



Cómo interviene la implicación familiar en el IMC de 67 niños obesos en un periodo de 3 años de tratamiento

Autores: Camacho Magriñan B., Espino Aguilar R., Acosta Gordillo L., Viloria Peñas M. M.*, Miranda Díaz M., Gálvez Aguilar I.

Centro: Unidad de Endocrinología Pediátrica. *Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Dirección corresp.: Rafael Espino Aguilar [rafaelespino@telefonica.net]

Recibido: 29-05-2010 **Aceptado:** 14-06-2010

RESUMEN: Estudiamos la evolución del **IMC** en un grupo de niños obesos en un periodo de 3 años según el grado de implicación familiar. Realizamos seguimiento durante 3 años a 67 niños obesos en consulta de endocrinología pediátrica de un hospital de segundo nivel, valorando, entre otros parámetros, la evolución del IMC, la influencia que ha tenido la preocupación de los padres, derivación familiar o del pediatra, el conocimiento del entorno, y la disposición del paciente para cumplir el tratamiento. Resultados: 56.7% niñas y 43.3% niños. 13.4% menores de 5 años, 50.7% entre 5 y 10 años y 35.8% mayores de 10 años. En el 47% existe preocupación familiar, 61% acude por solicitud familiar y 50.7% son derivados por pediatra. Se analiza si en el entorno del niño son conscientes del problema, observando que lo son 57% de los padres, 32.8% de hermanos, 42% del entorno familiar y 29% en el colegio. 50% están dispuestos a realizar tratamiento. Se gradúa la implicación familiar inicial puntuando baja un 27.7%, media un 43.9% y alta un 28.79%. El **IMC** desciende en la mayoría de casos a los tres años. En el manejo del niño obeso es muy importante que el pediatra evalúe cada familia y según edad y entorno familiar instaure estrategias específicas. En familias con niños pequeños se deberá hacer más énfasis a los padres, mientras que en adolescentes se debe priorizar la independencia y discutir directamente con ellos, mientras que los padres se ocuparan de crearles un ambiente saludable. Además es aconsejable indagar en el ambiente familiar y escolar.

Palabras clave: Obesidad. Implicación familiar. Índice de masa corporal.

How involving the family involvement in the BMI of 67 children obese in a period of 3 years of treatment

SUMMARY: To analyze the **BMI** in a group of obese children over a period of three years depending on the degree of family involvement. We followed for 3 years 67 obese children in pediatric endocrinology clinic at a second level hospital, assessing, among other parameters, changes in BMI, the influence it has had, the concern of parents, family or doctor referral, knowledge of the environment, and the patient's willingness to comply with treatment. 56.7% are girls and 43.3% children. 13.4% children under 5 years, 50.7% between 5 and 10 years and 35.8% over 10 years. In 47% had a family concern, 61% turn to family request and 50.7% were referred by a paediatrician. It examines whether the child's environment are aware, noting that they are 57% of parents, 32.8% of siblings, 42% of family environment and 29% at school. 50% are willing to undertake treatment. He graduated initial family involvement observing a 27.7% low, 43.9% secondary and 28.79% higher. **BMI** drops to three years. In the management of obese children is very important for the pediatrician to evaluate each family according to age and child's environment to address specific strategies. In families with young children more emphasis should be made to parents, while adolescents should focus on independence and discuss directly with them, while parents deal of their developing a healthy environment. It also should inquire into family and school.

Keywords: Obesity. Family involvement. Body mass index.

Vox Paediatrica 2010; 17(2):12-14

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad es el problema nutricional más frecuente en los países industrializados asociando la mayor comorbilidad, a corto y largo plazo.

Durante las últimas décadas la prevalencia de la obesidad ha aumentado de manera considerable. Las cifras conjuntas de obesidad y sobrepeso oscilan entre el 15 y el 35%, dependiendo del área geográfica. En España tiene una prevalencia del 13.9% (*una de las más altas de Europa, aunque todavía algo inferior a Reino Unido*); en varones de 6-13 años es del 15.6% y en mujeres de 6-9 años del 12.0% (1). Las cifras más elevadas se presentan en el sur de Europa, con una sobrecarga ponderal del 20-35% frente al 10-20% en países nórdicos (*IOTF 2004*) (2,3).

La nutrición es un acto de vital importancia para el crecimiento y el desarrollo del niño. Los hábitos alimentarios son conductas generadas por aprendizajes de preferencias, con experiencias repetidas que se interiorizan automáticamente, consolidan y se establecen definitivamente entre los 2-3 años de vida, siendo posteriormente muy difícil de modificar (4). Cada niño nace configurado genéticamente dentro del soporte biológico que es su cuerpo, pero desde el primer día, tanto la familia y más tarde todo su complejo entorno social, van a ejercer una influencia decisiva a lo largo de la vida (5).

Las pautas alimentarias en nuestra cultura se transmiten principalmente por vía materna.

El pediatra es uno de los principales responsables de informar, formar y concienciar a los padres de estos problemas (6). En nuestros días, los cambios en el estilo de vida de las familias, la falta de tiempo, el fácil acceso a la comida rápida, las nuevas tecnologías, entre otras, provoca la falta de supervisión y conocimiento por parte de los padres de la alimentación diaria del niño.

Un estudio realizado relacionó el trabajo de las madres fuera de casa con la probabilidad de sobrepeso en niños y se observó que a más horas trabajadas por parte de la madre, más riesgo en el niño de una alimentación no equilibrada y una vida sedentaria (7).

A esto le unimos un posible efecto negativo de los cuidados de otros familiares, principalmente los abuelos. Hay más riesgo de obesidad en niños que dedican más tiempo a la actividad sedentaria (*TV, ordenador*) (1).

Los niños que practican deporte dos ó más veces por semana suelen llevar una alimentación más equilibrada (*huevo, pescado, legumbres*) que aquellos que no realizan deporte o lo hacen menos de dos veces por semana (1).

Los niños de 4-7 años aumentan la probabilidad por 2 de ser activos, si la madre es activa, por 3.5 si lo es el padre y por 7 si son ambos. Los padres activos facilitan, estimulan y apoyan la actividad física de sus hijos (8).

OBJETIVO

Analizar la evolución del **IMC** en un grupo de niños obesos en un periodo de 3 años según la implicación familiar que estudiamos en la primera consulta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentar un grupo de 67 niños obesos que acuden por primera vez a la consulta de endocrinología pediátrica de un hospital de segundo nivel.

Valorar el **IMC** en la primera consulta y al 3º año de seguimiento, según la implicación familiar. Para graduar si la implicación familiar es baja, media o alta, se realiza una encuesta a los padres y al niño en la primera consulta (**Tabla I**), y según la puntuación obtenida se hace la valoración. En la encuesta se recogen los siguientes parámetros: la preocupación de los padres por el problema del niño, si la derivación del niño al endocrino es por parte de la familia o del pediatra, el conocimiento que tienen del problema el entorno (padres, hermanos, familiares cercanos y colegio) y la disposición del paciente para cumplir programa terapéutico.

El grado de implicación familiar según la puntuación obtenida es baja con menos de 2 puntos, media de 2 ó 3 puntos o alta con 4 puntos ó más.

RESULTADOS

De los 67 pacientes que acuden a la primera consulta 56.7% son niñas y 43.3% niños. A los tres años abandonan 14 pacientes quedando 53 niños, de los cuales 58.5% son niñas y 41.5% son niños. En la primera consulta 13.4% son menores de 5 años, 50.7% entre 5 y 10 años y 35.8% mayores de 10 años. No se observan diferencias entre los grupos de edad por sexos, excepto en el grupo menor de cinco años, donde la proporción de niñas es del 88.9%, respecto al 11.1% de niños.

En el 47% hay una preocupación familiar por la enfermedad, 61% acude a la consulta de endocrinología por derivación familiar, mientras que 50.7% es derivado por su pediatra. Se analiza si las personas que rodean al niño son conscientes de lo que significa el problema y se observa que lo son el 57% de los padres, 32.8% de los hermanos, 42% del entorno familiar y 29% del colegio. El 50% de pacientes muestran disposición al tratamiento (**Figura 1**).

Con estos datos se gradúa la implicación familiar inicial encontrando que un 27.7% es baja, un 43.9% es media y 28.79% es alta (**Figura 2**).

La proporción de niños obesos al que le mejora o persiste el IMC al 3º año según la implicación familiar es 35.5% con implicación familiar baja, 91.3% con implicación familiar media, y 87.5% con implicación familiar alta. El total de niños al que le persiste o le mejora el IMC son 40 (66.6% >5 años, 80% 5-10 años, 73.6% >10 años). De estos 40, 70% son niñas y 81% son niños. Los 13 niños restantes presentan un IMC al tercer año mayor que al inicio del estudio. A más implicación familiar mayor porcentaje de niños con mejoría del IMC al tercer año. (**Figura 3**).

El IMC desciende en los tres años de un 27.35 a un 25.26, siendo el descenso más importante en los niños menores de 5 años (de 25.8 a 23.3) y en los mayores de 10 años (de 29.9 a 27.2). En los menores de 5 años no se observa diferencia entre sexos, de 5 a 10 años observamos un descenso más acusado en los niños y en los mayores de 10 años en las niñas (**Figura 4**).

DISCUSIÓN

En nuestra población menos del 30% de las familias presentan una implicación alta al inicio de la consulta, una proporción similar la presenta baja, observando en la mayoría una implicación media sobre el problema. Al valorar el IMC con estos parámetros observamos una mejoría o mantenimiento de éste en los niños cuyas familias se implican de forma alta o media, siendo menor la proporción de niños cuyos padres presentan una implicación baja sobre el problema. Con esto se refleja la importancia que pueden tener los padres sobre los hábitos del niño, y como afecta en su evolución.

En el manejo del niño obeso es muy importante que el pediatra evalúe cada familia y según la edad y el entorno del niño aborde una estrategia específica.

En las familias con niños muy pequeños se deberá hacer más énfasis a los padres, ya que los niños no tienen consciencia del problema. Los niños aprenden los hábitos y costumbres de los padres por lo que son éstos los que deben recibir recomendaciones y educación sobre el problema.

En los adolescentes se debe priorizar la independencia y discutir directamente con ellos los comportamientos saludables, mientras que los padres se deben ocupar de crearles el ambiente más saludable posible.

Además del entorno familiar se debe indagar en el ambiente familiar y escolar, ya que actualmente los niños pasan gran parte del tiempo con otros familiares diferentes a los padres, como son los abuelos, o bien en el co-

legio, haciendo las comidas principales con estos, sin la presencia de los padres. Es por ello que estos familiares, así como el personal del colegio deben ser conscientes del problema que presenta el niño y de las actitudes que hay que tomar.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Aranceta J, Perez C, Ribas L, Serra L. Sociodemographic and lifestyle derterminants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKID study. Eur J Clin Nutr 2003; 57 Suppl 1: S 40-4.
 2.- Tapia L, López JP, Jurado A, et al. Prevalencia del síndrome metabólico y sus componentes en niños y adolescentes con obesidad. An Pediat 2007; 67(4): 352-61.
 3.- Ferrer B, Dalmau J et al. Reflexiones sobre el sín-

drome metabólico. Acta Pediatr Esp 2008; 66 (3): 130-4.

4.- American Dietetic Association; Gerber Products Company. The Start Healthy Feeding Guidelines for Infants and Toddlers. J Am Diet Assoc 2004; 104: 442-54.
 5.- Guidotti T, Gitterman B, Global Pediatric Environmental Health. Pediatr Clin N Am 2007; 54: 335-50.
 6.- Devi S. Progress on childhood obesity patchy in the USA. Lancet. 2008; 371:105-6.
 7.- Hawkins SS, Cole TJ, Law C. Maternal employment and early childhood overweight: findings from de UK Millenium Cohort Study. Int J Obes 2008; 32: 30-8.
 8.- Burke V, Beilin LJ, Dunbar D. family lifestyle and parental body mass index as predictors of body mass index in Australian children: a longitudinal study. Int J Obes Relat Metab Disord 2001; 25: 147- 57.

Tabla I. Encuesta realizada en la 1ª consulta

PUNTUACIÓN	1	0
Preocupación de padres	SI	NO
Petición de consulta por familia	SI	NO
Conocimiento del problema		
- Padres	SI	NO
- Hermanos	SI	NO
- Entorno familiar	SI	NO
- Colegio	SI	NO
Paciente con disposición a tratamiento	SI	NO

Figura 1. Proporción de niños obesos con diferentes parámetros

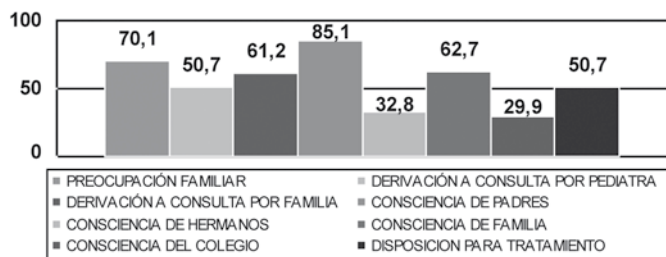


Figura 2. Implicación familiar

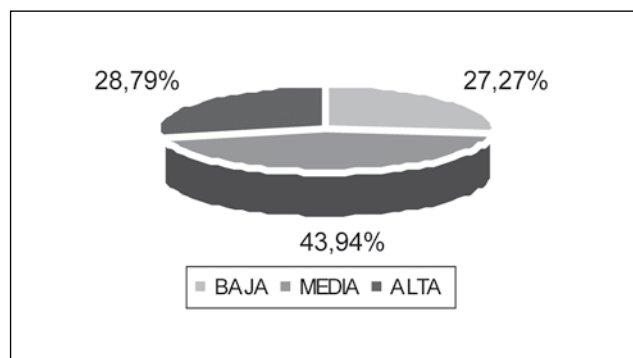


Figura 3. % De niños obesos al que le mejora o persiste el IMC al 3º año

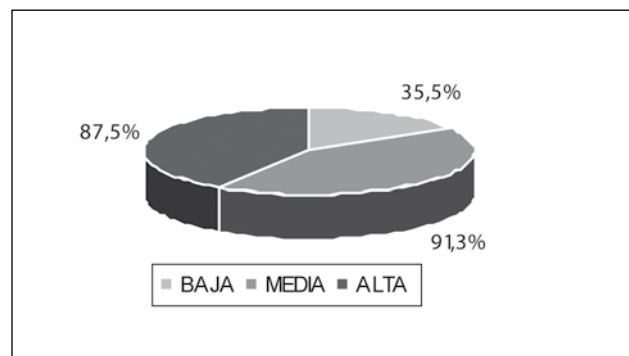


Figura 4. Evolución del IMC

