

# La obesidad infantojuvenil: ¿qué hacemos con ella?

La obesidad, entendida como un exceso de grasa corporal, es una enfermedad crónica considerada por la OMS como la epidemia no infecciosa del siglo XXI, puesto que el sida (enfermedad infecciosa) constituye la patología que ocupa el otro extremo de la balanza. Mientras que el número de sujetos con exceso de peso va aumentando en los países desarrollados, la desnutrición, que mata de hambre a millones de personas, supone junto al sida la otra gran lacra sociosanitaria actual.

El sobrepeso y la obesidad son perjudiciales para la salud, tanto por sí mismos como por causar o favorecer la aparición de otras enfermedades crónicas que disminuyen tanto la esperanza como la calidad de vida del sujeto que la padece (la obesidad puede llegar a reducir en 10 años la expectativa de vida). En nuestro país, el sobrepeso afecta a alrededor del 40% de la población, y la obesidad, al 14,5%; si sumamos las dos situaciones encontramos que a más de la mitad de la población española le sobra peso. Pero si esta situación es preocupante entre los adultos, más lo es entre la población infantil y adolescente; en Europa, la prevalencia actual es 10 veces mayor que en la década de los años setenta. El aumento de niños con exceso de peso es alarmante hasta el extremo de que España es –junto a Malta, Grecia e Italia– uno de los países europeos con mayor tasa. La obesidad en la infancia es responsable de alteraciones en el aparato locomotor, respiratorio y metabólico (aparición más temprana de diabetes mellitus de tipo 2) y, sobre todo, en el desarrollo psicológico y adaptación social, lo cual motiva baja autoestima, sensación de inferioridad y rechazo.

Este rápido incremento se debe fundamentalmente al aumento global en la accesibilidad y disponibilidad a los alimentos, así como a una limitación de oportunidades para practicar ejercicio físico. Los núcleos poblacionales con menor poder adquisitivo son los más vulnerables, dado que los alimentos con mayor contenido en azúcares y grasas son a la vez los más baratos. Por ello hablamos de la existencia de “entornos obesógenos”<sup>(1)</sup>. La Carta Europea contra la Obesidad (Estambul 2006) pone de manifiesto que las raíces fundamentales del problema son sociales; por tanto, esta epidemia sería reversible si se construyeran entornos y estilos de vida saludables, en los que una alimentación y actividad física adecuadas constituyan la norma, y las opciones saludables resulten accesibles y sencillas para las personas.

A propósito de estos comentarios y en una reciente conferencia Food in Action junto con el EUFIC se llama la atención acerca de unos resultados llamativos sobre algunos factores que contribuyen a la obesidad en adolescentes. Hay trabajos<sup>(2,3)</sup> realizados con un seguimiento a largo plazo desde la infancia a la adolescencia que permiten atisbar qué conductas son causantes de obesidad. Viner y Cole han mostrado que aquellos chicos que habían empezado a hacer dieta a los 16 años sufren mayor probabilidad de ser obesos a los 30 que los que no la siguen; del mismo modo, Neumark-Sztainer *et al.* comprueban que los adolescentes que declararon hacer dieta a principio del estudio multiplicaron por tres las probabilidades de ser obesos cinco años más tarde en relación con los que no estaban bajo tratamiento dietético. En ninguno de los dos estudios hubo diferencias entre hombres y mujeres.

Además, en el estudio de Neumark-Sztainer se hace referencia a la diferencia entre el tipo de dieta consumida; sorprendentemente, no se encuentran diferencias entre los sujetos que habían consumido alimentos saludables (dieta equilibrada con adecuada ingesta de nutrientes, baja en alimentos energéticos y rica en plásticos y reguladores) y aquellos cuya alimentación había sido anárquica y poco recomendable (periodos de ayuno, dietas extremas, vómitos autoinducidos, dietas *mágicas* y otros).

Son diferentes las vías por las que una dieta determinada puede inducir ganancia ponderal. La elección de alimentos, como cualquier comportamiento humano complejo, está influida por numerosos factores. El hambre y la saciedad son en definitiva las sensaciones que nos conducen a ingerir alimentos o a detenernos, pero lo que elegimos está sometido a otros factores además de los destinados a cubrir nuestras necesidades fisiológicas o nutricionales; esos factores son:

1. Características organolépticas de los alimentos: olor, sabor, color y aspecto.
2. Factores cognitivos, emocionales y sociales: lo que sabemos acerca de la salud y dieta, situaciones personales (soltero, casado, viudo...), habilidades (saber cocinar, tiempo para ello, disponibilidad), creencias religiosas, recelos acerca de productos modificados genéticamente (transgénicos), nuevos productos (alimentos funcionales), etc.
3. Factores económicos y geográficos: en función del nivel de vida, es posible o no el acceso a determinados alimentos; su precio en el centro-norte de Europa difiere notablemente

respecto al sur (p. ej., en el primer caso la fruta se compra por piezas, y en el segundo, por kilos).

En la elección de un determinado alimento prima, según una encuesta realizada en diferentes países de la Unión Europea<sup>(4)</sup>: 1.º) la calidad/frescura; 2.º) el precio; 3.º) el sabor; 4.º) la intención de comer sano; y 5.º) lo que la familia del encuestado quiere comer. En definitiva, lo que comemos depende de multitud de factores individuales y circunstanciales (socioculturales).

Cualquier tipo de dieta puede conducir a un aumento de peso, si lo que no se controla es el apetito. Expertos en dietética y nutrición ponen de manifiesto que, para solucionar los problemas de sobrepeso en la inmensa mayoría de sujetos, no es tan importante prescribir una determinada cantidad de calorías (p. ej., 1.600 kcal/día) acompañada de ejercicio físico como instaurar de forma eficaz una adecuada terapia de modificación de conducta; no poder comer hasta saciar el hambre puede abocar a situaciones de atracón irrefrenable. Por ello, el sujeto sometido a dieta está más expuesto a comer en exceso. Los adolescentes a dieta reconocen que tienen un problema de peso; la observan durante un tiempo, pero luego abandonan. Por tanto, la dieta no es la causa sino la respuesta al hecho de ser obeso.

En este aspecto, el entorno familiar ejerce una influencia de extraordinaria importancia; uno de los principales factores para desarrollar obesidad es el hecho de que sus progenitores tengan sobrepeso u obesidad. El Health Survey for England<sup>(5)</sup> demuestra que entre los niños de 2-15 años el riesgo de ser obeso aumenta de cero hasta el 15% si uno de los padres padece sobrepeso u obesidad, y hasta el 28% si ambos los son. Obviamente, en estos casos confluyen ambiente y genética.

La prevención y el tratamiento de la obesidad infantil constituyen una prioridad en materia de salud pública; sin embargo, desconocemos a ciencia cierta cuál es la forma más adecuada de llevar a cabo este empeño. Se han analizado de forma reciente las diferentes estrategias, y en la mayoría de ellas se presta especial atención a los aspectos donde incidir, que son esencialmente escuela y familia<sup>(6-8)</sup>.

Los programas centrados en la escuela se dirigen fundamentalmente a evitar la estigmatización del niño obeso; no sólo inciden en la promoción de la salud y la actividad física, sino que amplían los ámbitos de actuación: fomentar alimentación sana, demostración práctica de los principios enseñados, etc.

Los programas diseñados para la familia se centran en la motivación dirigida a conseguir en el núcleo familiar el apoyo suficiente para que los niños mantengan los hábitos positivos aprendidos. Una gran parte de estos estudios contaba con el concurso de personal médico o asistentes sociales que refor-

zaban el estímulo y ayudaban a solventar los problemas de conocimiento.

## CONCLUSIONES

Hasta el momento actual, los programas de intervención centrados en el ámbito escolar no han conseguido obtener el resultado buscado, el de disminuir la prevalencia de obesidad; en el ámbito familiar, se han observado cambios beneficiosos en núcleos muy motivados pero reducidos. ¿Por qué estos resultados tan desalentadores?

Probablemente la explicación resida en el hecho de que las recomendaciones dietéticas y de ejercicio dictadas para el colectivo no sean eficaces a nivel individual. También influirían negativamente, además de una tendencia creciente a comer fuera de casa o a servirse raciones más copiosas, una serie de factores externos medioambientales; entre éstos se incluyen un mayor sedentarismo propiciado por un mayor protagonismo de la televisión, consolas de videojuegos, ordenador... y una menor disponibilidad de espacio urbano para actividades que comporten mayor gasto de energía: aceras donde patinar, carril-bici, circuitos de monopatín, etc.

Retomando las directrices de la Carta Europea contra la Obesidad (Estambul 2006), podríamos concluir:

1. Padres, abuelos y personas responsables de la alimentación y atención diaria a niños y adolescentes tienen un papel fundamental en la adopción de hábitos saludables de alimentación y actividad física. Asimismo, resulta muy relevante la labor de los comedores escolares de colegios e institutos.

2. Desde el ámbito sanitario, es necesaria la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños, así como el asesoramiento a familias sobre necesidades específicas, implementación de estrategias de prevención del exceso de peso en sujetos con riesgo manifiesto o intervención en aquellos que están afectados.

3. Desarrollo efectivo y comprometido de la estrategia NAOS.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Quiles J. Obesitat infantil: no ès cap joc. Viure en Salut 2008; 77: 3.
2. Viner RM, Cole TJ. Who changes body mass between adolescence and adulthood? Factors predicting change in BMI between 16 year and 30 years in the 1970 British Birth Cohort. Int J Obes (Lond) 2006; 30 (9): 1368-74.

3. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, et al. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med* 2007; 33: 359-69
4. Margetts BM, Martínez JM, Saba A, Holm L, Kearney M. Definitions of “healthy” eating: a pan-EU survey of consumer attitudes to food, nutrition and health. *Eur J Clin Nutr* 1997; 51: S23-9.
5. Health Survey for England: CVD and risk factors adults, obesity and risk factors children (2008). Disponible en <http://www.ic.nhs.uk/health-survey-for-England-2006>.
6. Summerbell C, Kelly S, Campbell K. The prevention and treatment of childhood obesity. *Effective Health Care* 2002; 7 (6).
7. Ebbeling CB, Pawlack DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. *Lancet* 2002; 360: 473-82.
8. Müller MJ, Asbeck I, Mast M, et al. (2001). Prevention of obesity-more than an intention. Concept and first results of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity* 2001; 25 (Suppl. 1): S66-74.

### **AGRADECIMIENTOS**

El autor desea expresar su agradecimiento a Joan Quiles Izquierdo, responsable de la Unidad de Educación para la Salud, dependiente de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, por su inestimable colaboración.

**José Francisco Martínez Valls**

*Unidad de Obesidad. Hospital Clínico. Valencia*