los modelos estéticos y en la promoción de alimentación no saludable (Pope, Latimer y Wansink, 2015). Por ello, las intervenciones que incluyen la reducción de las horas de TV de los niños obtienen resultados positivos, reduciendo su peso corporal (Brown y Summerbell, 2009)

Por lo que respecta a los factores psicológicos predisponentes, no se han encontrado resultados concluyentes (Guzmán- Saldaña, 2010), tradicionalmente, las variables psicopatológicas relacionadas con la obesidad son la depresión, ansiedad, baja autoestima e insatisfacción corporal. Estos factores presentan un carácter bidireccional siendo participes en las causas y en las consecuencias de la patología (Katz, O’Connell, Njike, Yeh y Nawaz, 2008; Calañas et al., 2008). Además, otras patologías con las que se ha vinculado incluyen el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, de estrés postraumático, de espectro autista, y los afectivos ya que éstos dificultan el control de impulsos, obstaculizando el desarrollo de unos hábitos alimentarios saludables, pero tampoco están claros los límites de causa y consecuencia (Rajan y Menon, 2017). Debido a que los datos al respecto no son concluyentes o incluso contradictorios, se establece que la relación entre obesidad y psicopatología es compleja, multifactorial y poco concisa (Loredo, Perea y López, 2008).

Las consecuencias de la obesidad son diversas y heterogéneas, y las repercusiones se dan tanto a nivel individual como a nivel global. Los gastos de salud en 2017 asociados a la obesidad fueron de aproximadamente, 2 billones de dólares, el equivalente al 2,8% del Producto Interior Bruto (PIB), acarreando así, un aumento de costos de atención en un 36% y un 77% en medicamentos (Muñoz-Muñoz, Arango-

Álzate, 2017). En cuanto a la economía española la obesidad supone el 7% del gasto sanitario (Martínez- Álvarez et al., 2017).

La obesidad se considera un cuadro médico con repercusiones en la salud física y psicológica (Gaete, López y Matamala, 2012). Las consecuencias principales de la obesidad infantil son el riesgo de persistencia en la edad adulta y la afectación psicosocial (Villamañan-Alba, Gómez-Martínez y Pachecho- Pérez, 2017). En cuanto a la perpetuación en la adultez se incrementa el riesgo entre un 77 y un 92% (Brown y Summerbell, 2009; Lamarque y Orden, 2017). Se relaciona también con otras dificultades de crecimiento, cardiovasculares, ortopédicas, respiratorias, digestivas, dermatológicas, neurológicas, endocrinas y ciertos tipos de cáncer, aumentando así la mortalidad prematura (León, Infantes-Paniagua, González-Martí y Contreras, 2018).

En referencia a las complicaciones psicosociales tienen su origen en el rechazo social y el asilamiento lo que supone un gran impacto en el desarrollo y crecimiento del adolescente, reduciendo la calidad de vida del sujeto (Calañas et al., 2008). En la Tabla 1 aparecen resumidas las principales consecuencias psicológicas y sociales a corto y largo plazo de la obesidad infantil.

Tabla 1 *Consecuencias psicosociales de la obesidad infantil*

Consecuencias	Psicológicas	Sociales
A corto plazo	Baja autoestima Autoconcepto negativo Preocupación por la imagen corporal Problemas de aprendizaje	Discriminación Aislamiento
A largo plazo	Déficit de aptitudes sociales Insatisfacción corporal Trastornos de la conducta alimentaria	Menos nivel de estudios Casarse menos Peor remuneración económica Nivel socioeconómico más bajo

Nota. Recuperado de Calañas et al., (2008). Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en el sobrepeso y obesidad durante la adolescencia, de *Medicina Clínica*, 135(6),265-273

Entre los efectos negativos psicosociales más estudiados se encuentran la estigmatización y problemas sociales, la imagen e insatisfacción corporal, la autoestima y depresión de los pacientes (Arteaga, 2012). En cuanto al primer efecto, los niños obesos son víctimas de rechazo y discriminación por su figura corporal lo que se relaciona con un fracaso en el desarrollo de las competencias y habilidades sociales impactando en sus relaciones interpersonales, y calidad de vida física, emocional y social (Losada y Rijavec, 2017).

La estigmatización consiste en atribuir características negativas como la pereza, falta de compromiso, de inteligencia, de sinceridad, sin fuerza de voluntad, y sin autocontrol. Las personas expuestas a estos estigmas terminan internalizando las características y actuando de acuerdo al prejuicio, teniendo además un impacto negativo en la autoeficacia y autoestima. La discriminación por el peso incluye diferentes dimensiones, por un lado, las interacciones con otros como ser agredido, ignorado, molestado o rechazado, por otro lado, se engloban también las restricciones estructurales como sillas pequeñas que no se adecuan a su cuerpo o peor tratamiento por diferentes profesionales como por ejemplo en la salud y educación. Otra de las repercusiones es la relación inversa con la motivación para hacer deporte ya que los niños se sienten juzgados y por ello evitan la práctica deportiva (Brewis, 2014). Del mismo modo, los estudios demuestran que existe un impacto directo en las decisiones de cómo, cuándo y qué comer; las víctimas de los prejuicios encuentran mayor satisfacción en los atracones de comida (López Guimerà y Sánchez Carracedo, 2010). Asimismo, se destaca la inexistencia del favoritismo endogrupal entre iguales con la misma problemática, siendo discriminados y discriminadores a partes iguales. Otra característica principal es la atribución de la causalidad, ya que se culpabiliza a los sujetos de su condición lo que se traduce en actitudes discriminatorias más intensas (Solbe, Enesco y Escudero, 2008), se relaciona a su vez con el *bullying* cuanto mayor es el peso mayor es también la probabilidad de sufrir acoso (Katz, O'Connell, Njike, Yeh y Nawaz, 2008), en un estudio se halló que la variable de peso es un mayor predictor que otras como el género, raza, familia y perfil demográfico (Lumeng et al., 2010). Uno de los primeros estudios clásicos sobre esta temática fue desarrollado en 1961 por Richardson et al., quienes encontraron que los niños de entre 10 y 11 años preferían ser amigos de otros iguales con discapacidades físicas antes que de un niño con sobrepeso (Solbe, Enesco y Escudero, 2008). Debido a la importancia que tienen estos estigmas en la salud futura de los menores, se recomienda que los programas preventivos aborden los prejuicios sobre el peso, fomentando la aceptación de las diferentes figuras corporales (Puhl, 2007).

Otro componente relevante es la imagen corporal (IC), en 1923 Shilder describió el concepto como “la imagen que forma nuestra mente del propio cuerpo, el modo en que nuestro cuerpo se manifiesta”. En el constructo intervienen aspectos de la percepción y actitudes hacia la apariencia, tamaño y competencia corporal y aspectos

relacionados con el estado físico, salud, enfermedad y género de uno mismo (Gussinyé Canabal, Carrascosa Lezcano y Tomàs, 2005). Se ha demostrado que las actitudes de dieta y preocupación con el peso no se relacionan con el real sino su percepción, influyendo los propios sentimientos y los percibidos de padres o iguales (Guzmán Saldaña, del Castillo Arreola, García Meraz, 2010). La IC interviene en la definición de la autoestima del niño (Palomares, Cuesta Santos, Estévez Díaz y Torres Campos, 2017), ésta es un concepto multidimensional compuesta por diferentes aspectos, como, por ejemplo, la evaluación del rendimiento escolar, apariencia corporal, habilidad atlética y sociabilidad (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe y Torró, 2011). Los niños con sobrepeso presentan baja autoestima que acarrea otras consecuencias, siendo peores en las niñas ya que los modelos estéticos son mucho más estrictos para ellas (Rajan y Menon, 2013).

La intervención de la obesidad puede fomentar actitudes no saludables tales como dietas extremas y obsesión por el peso, incrementando el riesgo de sufrir otros TCA (Sánchez-Carracedo, Neumark-Sztainer y López-Guimera, 2012). Anteriormente, la prevención de la obesidad y de los TCA estaban desvinculadas, pero debido a la alta co-ocurrencia de ambas patologías se han desarrollado aproximaciones centradas en los problemas relacionados con la alimentación y el peso (PRAP), se realiza una prevención conjunta de los comportamientos anoréxicos y bulímicos y de las conductas no saludables de control de peso, insatisfacción corporal, sobrepeso y obesidad. Otro factor que promueve la intervención integrada es la existencia de los factores de riesgo comunes incluyendo aspectos individuales, familiares, escolares, comunitarios y sociales. Es importante la falta de coherencia entre los mensajes de prevención transmitidos desde los dos campos, ya que, por un lado, desde la obesidad se anima a restringir la ingesta calórica y a la práctica deportiva mientras que desde el abordaje de los TCA se insiste en que el peso está genéticamente determinado y es difícil de modificar, tales contradicciones confunden a los participantes y disminuyen la credibilidad de los profesionales. Finalmente, es relevante la relación coste-beneficio ya que una intervención que aborda las dos problemáticas es más rentable que dos separadas. Al mismo tiempo, algunas intervenciones perpetúan la estigmatización de la obesidad, por lo que se debe trabajar en la promoción de una imagen corporal positiva, aceptando la apariencia y reduciendo las burlas sobre el peso (Sánchez-

Carracedo y López-Guimerà, 2011; Sánchez Carracedo, Neumark-Sztainer y López-Guimerà, 2011).

El tratamiento de la obesidad no es fácil y generalmente conduce al fracaso, únicamente el 21% de los programas consiguen resultados significativos (López-Guimerà y Sánchez – Carracedo, 2010), además la mayoría de los resultados únicamente se dan a corto plazo ya que los cambios se centran en la actividad física y hábitos dietéticos (Brown y Summerbell, 2009; Campbell y Hesketh, 2007), por ello, se debe actuar también en los estilos de vida, ambiente familiar y dar soporte psicológico (Gussinyé Canabal, Carrascosa Lezcano y Tomàs, 2005). Debido a la diversidad de dimensiones que intervienen en la problemática y a su multicausalidad, se requiere una participación multidisciplinar de diferentes profesionales, como nutricionistas y dietistas, profesorado, pediatras y psicólogos actuando de forma conjunta y coordinada. En las últimas décadas se han incrementado las publicaciones e investigaciones sobre el tema ya que para conseguir programas efectivos requiere profundizar en los factores de riesgo y protección potencialmente modificables (Ruíz-Lázaro, Velilla-Picazo y González-Fraile, 2017).

Objetivos

El principal objetivo de este programa es la prevención de la obesidad infantil en niños y niñas de las edades comprendidas entre los 11 y 12 años.

Los objetivos específicos del programa incluyen:

- Disminuir los estigmas y discriminaciones hacia los sujetos con obesidad.
- Aumentar el sentido crítico hacia la publicidad mediante la alfabetización de medios.
- Reducir la insatisfacción corporal e incrementar la autoestima y el autoconcepto.

Beneficiarios

El programa preventivo está destinado a los niños de entre 11 y 12 años, es decir, alumnos de 1º de la ESO.

Asimismo, son beneficiarios indirectos tanto los familiares como la sociedad en general.

Material y métodos.

Participantes

En el programa participarán los alumnos de 1º de la ESO, siendo el grupo de unos 25 niños aproximadamente, de edades comprendidas entre los 11 y los 12 años y de ambos sexos. Además del grupo de intervención que recibirá el programa, se compararán los resultados con un grupo control formado por otra clase del mismo instituto que no haya recibido el tratamiento o en caso de no existir, de otro instituto que presente características similares.

Instrumentos

Al tratarse de menores se pedirá el consentimiento de padres o tutores legales. Además, al inicio del programa se utilizará un cuestionario con los datos sociodemográficos básicos para caracterizar a la muestra.

Para evaluar la eficacia del programa preventivo, se rellenarán una serie de cuestionarios que miden las variables analizadas en el estudio, en tres momentos temporales diferentes; T1 pre-intervención, T2 post-intervención y T3 a los seis meses de su finalización para comprobar si los resultados se perpetúan en el tiempo.

Los instrumentos seleccionados han sido adaptados al español y presentan niveles óptimos de fiabilidad y validez. Se utilizará el *Antifat Attitudes Scale* (AFA, Crandall, 1994; adaptada al español por Magallares y Morales, 2014), para determinar las actitudes hacia las personas con sobrepeso (Anexo 1). En cuanto a la satisfacción corporal se usará el *Body Image Assessment* (BIA, Collins, 1991; adaptación al español de Gracia, Marcó y Trujano, 2007) (Anexo 2). Por último, para comprobar la autoestima se empleará la *Rosenberg Self Esteem Scale* (Rosenberg, 1965; adaptación al español Atienza, Balaguer y Moreno, 2000) (Anexo 3). Asimismo, al finalizar el programa se les entregará a los participantes un cuestionario de satisfacción con la intervención recibida donde se valorará y se aceptaran sugerencias de mejora.

Procedimientos

En cuanto a la selección de los participantes del grupo experimental, se llevará a cabo contactando con los institutos para solicitar la colaboración en el programa preventivo, tras la aceptación de éste, se realizará una sesión informativa a padres/

tutores legales y profesores sobre los objetivos del programa, posteriormente se entregará el consentimiento informado de participación en el mismo.

Los niños deberán de cumplimentar en la primera sesión la batería de cuestionarios, los cuales rellenaran terminarlo y a los seis meses desde su finalización (exceptuando el sociodemográfico que únicamente se complementara una vez ya que su finalidad es recolectar la información básica de los niños).

Para conseguir los sujetos del grupo control, se seguirá el mismo procedimiento, pero únicamente complementarán los cuestionarios y el consentimiento y recibirán una charla informativa al principio, ya que se quiere comprobar la eficacia del programa preventivo.

Componentes

Como señalan Pérez, Aranzamendi, Martín, Cano, y de las Casas- Cámara (2018) una vez establecida cualquier problemática, incluido el sobrepeso y obesidad es muy difícil de revertir.

Siguiendo la propuesta de Ali y Arrizabalga (2016), el programa será dirigido a niños de entre 11 y 12 años, con una duración total de 40 horas y realizará un seguimiento a largo plazo de los participantes. Además, para mejorar la adherencia al programa se permite tanto a profesores y familiares participar en todas las actividades. Se impartirá en la escuela por la influencia de ésta en la promoción de hábitos saludables de los menores (Kropski, Keckley y Jensen, 2008)

El programa se compone de tres bloques temáticos impartidos por diferentes especialistas. El primero de ellos se centra en la alimentación y supone 12 horas del programa, será llevado a cabo por un nutricionista, la segunda parte con la misma duración se realizará por un graduado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y se centrará en la parte de ejercicio y evitación del sedentarismo de los menores.

Finalmente, con la misma duración de horas, el último de los bloques será realizado por un psicólogo, su finalidad será prevenir los efectos psicológicos y psicosociales negativos en los menores con sobrepeso y obesidad. De manera más específica esta última área del programa incluirá actividades dirigidas a la alfabetización de medios, la reducción de la estigmatización de la obesidad y de la insatisfacción

corporal. Asimismo, con estas actividades se espera una mejora indirecta en la autoestima y autoconcepto de los participantes.

Se impartirá en el siguiente horario; las sesiones de alimentación serán los lunes de 16:00h a 18:00h, mientras que las relacionadas con el ejercicio serán los sábados de 10:00h a 12:0h, las destinadas a mejorar el bienestar psicológico y psicosocial se impartirán los viernes en el horario de 16:00 a 18:00h, por último, la sesión introductoria y final se dará la semana previa y posterior del programa en el horario de sábado por la tarde. El planteamiento de este horario tiene como finalidad que los familiares y profesorado se impliquen mejorando los efectos a corto, medio y largo plazo.

Al finalizar cada sesión se dedicará un tiempo a extraer las conclusiones y comentar los aspectos más relevantes que se han tratado realizando una síntesis y resolviendo dudas. En la Tabla 2 se muestra la estructura de las sesiones.

Tabla 2. Cronograma de sesiones dirigidas por el/la psicólogo/a

Sesión	Tema	Contenido	Tiempo
1	Presentación	-Presentación del psicólogo -Exposición de la problemática -Introducción al programa -Aplicación de cuestionarios	2h
2	Alfabetización de Medios	-Diario de imágenes -Qué dicen los estereotipos -Photoshop.	2h
3		-Cinco Preguntas Clave -Carta de denuncia a los medios	2h
4	Estigmas	-Las etiquetas -Características	2h
5		-Lo que me gusta de ti -Mi mejor amig@	2h
6	Satisfacción e imagen corporal	- El espejo. -Las siluetas	2h
7		-El cuerpo ideal -¡Me vendo!	2h
8	Final	-Cuestionarios -Conclusiones y despedida -Dudas y sugerencias	2h

Sesión 1. Presentación.

Objetivo: dar a conocer el programa de prevención, presentación de los profesionales que lo impartirán, se aportara información sobre prevalencia, causas, complicaciones y problemáticas de la obesidad y el sobrepeso. Después, tanto la psicóloga como los niños realizarán las siguientes dinámicas grupales para presentarse y conocerse, se trata de crear un clima cálido que favorezca la participación y comunicación. Se realizarán los primeros test y cuestionarios.

Rotando tú corazón: los participantes dibujan un corazón con su nombre y lo recortan. Después, interactúan unos con otros realizándose preguntas cuya respuesta sea “sí” o “no”, cuando la respuesta es afirmativa el niño entregará el corazón a su compañero, gana quien más corazones recolecta (Adaptado de Manual de Técnicas y Dinámicas Grupales, Centros de Integración Juvenil.)

Aposento: se realiza un círculo con sillas, después todos se presentan. Un niño se levanta y dice su nombre y el del compañero que ocupará la silla, además indica cómo debe acercarse hasta su sitio (por ejemplo, bailando, a la pata coja...) (Adaptado de Manual de Técnicas y Dinámicas Grupales, Centros de Integración Juvenil)

Sesión 2 y 3. Alfabetización de medios.

Objetivo: las actividades están dirigidas a que los niños aprendan a decodificar e interpretar los mensajes mediáticos, y a desarrollar las capacidades y habilidades de análisis de manera crítica permitiendo reducir su influencia. Para ello, se analizarán los aspectos fundamentales de los mensajes y se fomentara la participación e implicación realizando una carta de queja sobre la publicidad.

Diario de imágenes: a lo largo de 24h, los participantes deberán de elaborar un diario en el que se registran todas las veces en las que en imágenes mediáticas se ven cuerpo de personas que responden al canon de belleza masculino y femenino de la sociedad. Se especifica la tipología (fotografía, anuncio de TV, cartel, internet) y a continuación se describe qué mensajes recibieron con cada imagen. Los diarios se ponen en común entre todos los niños (Adaptado de Sánchez-Carracedo et al., 2013)

Qué dicen los estereotipos: se reparten revistas entre los alumnos, cada uno debe de buscar un estereotipo sobre el ideal de belleza masculino y femenino, se hace un collage y se ponen viñetas dónde deben de escribir lo que cada imagen quiere decir,

cómo puede hacer sentir al espectador la imagen, el producto que venden y grado de conformidad con lo que muestra el anuncio. Después, se expone y debate entre toda la clase (Adaptado de López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, Fauquet, Portell y Raich, 2011)

Photoshop: para aumentar la conciencia sobre el retoque fotográfico que existe en los mensajes publicitarios se visionara el video disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=NsapqfEg5s8> de Dove del proceso de creación de una valla publicitaria. Después, con recortes de revistas los niños deberán de hacer un collage de un anuncio cuyos modelos deben de representar un modelo de cuerpo real. (Adaptado de López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Cinco Preguntas Clave: se divide la clase en grupos de cuatro personas, cada uno de ellos debe de elegir un anuncio para su posterior análisis respondiendo a las preguntas (ver Anexo 4) que el CML elaboró para aclarar los aspectos fundamentales de los mensajes mediáticos (autoría, formato, audiencia, contenido y propósito). Posteriormente, cada grupo expondrá ante el resto de compañeros el análisis de su anuncio (Adaptado de López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, Fauquet, Portell y Raich, 2011).

Carta de denuncia a los medios: tras la elaboración del análisis del anuncio, se presentan ejemplos de cartas reales de consumidores en las que se denuncia un anuncio publicitario por transmitir mensajes no saludables de alimentación, belleza y control de peso, se analizaran las partes de las cartas y su estructuración (fecha, dirección, saludo, presentación personal, contextualización, opinión y queja, posicionamiento, petición, despedida, nombre y forma). Después, los niños deberán de realizar una queja sobre el anuncio analizado en la primera actividad, se enviarán las cartas a las empresas (Adaptado de López-Guimerà, Sánchez-Carracedo, Fauquet, Portell y Raich, 2011)

Sesión 4 y 5. Estigmas.

Objetivos: enseñar el impacto negativo que tienen los apodos, mostrar la sobrevaloración que existe de los rasgos físicos, aumentando la conciencia hacia la importancia de la personalidad y evitando las discriminaciones por el aspecto físico.

Las etiquetas: se entrega a los niños un folio donde deben de escribir un insulto o apodo negativo que hayan utilizado con algún compañero, se mezclan todas las hojas

y aleatoriamente se les reparte una a cada niño, se la deben de enganchar con un clip y llevarla durante toda la sesión, al finalizar se comentará como hace sentir a cada uno el apodo (Adaptado de Organización Mundial de la Salud).

Características. Se reparte la ficha (Anexo 5) en la que aparecen seis niños con diferente cuerpo, a continuación, se leen diferentes adjetivos positivos y negativos, los niños deben de escribir quién posee esos rasgos. Al finalizar, se pondrá en común y después se les dirá que solamente por el físico es imposible saber cómo es la personalidad de cada uno.

Lo que me gusta de ti: los estudiantes deben de elegir a cuatro personas relevantes en su vida y hacer una lista de las cualidades que más valoran de éstas. Posteriormente, se realizará un gráfico de los valores que han aparecido en el aula. El objetivo es cuestionar la sobrevaloración existente sobre el físico (Adaptado de López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010).

Mi mejor amig@: se entrega a los niños una lista de rasgos físicos y de personalidad (Anexo 6), de ella, deben de elegir los cinco que le gustaría que tuviera su mejor amigo, al finalizar, se ponen en común todas las respuestas y se realiza un gráfico de los rasgos más valorados

Sesión 6 y 7. Satisfacción e imagen corporal.

Objetivo: aumentar el conocimiento y aceptación del propio cuerpo, destacando que no existe un cuerpo único e ideal, sino que hay variedad de siluetas, se trata de aumentar la autoestima y autoconcepto de los niños.

El espejo: Se realiza un círculo en el suelo, se reparte un espejo y la persona que lo tiene debe de decir al resto que es lo que más le gusta de su cuerpo y de su compañero de la izquierda, a continuación, le pasa el espejo a este último, se sigue esta dinámica hasta que todos los niños hayan tenido el espejo (Adaptado de Gómez del Barrio, Gaité, Carral, Herrero y Vázquez, 2012).

Siluetas: se divide la clase por grupos, uno de los niños se tumba encima de papel continuo y otro compañero le calca la silueta, encima del dibujo se pone la silueta del siguiente compañero en otro color y así sucesivamente, al finalizar se podrá observar que existen diversidad de figuras corporales (Adaptado de Gómez del Barrio, Gaité, Carral, Herrero y Vázquez, 2012).

El cuerpo ideal: se les reparten revistas, y un folio, se debe de hacer un *collage* con distintos recortes del cuerpo que consideran ideal de su mismo sexo y del opuesto. A continuación, se reparten esos collages de manera aleatoria en la clase, para que les toque uno distinto al realizado. Entonces cada uno dará su opinión personal sobre el cuerpo que les ha tocado, y qué es lo que más y lo que menos les gusta de la imagen, de esta manera se enseña que no existe un cuerpo perfecto que agrade a todos (Adaptado de Gómez del Barrio, Gaité, Carral, Herrero y Vázquez, 2012).

¡Me vendo!: se trata de crear un anuncio sobre ellos mismos, para ello, deben de hacer un mural con una foto suya y a su lado, escribir las cualidades positivas que poseen. Se expondrá al resto de la clase y se valorará el trabajo de los compañeros (Adaptado de Gómez del Barrio, Gaité, Carral, Herrero y Vázquez, 2012).

Sesión 8. Final.

En la última sesión, el psicólogo realizará un resumen con los contenidos más relevantes trabajados a lo largo del programa, además se les preguntará a los niños si tienen alguna duda o sugerencia, rellenarán a continuación, el cuestionario de satisfacción donde se recibirá el *feedback* sobre los contenidos del programa, la metodología y el grado de cumplimiento de las expectativas hacia el programa. Asimismo, pueden añadir comentarios y sugerencias. Finalmente, en esta sesión volverán a cumplimentar los cuestionarios (exceptuando el sociodemográfico) que realizaron en la primera sesión con el fin de valorar la efectividad del mismo de una manera más objetiva

Recursos

Recursos humanos:

- Personal del instituto que facilite la muestra.
- Profesionales que impartirán el programa; un graduado/a en Nutrición y Dietética, un graduado/a en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte y, por último, graduado/a en Psicología.

Recursos materiales:

- Instalaciones y mobiliario: aula, mesas, sillas, pizarra.
- Material informático: ordenador, proyector y pantalla, USB, impresora.

- Material fungible: copias de los cuestionarios, folios, tijeras, rotuladores, bolígrafos, celo, revistas, pegamento, sobres, sellos, clips, fichas de actividades, espejo, papel continuo, fotografías de los niños.

Resultados esperados

En lo referente a los resultados esperados, se prevé que el programa reduzca el riesgo a sufrir la patología, ya que, según la literatura revisada, además de disminuir los factores de riesgo relacionados con la alimentación y sedentarismo, se debe actuar sobre variables psicosociales (Kropski, Keckley y Jensen, 2008; Ruíz-Lázaro, Velilla-Picazo y Gonzalez- Fraile, 2017).

Debido al abordaje multidimensional, la expectativa es que el grupo experimental obtenga un cambio en las variables trabajadas respecto al grupo control, además de aumentar el conocimiento sobre la problemática, se espera que los participantes desarrollen un sentido crítico hacia los mensajes mediáticos aumentando así su sensibilidad ante ellos, además de reducir la estigmatización hacia las personas con sobrepeso y, asimismo, lograr un aumento de la satisfacción corporal.

Conclusiones

La obesidad es uno de los principales problemas de la sociedad de hoy en día, además del aumento de la prevalencia en la población infantil, su probabilidad de perpetuar el problema hasta la adultez, las consecuencias negativas que conlleva para la salud física y psicología de los pacientes se ha desarrollado un programa preventivo que tiene en cuenta los aspectos que se consideran principales para lograr la efectividad de las intervenciones que incluye la modificación de la alimentación, el sedentarismo y las variables psicosociales de los individuos (Rendo-Urteaga, 2017; Van Wijnen, Wendel-Vos, Wammes y Bememlmans, 2009).

La obesidad no es únicamente un problema estético, sino que es una enfermedad crónica con numerosas repercusiones, por lo que los programas deben de integrarse en la política nacional global de salud pública cuyo objetivo es el de mejorar la alimentación de la comunidad, reduciendo el riesgo de enfermedad y aumentando el estado de salud y calidad de vida de la población en general (Ruíz-Lázaro, Velilla-Picazo y González-Fraile, 2017).

Pese a la importancia que tienen sobrepeso y obesidad tanto a nivel individual como global, todavía existen numerosas incógnitas sobre cómo abordar el problema ya que la literatura presenta ciertas dificultades en el control (Lytle y Hearst, 2009), no existe consenso en las estrategias que deben de incluir los programas para lograr disminuir la obesidad infantil a largo plazo (Lytle y Hearst,2009). Se añaden, además, las diferencias culturales entre los países que han llevado a cabo dichas investigaciones. Por ello, la eficacia de los programas preventivos es reducida (López-Guimerà y Sánchez-Carracedo, 2010). Debido a estos inconvenientes y la dificultad del tratamiento, es preferible la prevención a la intervención (Sánchez-Oliver, Grimaldi-Puyana y Alcaraz-Rodríguez, 2018).

Asimismo, como ya se ha comentado, debido a la incidencia creciente de la obesidad con otros TCA lo más recomendable es la implantación de programas de problemas relacionados con la alimentación y el peso, además, las intervenciones de TCA tiene un impacto favorable en la reducción de los factores de riesgo, el 51% son efectivos, y más de un cuarto disminuyen la patología presente y futura, siendo resultados esperanzadores (Ruíz-Lázaro, Velilla-Picazo y González-Fraile, 2017).

Referencias

- Alba-Martín, R. (2017). Evidencia científica sobre intervenciones preventivas en obesidad infantil. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 46(1), 36-43.
- Alba, M. V., Martínez, L. G., y Pérez, D. P. (2017). Prevención de la obesidad infantil como práctica de socialización. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 336-352.
- Aranceta-Bartrina, J., y Pérez-Rodrigo, C. (2016). Determinants of childhood obesity: ANIBES study. *Nutrición hospitalaria*, 33(4).
- Argente, J. (2011). Obesity in childhood and adolescence: a heterogeneous disease with new pathophysiological bases. In *Anales de pediatría*. 75(1),1-5.
- Arteaga, A. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 145-153.
- Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconensis*, 22(1-2), 29-42.
- Brewis, A. A. (2014). Stigma and the perpetuation of obesity. *Social Science & Medicine*, 118, 152-158.
- Brown, T., y Summerbell, C. (2009). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity reviews*, 10(1), 110-141.
- Calañas-Continente, A., Arrizabalaga, J. J., Caixas, A., y Cordido Carballido, F. (2010). Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en el sobrepeso y la obesidad durante la adolescencia. *Medicina clínica*, 135(6), 265-273.
- Campbell, K. J., y Hesketh, K. D. (2007). Strategies which aim to positively impact on weight, physical activity, diet and sedentary behaviours in children from zero to five years. A systematic review of the literature. *Obesity reviews*, 8(4), 327-338.
- Cebolla, A., Baños, R. M., Botella, C., Lurbe, E., y Torró, M. I. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 125-133.
- Chueca- Guindulain, M., Berrade-Zubiri, S., y Oyarzábal Irigoyen, M. (2012). Obesidad infantil: cómo cambiar hábitos. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 19(3), 129-136.

- Diez Roux, A. V., y Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186(1), 125-145.
- Estudio Aladino. (2015). Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España. Madrid: Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN).
- Gaete, V. P, López, C., y Matamala, M.B. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes: Parte II. Tratamiento, complicaciones médicas, curso y pronóstico, y prevención clínica. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 579-591.
- Gil, G. P., y Gálvez, R. (2008). *Medicina preventiva y salud pública*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Gómez del Barrio, J. A., Gaite, L., Carral, L., Herrero, C., y Vázquez, J. (2012). Guía de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. *Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Gobierno de Cantabria*.
- Gussinyé Canabal, S., Carrascosa Lezcano, A., y Tomàs, J. (2005). *Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil" Niñ@s en movimiento"* (Tesis doctoral) . Universitat Autònoma de Barcelona.
<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5571/sgc1de1.pdf>
- Guzmán Saldaña, R. M. E., del Castillo Arreola, A., y García Meraz, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*. Hidalgo, México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
- Katz, D. L., O'Connell, M., Njike, V. Y., Yeh, M. C., y Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*, 32(12), 1780-1789.
- Kropski, J. A., Keckley, P. H., y Jensen, G. L. (2008). School-based obesity prevention programs: an evidence-based review. *Obesity*, 16(5), 1009-1018.
- Lamarque, M., y Orden, A. B. (2017). Prevención de la obesidad infantil: aportes desde las ciencias sociales para la intervención. *Archivos argentinos de pediatría*, 115(2), 169-174.
- Lawrie, Z., Sullivan, E. A., Davies, P. S. W., y Hill, R. J. (2006). Media influence on the body image of children and adolescents. *Eating Disorders*, 14(5), 355-364.

- León, M. P., Infantes-Paniagua, Á., González-Martí, I., y Contreras, O. (2018). Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil y su relación con factores sociodemográficos. *Journal of Sport and Health Research*, 10(1),163-172.
- López-Guimerà, G., y Sánchez-Carracedo, D. (2010). Prevención de las alteraciones alimentarias. *Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- López-Guimerà, G., Levine, M. P., Sánchez-Carracedo, D., y Fauquet, J. (2010). Influence of mass media on body image and eating disordered attitudes and behaviors in females: A review of effects and processes. *Media Psychology*, 13(4), 387-416.
- López-Guimerà, G., Sánchez-Carracedo, D., Fauquet, J., Portell, M., y Raich, R. (2011). Impact of a School-Based Disordered Eating Prevention Program in Adolescent Girls: General and Specific Effects Depending on Adherence to the Interactive Activities. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 293-303.
- Loredo-Abdalá, A., Perea-Martínez, A., y López-Navarrete, G. E. (2008). “Bullying”: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta pediátrica de México*, 29(4), 210-214.
- Losada, A. V., y Rijavec, M. I. (2017). Consecuencias psicológicas en niños con obesidad producto de la estigmatización social. *Revista Neuronum*, 3(2), 46-65.
- Lumeng, J. C., Forrest, P., Appugliese, D. P., Kaciroti, N., Corwyn, R. F., y Bradley, R. H. (2010). Weight status as a predictor of being bullied in third through sixth grades. *Pediatrics*, 125(6), 1301-1307.
- Lytle, L. A., y Hearst, M. O. (2009). Examining the state of the science of prevention of childhood obesity. *Current Nutrition & Food Science*, 5(2), 134-148.
- Magallares, A., y Morales, J. F. (2014). Spanish adaptation of the Antifat Attitudes Scale/Adaptación al castellano de la Escala de Actitud Antiobesos. *Revista de Psicología Social*, 29(3), 563-588.
- Muñoz-Muñoz, F. L., y Arango Álzate, C. (2017). Childhood obesity: a new approach to its study. *Revista Salud Uninorte*, 33(3), 492-503.
- Organización de Consumidores y Usuarios (2012). Recuperado el 28 de abril de 2018, de <https://www.ocu.org/alimentacion/comer-bien/informe/publicidad-infantil>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Recuperado el 7 de abril de 2018, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

- Palomares Cuadros, J., Cuesta Santos, J., Estévez Díaz, M., y Torres Campos, B. (2017). Desarrollo de la Imagen corporal, la autoestima y el autoconcepto físico al finalizar la Educación Primaria. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1-13.
- Pope, L., Latimer, L., y Wansink, B. (2015). Viewers vs. Doers. The relationship between watching food television and BMI. *Appetite*, 90, 131-135.
- Puhl, R. M., y Latner, J. D. (2007). Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological bulletin*, 133(4), 557.
- Rajan, T. M., y Menon, V. (2017). Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *Journal of postgraduate medicine*, 63(3), 182.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61, 52.
- Ruiz, P. T., Blanco, M. D. G., Quiroz, C. N., y Arce, G. L. (2014). Sobrepeso, obesidad e imagen corporal en preadolescentes mexicanos: factores relacionados y directrices de prevención. *Apuntes de Psicología*, 31(3), 261-270.
- Ruiz-Lázaro, P. M., Velilla-Picazo, J. M., y González-Fraile, E. (2017). *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Pirámide.
- Saldívar-Cerón, H. I., Vázquez-Martínez, A. L., y Barrón-Torres, M. T. (2016). Precisión diagnóstica de indicadores antropométricos: perímetro de cintura, índice cintura-talla e índice cintura-cadera para la identificación de sobrepeso y obesidad infantil. *Acta pediátrica de México*, 37(2), 79-87.
- Sánchez-Oliver, A. J., Grimaldi-Puyana, M., y Alcaraz-Rodríguez, V. (2018). La actividad física como oportunidad de emprendimiento social en la prevención de la obesidad. *Materiales para la Historia del Deporte*, 16, 50-56.
- Sánchez-Carracedo, D., y López-Guimerà, G. (2011). Hacia la prevención integrada de la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. *Infocop*, 13-17.
- Sánchez-Carracedo, D., Neumark-Sztainer, D., y López-Guimera, G. (2012). Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2295-2309.
- Sánchez-Carracedo, D., López-Guimerà, G., Fauquet, J., Barrada, J. R., Pàmias, M., Puntí, J., ... y Trepà, E. (2013). A school-based program implemented by community providers previously trained for the prevention of eating and weight-related problems in secondary-school adolescents: the MABIC study protocol. *BMC Public Health*, 13(1), 955.

- Serra Majem, L., Ribas Barba, L., Aranceta Bartrina, J., Perez Rodrigo, C., Saavedra Santana, P., y Peña Quintana, L. (2003). Obesidad infantil y juvenil en España. Resultados del Estudio enKid (1998-2000). *Medicina clínica*, 121(19), 725-732.
- Solbe, I., Enesco, I., y Escudero, A. (2008). Los prejuicios y las actitudes negativas hacia la gordura en la infancia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 251-260.
- Van Wijnen, L. G. C., Wendel-Vos, G. C. W., Wammes, B. M., & Bemelmans, W. J. E. (2009). The impact of school-based prevention of overweight on psychosocial well-being of children. *Obesity reviews*, 10(3), 298-312.
- Villamañan Alba, M., Gómez Martínez, L., y Pachecho Pérez, D. (2017). Prevención de la obesidad infantil como práctica de socialización. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 336-352