



International Journal of Developmental and  
Educational Psychology  
ISSN: 0214-9877  
ISSN: 2603-5987  
revista@infad.eu  
Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y  
Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores  
España

# LA OBESIDAD INFANTIL: ANÁLISIS DE LOS HáBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA

**Gordillo Gordillo, María Dolores; Sánchez Herrera, Susana; Bermejo García, María Luisa**  
LA OBESIDAD INFANTIL: ANÁLISIS DE LOS HáBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA  
International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 2, núm. Esp.1, 2019  
Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores, España  
**Disponible en:** <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126032>

# LA OBESIDAD INFANTIL: ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA

CHILDHOOD OBESITY: ANALYSIS OF EATING  
HABITS AND PHYSICAL ACTIVITY

María Dolores Gordillo Gordillo mgordillgt@unex.es

*Universidad de Extremadura , España*

Susana Sánchez Herrera

*Universidad de Extremadura, España*

María Luisa Bermejo García

*Universidad de Extremadura, España*

International Journal of Developmental  
and Educational Psychology, vol. 2, núm.  
Esp.1, 2019

Asociación Nacional de Psicología  
Evolutiva y Educativa de la Infancia,  
Adolescencia y Mayores, España

Recepción: 20 Enero 2019  
Aprobación: 30 Abril 2019

Redalyc: [https://www.redalyc.org/  
articulo.oa?id=349860126032](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349860126032)

**Resumen:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha llegado a considerar la obesidad como “la epidemia del siglo XXI”, por el alcance adquirido y su impacto sobre la morbilidad, la calidad de vida y el gasto sanitario. Según la OMS, España es uno de los países de la UE con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad; afecta al 56% de los adultos y alrededor del 40% de los niños y adolescentes; desafortunadamente la región extremeña presenta índices de sobrepeso y obesidad por encima de la media nacional. El número de niños y adolescentes de edades comprendidas entre los cinco y los 19 años que presentan obesidad se ha multiplicado por 10 en el mundo en los cuatro últimos decenios. Las conclusiones de un nuevo estudio dirigido por el Imperial College de Londres y la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, si se mantienen las tendencias actuales, en 2022 habrá más población infantil y adolescente con obesidad que con insuficiencia ponderal moderada o grave. Existe un cierto desconocimiento sobre lo que es una alimentación saludable, sin embargo, aumenta cada día más la preocupación de la población por la nutrición y la relación nutrición-salud. En este estudio nos planteamos hacer una evaluación desde la escuela para conocer los hábitos alimenticios y las rutinas de actividad física promovidas para los niños desde la etapa de educación infantil y comprobar los resultados antes y después del desarrollo de un programa de intervención.

**Palabras clave:** obesidad infantil, actividad física, conducta alimentaria.

**Abstract:** The World Health Organization (WHO) has come to consider obesity as “the epidemic of the 21st century”, because of the scope acquired and its impact on morbidity, quality of life and health expenditure. According to the WHO, Spain is one of the countries in the EU with the highest prevalence of overweight and obesity; affects 56% of adults and around 40% of children and adolescents; unfortunately the Extremadura region presents rates of overweight and obesity above the national average. The number of children and adolescents between the ages of five and 19 who are obese has multiplied by 10 in the world in the last four decades. The conclusions of a new study conducted by Imperial College London and the World Health Organization (WHO) indicate that, if current trends continue, in 2022 there will be more children and adolescents with obesity than with moderate or severe weight-bearing. There is a certain lack of knowledge about what healthy eating is, however, the population’s concern for nutrition and the nutrition-health relationship increases every day. In this study we set out to do an evaluation from the school to know the eating habits and physical activity routines promoted for children from the early childhood education stage.

**Keywords:** childhood obesity, physical activity, eating behavior.

## ANTECEDENTES

Según la OMS (2011), la obesidad infantil se define como una enfermedad crónica, caracterizada por la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, la cual se determina de acuerdo al índice de Masa Corporal (IMC), que es un indicador simple de la relación entre la talla y el peso, obtenido de la división del peso de una persona el Kilogramos por el cuadrado de su talla en metros. Para el diagnóstico de obesidad infantil y adolescente, la OMS sugiere que para niños menores de 5 años de edad, el IMC deberá mostrar más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS ( IMC de 20 puntos) y para niños y adolescentes con edades entre los 5 y los 17 años de edad, deberá ser mayor a dos desviaciones típicas por encima de la mediana (correspondiente a 28,5 puntos) (Organización Mundial de la Salud, 2016; Cebolla et al, 2011).

Esta organización considera también, que la obesidad y el sobrepeso son un grave problema de salud pública y que han alcanzado proporciones epidémicas a escala mundial, afectando a más de 1000 millones de personas adultas con sobrepeso de las cuales más de 300 millones son obesos. Además, cada año fallecen más de 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o del sobrepeso, siendo el quinto factor de riesgo de defunciones mundiales. Desde el año 1980 hasta el año 2012 la prevalencia de la obesidad se ha duplicado en el mundo; actualmente más de una de cada 10 personas padece obesidad.

Las causas de la obesidad se investigan de forma intensiva y continua. La obesidad infantil, aunque puede estar originada por una enfermedad genética endocrina, en el 99% de los casos se produce como resultado de la combinación de una serie de factores ambientales (una dieta inadecuada y sedentarismo), genéticos (los niños cuyos padres son obesos tienen un riesgo mayor de padecer el trastorno) y psicológicos (cuando se utiliza la comida para compensar problemas emocionales, estrés o aburrimiento). Aranceta (2004).

**Establecemos así, los factores determinantes en la obesidad, según GIL (2010).**

### *Factores ambientales*

El aumento de ingesta energética asociado a un desequilibrio en la cantidad y calidad de nutrientes está muy relacionado con el aumento en la prevalencia de la obesidad infantil. Se produce mayor ingesta de grasa y de hidratos de carbono de absorción rápida. Ésta suele incorporar grasas saturadas y ácidos grasos trans, índices glucémicos altos y alta densidad energética, y suelen ser pobres en fibra, micronutrientes y antioxidantes. Además, se suelen presentar en grandes porciones, en envases de fácil consumo, lo que facilita su ingesta. Se abusa de dulces, bebidas azucaradas o aperitivos entre las comidas, y de alimentos grasos en las comidas principales. Esto conduce a un aumento de la ingesta energética y a un

incremento de glucemia postprandial, que puede modificar la regulación del apetito. Los factores responsables de este cambio en la sociedad son la falta de tiempo y la comodidad. Ello ha restringido la práctica culinaria tradicional en las familias y ha ocasionado además un efecto nocivo en las relaciones familiares. Todos estos factores negativos habrán de ser modificados para evitar y tratar la obesidad.

Paralelamente, nuestra forma de vivir tiende a ser cada vez más sedentaria, y la actividad física y el deporte se substituyen por un aumento extraordinario del tiempo dedicado al entretenimiento pasivo.

#### *Factores genéticos*

Los casos de obesidad derivada de alteraciones cromosómicas o condiciones monogénicas en humanos, representan una muy pequeña proporción de los casos de obesidad y sobrepeso. La obesidad en edades tempranas es un hallazgo de importancia que sugiere la búsqueda de otras características como retardo en el desarrollo, dismorfias, etc., con la finalidad de realizar un diagnóstico adecuado y descartar anomalías genéticas. La obesidad común y los fenotipos relacionados con ella tienen un componente genético significativo y existe amplia evidencia de la influencia de múltiples genes en el desarrollo de esta enfermedad. El estudio de la genética de la obesidad ha demostrado que algunos de los mecanismos más probables que predisponen a su desarrollo se encuentran en las vías que regulan el apetito y el gasto de energía; sin embargo, no existe hasta la fecha ninguna variante genética que se asocie consistentemente con el riesgo para la obesidad común.

#### *Factores psicológicos*

En ocasiones, tanto niños como adultos, buscan en la comida una recompensa, una forma de mitigar sus carencias y frustraciones. Pueden comer cuando se sienten tristes o inseguros, para olvidar sus problemas, por estrés o por aburrimiento. Los alimentos elegidos suelen aportar poco valor nutritivo y muchas calorías (dulces y golosinas, aperitivos como patatas fritas industriales y similares.). En estos casos, además, los niños pueden estar imitando las conductas que han observado en los mayores (Marnet, 2013).

Existen diversos factores psicológicos asociados a la obesidad infantil, además, la población diagnosticada con esta problemática presenta el doble de alteraciones psicopatológicas que la población con peso normal (Portillo, Pérez, Loyal, Hidalgo y Puente, 2015). Entre estas alteraciones, presentan mayor prevalencia los trastornos de ansiedad, depresión, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastornos del espectro autista. Estos trastornos juegan un papel bidireccional fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, así como también pueden ser consecuencias de la misma, Cebolla et al. (2011).

Por otra parte, la autoestima es considerada un factor psicológico fuertemente ligado a la obesidad infantil y adolescente. Esto se debe a que el tamaño y forma de su cuerpo difiere con el modelo de delgadez que representa la belleza, Aguilar Manrique, Tuesta y Musayon, (2010).

Según Pompa y Montoya (2011), los niños con obesidad muestran un pobre concepto de sí mismos, encontrando una relación entre la autoestima y el apego infantil, ya que una mayor dependencia hacia la madre y una imagen corporal distorsionada, cobran mayor importancia durante la adolescencia, etapa en la que predomina el desarrollo del auto concepto, generando un malestar psicológico y emocional que da paso a la aparición de la depresión.

Ahora bien, Navarrete, Perea y Loredo (2008), proponen una estrecha relación entre la obesidad infantil y la exposición al maltrato en niños, niñas y adolescentes (maltrato verbal, maltrato físico o abuso sexual), ya que según afirman, los alimentos cumplen una función de refuerzo mediante el cual la comida suple las deficiencias afectivas como consecuencia de la exposición a experiencias traumáticas y ambientes hostiles; lo que se explica también por las modificaciones neurobiológicas ocasionadas por el maltrato severo, el cual durante la infancia genera desequilibrio del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales, manifestándose por secreción elevada de cortisol, hormona que promueve la ingesta compulsiva y acumulación de grasas.

En cuanto al tratamiento, las medidas actuales para el control del sobrepeso en la infancia se basan en la modificación de los estilos de vida. El punto clave del tratamiento de la obesidad debería ser la alimentación saludable y la actividad física.

El tratamiento de la obesidad no es fácil y en la mayoría de los casos conduce al fracaso. La obesidad es una enfermedad marcadamente resistente al tratamiento, situación relacionada tal vez con otros factores genético-ambientales.

Los resultados obtenidos a largo plazo son desalentadores y muestran que del 80 al 90% de los niños vuelven a su percentil de peso previo, siendo la tasa de recaída comparable a la de los adultos. Además, el tratamiento de la obesidad es complicado y son pocos los pacientes que acuden regularmente a las consultas de seguimiento. Para realizar un tratamiento adecuado se requiere un equipo multidisciplinar compuesto de pediatras, enfermeras y médicos de familia, y en un segundo escalón dietistas, psicólogos y psiquiatras.

El tratamiento de la obesidad infantil debe realizarse en el contexto del crecimiento y desarrollo, por lo que se debe enfatizar en la normalización del tejido graso con crecimiento y desarrollo normal (incluyendo el desarrollo físico y emocional). El objetivo del tratamiento es conseguir un peso adecuado a la talla y conservar posteriormente un peso dentro de los límites normales.

Establecer un objetivo de mantenimiento del peso frente a pérdida de peso depende de la edad de cada paciente, el percentil de IMC y la presencia de complicaciones médicas.

En los niños mayores de 3 años el primer escalón es mantener su peso; esto permite ir disminuyendo el IMC con el tiempo ya que el niño crece en altura. Para los menores de 7 años, en ausencia de complicaciones se debe mantener el peso, pero con complicaciones (HTA y dislipemias) se debe conseguir reducción de peso. Sin embargo, para los mayores de 7 años sólo se recomienda el mantenimiento del peso en los que presentan sobrepeso sin complicaciones, el resto debe perder peso.

Las familias de estos niños deben conseguir mantener el peso para después con recomendaciones en su dieta y actividad física perder aproximadamente un kilo por mes. Lo ideal es mantener un IMC por debajo del percentil 85 aunque esto debe ser secundario a conseguir una alimentación saludable y la práctica del ejercicio físico.

No hay evidencia de que ningún tratamiento farmacológico sea efectivo en el tratamiento de la obesidad infantil y no está indicada la cirugía. Los pilares del tratamiento los constituye un programa multidisciplinario que combine la educación nutricional, la restricción dietética, el aumento de la actividad física y la modificación de conductas (Fernández, 2005).

### *El papel de las escuelas*

La promoción de dietas saludables y actividad física en la escuela es esencial para luchar contra la epidemia de obesidad infantil. Dado que los niños y los adolescentes pasan un tiempo significativo de sus vidas jóvenes en la escuela, el entorno escolar es un lugar ideal para adquirir conocimientos y habilidades sobre las opciones saludables y para aumentar los niveles de actividad física.

**Tabla 1**

Cuadro resumen sobre los programas de intervención en España y Extremadura

|   |   |
|---|---|
| Programa 5 al Día (nacional)  | Programa de fomento de la frutas, verduras y hortalizas. Posee programas educativos.                          |
| Estrategia (nacional) NAOS  | Dirigida a la población en general, para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad.          |
| Código (nacional) PAOS  | Código de autorregulación de publicidad sobre alimentos en los medios de comunicación.                        |
| Programa (nacional) PERSEO  | Programa Piloto Escolar de Referencia para la Salud y el Ejercicio, contra la Obesidad.                       |
| Actividad de educación para la salud frente a la obesidad infantil y juvenil (autonómico) | Actividades realizadas por el Servicio Extremeño de Salud. Dirigido a 2º y 5º de primaria y 3º de la E. S. O. |

Elaboración propia

## OBJETIVOS

Dar a conocer las características teóricas de la obesidad infantil y su situación actual en la edad escolar.

Determinar los conocimientos previos del alumnado sobre los hábitos saludables

.Establecer unas conclusiones sobre los resultados obtenidos tras la propuesta de intervención. Contribuir a la mejora en la adquisición de hábitos saludables.

## MUESTRA

El estudio ha sido realizado con 28 niños de 3º de educación infantil, con edades comprendidas entre 5 y 6 años, pertenecientes a un colegio concertado de la una población al sur de Extremadura.

## METODOLOGÍA

La evaluación llevada a cabo refleja la evolución del grupo de alumnos seleccionados antes y después de realizar con ellos un programa de intervención.

Para recabar los datos se utilizaron cuestionarios de elaboración propia que analizasen los hábitos alimentarios y rutinas y actividad física realizada por los niños.

Estas encuestas fueron pasadas por la tutora del alumnado tanto a las familias como a los niños. Para ello se realizó las pruebas constaban de 10 ítems para los padres y otros 10 ítems, adaptado a la edad de los niños a través de diferentes dibujos, para los niños.

## RESULTADOS

En el primer gráfico se analiza la cantidad de alimentos saludables (lácteos, frutas, verduras, carne y pescado) consumidos antes de la intervención. Los resultados fueron: en cuanto a la cantidad de lácteos 21 niños tomaban una cantidad adecuada y 7 niños tomaban poca cantidad. Sobre la fruta, hay que decir que 18 niños comían fruta todos los días y 11 de ellos no la consumían diariamente. En lo referente a la verdura, solamente 10 niños tomaban verduras de forma adecuada y 18 niños la consumían en determinadas ocasiones, es decir, poca cantidad. En cuanto al consumo de carne, 15 niños la tomaban de manera adecuada y algunos en más cantidad de lo recomendado y 13 de ellos la consumían en poca cantidad. Por último, la cantidad de pescado que los niños consumían de forma adecuada y algunos en grandes cantidades era de 11 niños, el resto, es decir, 17 de ellos no consumían la cantidad de pescado que se debería tomar.

Figura 1: Alimentos saludables consumidos (antes de la intervención). Elaboración propia.

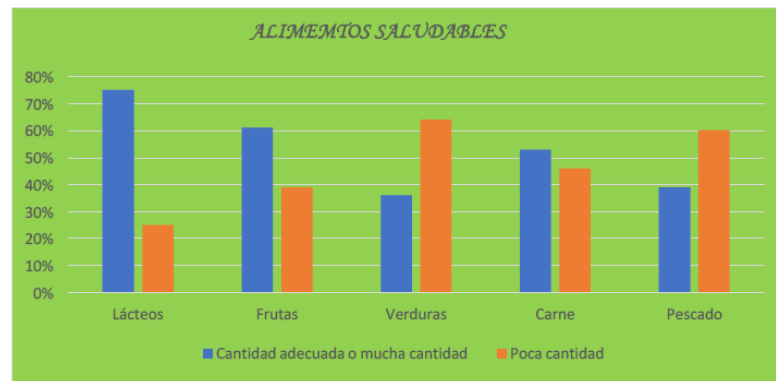


Figura 1

Alimentos saludables consumidos (antes de la intervención). Elaboración propia.

Después de la intervención, los resultados obtenidos han sido los siguientes: 24 niños, consumen una cantidad adecuada lácteos y 4 niños, siguen tomando poca cantidad. En cuanto a los resultados del consumo de fruta 22 niños toman fruta de manera adecuada y 6 de ellos no toman la cantidad que deberían. Sobre las verduras, hay que decir que 18 niños ahora toman la cantidad de verdura recomendada, pero aún, 10 de ellos la toman menos de lo habitual. En cuanto a lo referente al consumo de carne, 20 niños la consumen de la manera recomendada y 8 de ellos en pocas ocasiones. Y por último sobre la cantidad de pescado consumido, 21 niños lo toman adecuadamente, sólo 8 de ellos, lo siguen tomando en poca cantidad.

Figura 2: Alimentos saludables consumidos (después de la intervención). Elaboración propia.

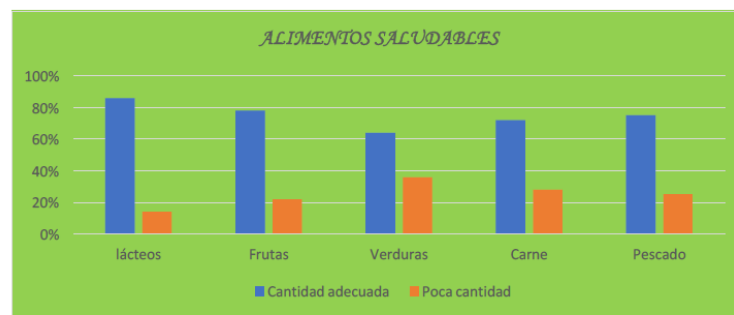


Figura 2

Alimentos saludables consumidos (después de la intervención). Elaboración propia.

Respecto a la 2ª Ítem, señalar los resultados sobre los alimentos no saludables ( dulces, golosinas y refrescos) antes de la intervención, donde 25 de los 28 alumnos tomaban de forma inadecuada los dulces y solo 3 de ellos correctamente. En lo referente a las golosinas 24 de los niños las consumían en grandes cantidades y 4 de ellos en poca cantidad. En cuanto al consumo de refresco, 20 niños tomaban más de lo aconsejado en y 8 de ellos lo toman en menor cantidad.

Figura 3: Alimentos no saludables consumidos (antes de la intervención). Elaboración propia.



Figura 3

Alimentos no saludables consumidos (antes de la intervención). Elaboración propia.

Una vez realizada la intervención, dichos resultados fueron los siguientes: sobre la ingesta de dulces se observa una gran mejoría a la hora de consumirlos de forma inadecuada, donde solamente 11 de los 28 alumnos los siguen tomando en grandes cantidades. En cuanto al consumo de golosinas también hay que resaltar una gran mejoría, aunque todavía 15 de los niños las siguen tomando de forma no aconsejada y por último en cuanto al consumo de refrescos 11 de los alumnos no lo beben en cantidades correctas, pero, 17 de ellos lo beben como se aconseja.

Figura 4: Alimentos no saludables consumidos (después de la intervención). Elaboración propia.



Figura 4

Alimentos no saludables consumidos (después de la intervención). Elaboración propia.

En cuanto, al último ítem: actividad física realizada y sedentarismo, los resultados obtenidos por los niños, antes de realizar la intervención, fueron: Respecto a la práctica de actividad física, 13 de los 28 alumnos practicaban actividad física de manera aconsejada y alguno de ellos más de lo habitual y 15 de ellos la realizaban menos de lo que se debería. En cuanto a las actividades sedentarias, observamos que una gran mayoría de los alumnos no practicaban actividad física o si lo hacían no correctamente, donde sólo 2 de los alumnos las realizaba correctamente.

Figura 5: Actividades físicas y sedentarias (antes de la intervención). Elaboración propia.



Figura 5

Actividades físicas y sedentarias (antes de la intervención). Elaboración propia.

Los resultados del último ítem después de la intervención fueron: Por lo que se refiere a la realización actividad física a la semana, se encuentran 23 alumnos que la realizan de manera correcta y 5 que aún no le dedican las horas necesaria. En lo referente a las actividades sedentarias, se refleja una mejoría, aunque aún 17 alumnos dedican más horas de lo aconsejable a dichas actividades.

Figura 6: Actividades físicas y actividades sedentarias (después de la intervención). Elaboración propia.

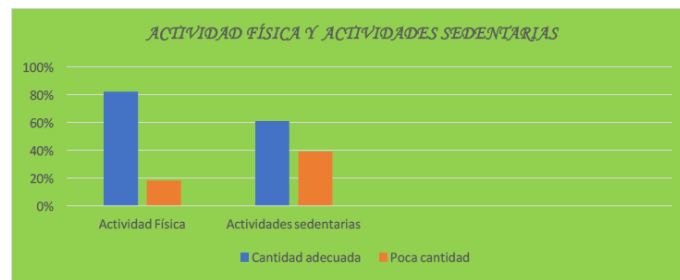


Figura 6

Actividades físicas y actividades sedentarias (después de la intervención). Elaboración propia.

Con respecto al cuestionario pasado a la familia los resultados fueron los siguientes: En el ítem 20 padres, o el 71% , tienen horarios fijos en las comidas; 3 o el 11% no tienen un horario fijo y 5 de ellos o el 18% a veces.

Figura 7. Horarios fijos para las comidas en casa. Elaboración propia



Figura 7

Horarios fijos para las comidas en casa. Elaboración propia

Los resultados sobre el ítem 2: ¿compartís al menos una comida al día toda la familia? Fue: el 82% de los padres, si comparten más de 1 comida en familia; el 7% no comparten ninguna y el 11% en alguna ocasión.

Figura 8: Compartir al menos 1 comida al día toda la familia. Elaboración propia

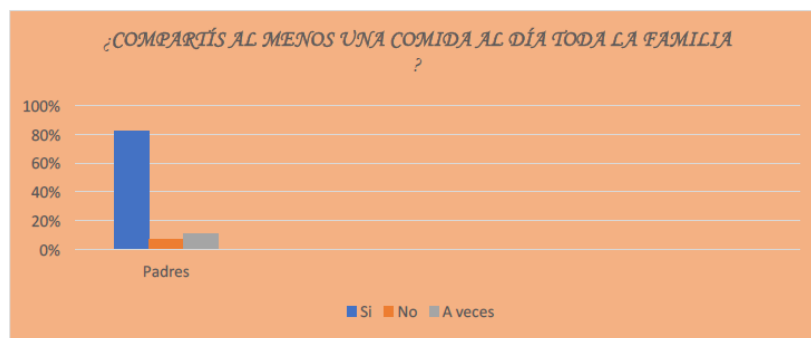


Figura 8

Compartir al menos 1 comida al día toda la familia. Elaboración propia

En cuanto al ítem 3: ¿Planificáis lo que se consumirá en cada comida? El 53% de las familias si lo planifican, en menor medida, es decir, el 11% no lo planifican, y el 35% a veces.

Figura 9: Planificación de comidas a consumir. Elaboración propia.

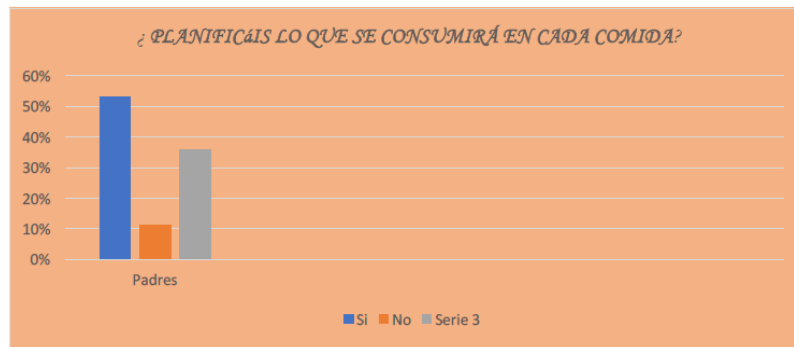


Figura 9

Planificación de comidas a consumir. Elaboración propia.

Sobre el ítem 4: ¿Adaptáis el tamaño de las porciones a las necesidades de cada miembro de la familia? El 75% de las familias respondieron afirmativamente, el 4% en ninguna ocasión y el 21% de vez en cuando.

Figura 10: Adaptar cantidades de comida a las necesidades de cada miembro de la familia. Elaboración propia.

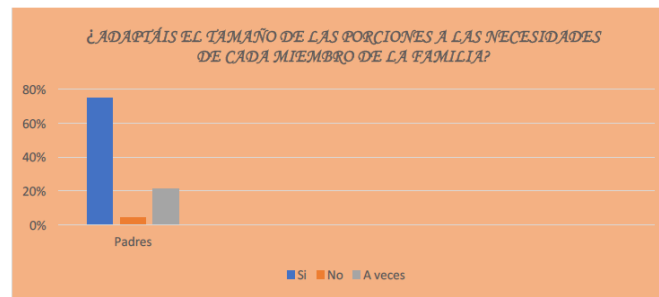


Figura 10

Adaptar cantidades de comida a las necesidades de cada miembro de la familia. Elaboración propia.

En cuanto al ítem 5: ¿Realizáis cinco comidas al día? Más de la mitad de las familias contestaron que si realizan 5 comidas al día, siendo el porcentaje del 68%, el 11% se obtuvo de familias que no realizan 5 comidas al día y el 21% algunas veces.

Figura 11: Realizar cinco comidas al día. Elaboración propia.

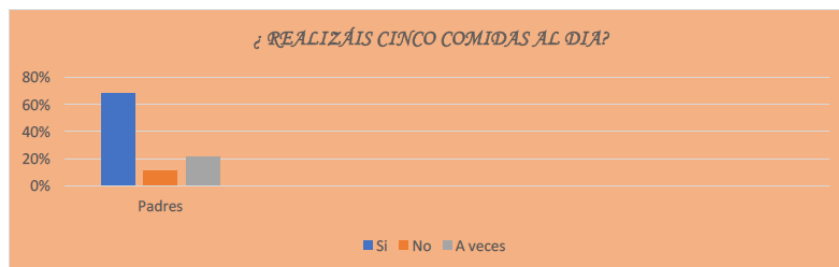


Figura 11

Realizar cinco comidas al día. Elaboración propia.

Las respuestas recogidas en el ítem 6: ¿Sabéis que no es bueno comerse todo lo del plato si antes está satisfecho? Un 86% de las familias contestaron positivamente; resaltar que en dicho ítem, solamente hubo un familiar que respondió negativamente y 18% de las familias a veces.

Figura 12: Saber que no es bueno comerse todo lo del plato si antes está satisfecho. Elaboración propia.



**Figura 12**

Saber que no es bueno comerse todo lo del plato si antes está satisfecho. Elaboración propia.

Del ítem 7: ¿Realizáis comidas en un lugar determinado de la casa? Decir que, el 82% de las familias siempre realizan las comidas en el mismo lugar de la casa, un 7% no siempre comen en el mismo lugar y el 11% de algunos días.

Figura 13: Realizar comidas en un lugar determinado de la casa. Elaboración propia.



**Figura 13**

Realizar comidas en un lugar determinado de la casa. Elaboración propia.

De este ítem 8: ¿Sois conscientes de que la comida no puede utilizarse como castigo o premio? Las respuestas afirmativas fue de un 64%; en dicho ítem, nos sorprende el resultados de las respuestas negativas, ya que, como puede verse reflejado en el gráfico, ninguna familia contestó negativamente y por último, con un porcentaje del 36% de las familias contestaron que algunas veces.

Figura 14: la comida no puede utilizarse como castigo o premio. Elaboración propia.

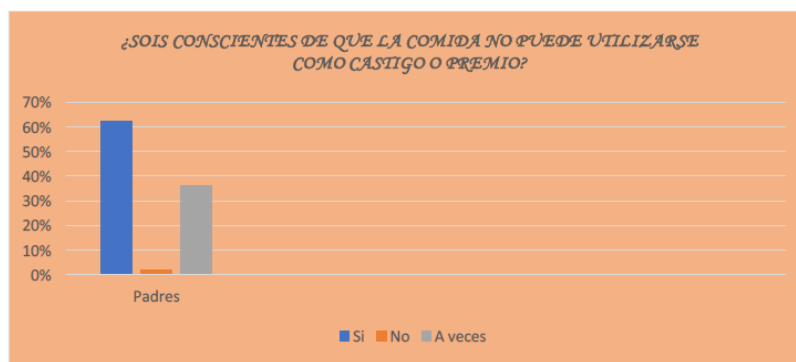


Figura 14

la comida no puede utilizarse como castigo o premio. Elaboración propia.

Respecto al ítem 9: ¿Realizáis actividades juntos al menos 1 o 2 días a la semana? Decir que un poco más de la mitad de las familias contestaron que si realizan alguna actividad; la cuarta parte de ellas, es decir, un 25% contestaron que no y un 21% algún día a la semana.

Figura 15: actividades en familia al menos 1 o 2 días a la semana. Elaboración propia.

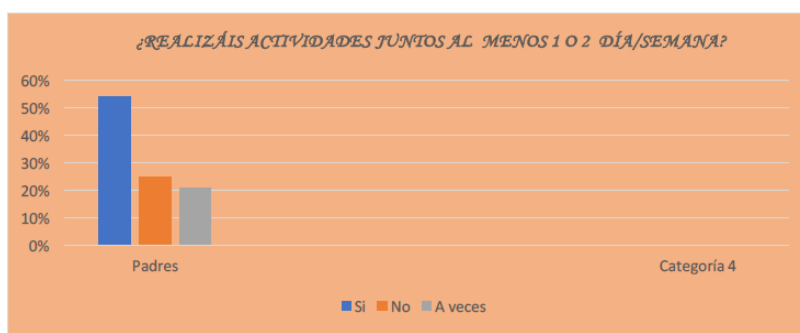


Figura 15

actividades en familia al menos 1 o 2 días a la semana. Elaboración propia.

Referente al Ítem 10: ¿Sois conscientes que durante las comidas no hay que hacer otras actividades como: ver la tv, leer? etc.? Nos sorprende las respuestas dadas, ya que, un 57% de las familias contestaron afirmativamente, cuando en verdad, en la mayoría de los hogares, la tv está encendida mientras comemos; es más, hoy en día, se utiliza mucho como herramienta para que los niños coman. Además, como podemos ver reflejado en la gráfica, el porcentaje de respuesta negativa fue del 0% y un 43% de padres contestaron que algunas veces.

Figura 16: durante las comidas no hay que hacer otras actividades como: ver la tv, leer, etc. Elaboración propia.

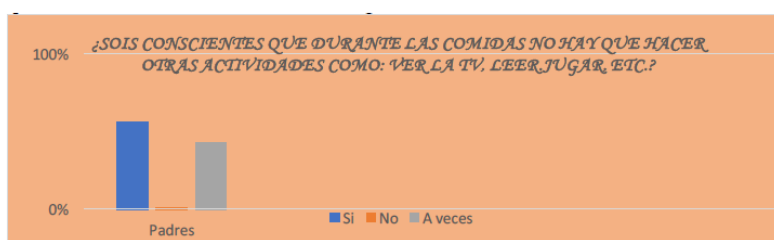


Figura 16

durante las comidas no hay que hacer otras actividades como: ver la tv, leer, etc. Elaboración propia.

## CONCLUSIONES

Tras llevar a cabo la intervención y su correspondiente evaluación, a través de las preguntas planteadas en el cuestionario facilitado, y las actividades realizadas, podemos afirmar que hemos cumplido con los objetivos planteados, comprobando que es necesario una intervención basada en educación para la salud donde se ofrezcan los conocimientos oportunos sobre dicha temática, dirigidos a las familias (que son los responsables directos), al alumnado (que está aprendiendo), a los medios de comunicación (que son muy influyentes) y al profesorado (que son un referente fundamental de la escuela).

Esta experiencia en el aula, nos ha permitido observar la realidad de primera mano en dicha clase, por lo que se justifica la reducida muestra empleada contestando a las preguntas planteadas, y a las actividades físicas realizadas. Después de ver los resultados obtenidos, vemos la necesidad de considerar que, desde la escuela hay que promover la práctica diaria de ejercicio físico, donde la psicomotricidad, juega un gran papel para lograrlo; además actuaciones como la que hemos desarrollado en el trabajo nos ayudarán a buscar una eficaz prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación, no solo en la etapa de infantil, sino en etapas posteriores.

Hay que decir que el alumnado que participó en este trabajo no realiza una correcta actividad física y las nuevas tecnologías (televisión, móviles, consolas, internet...) siguen ocupando gran parte del tiempo. Además, algunos de los alumnos no les gusta practicar actividad física, por lo que habrá que generarles algún interés que sean capaces de cambiar esa rutina tan perjudicial para sus vidas. En cuanto a la ingesta de alimentos, hay que decir que predominan que consumen más cantidades de carnes, bollería, golosinas y refrescos sobre las cantidades de frutas, verduras, pescado, esto también deberá cambiarse y empezar a ingerir más piezas de fruta, lácteos, zumos naturales, por ejemplo, motivarles a que conozcan el amplio abanico de frutas disponibles e incidiendo que la bollería, golosinas y comida rápida ocupan efectos nocivos y altas cantidades de azúcar y colesterol para el organismo.

Por ello, es importante adoptar hábitos de vida saludable referente a la alimentación y la actividad física durante la etapa de educación infantil, con el fin de obtener efectos beneficiosos para la salud en el futuro. Un estilo de vida inadecuado puede desarrollar diversos problemas como diabetes, obesidad, empeorándolas o haciendo difícil su control. De esta forma, si no se crece con buenos hábitos durante la infancia, será complicado cambiarlos más tarde y los problemas persistirán en la edad adulta. Por lo que es necesario un estilo de vida saludable que incorpore actividades físicas diarias y se evite el sedentarismo. La alimentación, también, será una pieza clave que hay que vigilar y garantizar unos buenos hábitos.

Por lo tanto, la escuela debe fomentar desde las distintas áreas curriculares a mejorar el desarrollo integral y mantener hábitos saludables para lograr un bienestar tanto de alimentación como de actividad física. Este objetivo puede ser reforzado mediante los múltiples recursos y materiales didácticos que existen, Así mismo deberíamos incluir a nuestro centro en la red de “escuelas promotoras de salud” (RESOLUCIÓN de 11 de diciembre de 2006, de la Consejera, por la que se constituye la Red Extremeña de Escuelas Promotoras de Salud, Diciembre 2006 D.O.E. - Número 151), que existe en la comunidad autónoma de Extremadura, donde a partir de un proyecto común y una serie de inquietudes como la nuestra, se podría dar una respuesta educativa concreta en los aspectos relacionados con la salud.

## Referencias

- Aguilar, M., Manrique, L., Tuesta, M., Musayon, Y. (2010). Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. *Revista de enfermería Herediana* (3,1), 49 – 54.
- Aranceta Bartrina, J. (2004) *Obesidad infantil y juvenil*. 2ª ed. Barcelona: Masson, S.A.
- Cebolla, A., Baños, R., Botella, C., Lurbe, E. & Torró, M. (2011). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Asociación española de psicología clínica y psicopatología* (16, 2). 125 – 134.
- Fernández Segura, M. (2005) “Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria”. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. Vol. VII, Suplemento 1.
- Gil Hernández, A. (2010). *Tratado de nutrición*. 2º ed. Madrid: Médica Panamericana, D.L.
- Marnet. (2013). Consecuencias psicológicas de la obesidad. Recuperado el (15 de marzo de 2018) de <http://salud.Kioskea.net/faq/3819-consecuencias-psicologicas-del-aumento-de-peso>.
- OMS (2011). *Programas y Proyectos. Sobrepeso y Obesidad*. Recuperado el (20 de febrero de 2018) de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>.

- Programa PERSEO (2007). Guía sobre obesidad infantil para profesionales sanitarios de atención Primaria. Barcelona: Asociación Española de Pediatría.
- Pompa, E. y Montoya, b. (2011) Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología Y Salud* (21, 1) 119 – 124.
- Portillo, V., Pérez, M., Loyal y Hidalgo, N. y Puente, A. (2015) Perfiles psicopatológicos de niños obesos y desnutridos medidos con el CBCL/6 – 18. *Revista latinoamericana de psicología* (48, 2)108 – 116.