

La educación física:

un contexto educativo ideal para enfrentar la obesidad infantil

Yubber Alexander Cedeño

La educación física:

un contexto educativo ideal para enfrentar la obesidad infantil

Yubber Alexander Cedeño

ISBN: 978-9942-53-005-9

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942530929>



© **Yubber Alexander Cedeño**

Docente de la Universidad Técnica de Machala

ORCID:0000-0003-4449-1836

CORREO: ycedeno@utmachala.edu.ec

Primera edición, 2025-11-02

ISBN: 978-9942-53-005-9

DOI: <http://doi.org/10.48190/9789942530929>

Distribución online

 Acceso abierto

Cita

Alexander, Y. (2025) La educación física: un contexto educativo ideal para enfrentar la obesidad infantil. Editorial Grupo Compás

Este libro es parte de la colección de la Univesidad Técnica de Machala y ha sido debidamente examinado y valorado en la modalidad doble par ciego con fin de garantizar la calidad de la publicación. El copyright estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Quedan rigurosamente prohibidas, bajo las sanciones en las leyes, la producción o almacenamiento total o parcial de la presente publicación, incluyendo el diseño de la portada, así como la transmisión de la misma por cualquiera de sus medios, tanto si es electrónico, como químico, mecánico, óptico, de grabación o bien de fotocopia, sin la autorización de los titulares del copyright.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN A LA OBESIDAD EN LA ETAPA INFANTIL.....	6
1.1. Evaluación de la Obesidad Infantil	11
1.2. Conclusión del Capítulo I: Aproximación a la Obesidad en la Etapa Infantil.....	18
CAPÍTULO II. EL COMPONENTE PSICOLÓGICO EN LA OBESIDAD	25
2.1. Fobias asociadas a la obesidad	30
2.2. Obesidad y Bullying	51
2.3. Tratamientos psicológicos.....	59
CAPÍTULO III. INTERVENCIONES ENCAMINADAS A LA DISMINUCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL, DESDE LA EDUCACIÓN FÍSICA.....	79
3.1. Intervención multidisciplinar, intersectorial, preventiva y participativa dirigida a la disminución de la obesidad infantil	84

3.2. Intervención médico-pedagógica para la prevención de la obesidad	87
3.3. Resultados obtenidos en la encuesta aplicada como parte de la intervención aplicada	90
3.4. Ejercicios propuestos desde la dimensión actividad física	101
3.5. Conclusión del Capítulo III: Estrategias Integrales de Intervención desde la Educación Física para la Disminución de la Obesidad Infantil.....	118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	126

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Relación de percentiles del IMC según el estado del peso en la población infantil	12
Tabla 2. Especificaciones del tipo de fobia según el estímulo fóbico	33
Tabla 3. Descripción de los factores que participan en las FE	35
Tabla 4. Síntomas expresados en las FE.....	39
Tabla 5. Factores cognitivos en la propuesta BT-OB.....	72
Tabla 6. Talleres de prevención de enfermedades y promoción de salud	89

CAPÍTULO I. APROXIMACIÓN A LA OBESIDAD EN LA ETAPA INFANTIL

La obesidad es un problema de salud a nivel mundial Ramos-Pino & Carballeira-Abella (2021). Se encuentra entre las enfermedades crónicas que tienen una alta prevalencia en la sociedad. El incremento de esta enfermedad en los últimos años ha llevado a establecer el término "obesidad epidémica" Mönckeberg & Muzzo, (2015; Salazar-Sánchez, et al. (2020) y a considerar según plantea Tarbal (2010) el fenómeno de la Globesidad. Es una enfermedad que crece rápidamente en cualquier parte del mundo, y daña tanto a la población infanto-juvenil como la adulta. Kaufer-Horwitz & Pérez, (2022).

Especialistas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) citada por Villao (2021) apuntan que, de seguir aumentando las cifras recogidas en el año 2022, el número de niños, adolescentes y jóvenes obesos será mayor que la cifra registrada para esta misma población en estado de desnutrición. El problema será más evidente en el grupo de niños de 5 a 19 años, pues desde que se empezó el estudio de la obesidad en la edad pediátrica las cifras se han duplicado.

El 43 % de la población en el mundo son niños que presentan obesidad o sobrepeso, eso representa una cifra aproximada de 38,3 millones de niños en la etapa preescolar y 131 millones de niños en la etapa escolar. Osorio-Mejía, et

al. (2023). La prevalencia de la enfermedad en las niñas aumentó a un 5,6 % y en los niños a un 7,8 % OMS (2018) y Aguilera, et al. (2019).

Dada las alarmantes cifras en la actualidad, y por ser la causa de diversas enfermedades, la obesidad infantil es una preocupación progresiva Ortega (2022), que ha acaparado la atención de distintos sectores, organismos, ciencias y disciplinas. Sin embargo, se trata de un padecimiento que se conoce desde la Edad de Piedra. Calderín, (2020). Diversos son los autores como Baños, et al. (2019); Miri, et al. (2019), Ortega (2022) y Villao (2021) que han trabajado este tema desde distintas aristas. Y es que, la obesidad afecta al sujeto a nivel físico, psicológico y socioeconómico. Además, tiene un impacto a corto, mediano y largo plazo. Villao (2021).

En la niñez, en el orden físico, la obesidad trae enfermedades respiratorias, Loaiza y Atalah, (2006) mencionan la falta de aire cuando duermen, la escasa resistencia durante los ejercicios físicos y las fatigas regulares, también enfermedades lipídicas, en la piel, hematológicas y diabetes. El riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares e hipertensión es alto en esta población. García & Creus (2016).

Dentro las enfermedades ortopédicas por el aumento del peso corporal se encuentran: coxa vara, desplazamientos epifisarios de la cabeza del fémur, genu valgo, arcos planos e inflamación de la placa de crecimiento en los talones. Los

problemas hepáticos y biliares son habituales: anemia por falta de hierro, hígado graso no alcohólico y colelitiasis (Brotanek, et al. 2007). A nivel psicológico, los niños presentan problemas de autoestima, ansiedad, aislamiento social, bullying, problemas familiares, académicos, entre otros. Además, Brotanek, et al. (2007) mencionan, en este campo, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), la depresión y el comportamiento adictivo. En la parte socioeconómica, se identifican los altos costos de los servicios médicos en la atención pública de los niños obesos. Aparco, et al. (2016).

Antes se creía que la obesidad era exclusiva de los países desarrollados; últimamente la Organización Mundial de la Salud (OMS) también ha considerado este problema de salud en las naciones en vías de desarrollo, donde son más vulnerables los países con sueldos bajos y medios (OMS, 2016; Kaufer-Horwitz &Pérez, 2022). ¿Pero, qué es la obesidad?

En un primer y rápido acercamiento a su definición, es la ausencia de equilibrio entre la ingesta energética y el gasto calórico (OMS, 2016). Asimismo, Ceballos-Macías, et al. (2018) consideran, la obesidad un trastorno metabólico, dado por un aumento de la grasa corporal, específicamente, la grasa visceral; siendo el principal factor de riesgo para muchas enfermedades. Sin embargo, este concepto se ha ido ampliando y se ha planteado un nuevo enfoque, en el

que hoy día distintos autores (Aguilera, et al. 2019; OMS, 2018) indican la obesidad como una enfermedad. En este sentido, se cree un padecimiento crónico, creciente y periódico, de naturaleza multicausal, pues influyen distintos factores.

A propósito de los conceptos planteados, resalta el tema sobre considerar a la obesidad una enfermedad o un factor de riesgo. La definición de obesidad se inclina más a ser considerada una enfermedad principal que un factor de riesgo, lo cual ha traído controversias (Aguilera et al., 2019). Estos autores argumentan primero, el alto número de revistas en las que organizaciones internacionales promueven asumir la obesidad como una enfermedad. Entre estas organizaciones se encuentran: The Obesity Society (TOS) en el 2008; la American Medical Association (AMA), la OMS, National Institutes of Health (NIH), la Food and drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de Norteamérica, American Association of Clinical Endocrinologists (AACE), Internal Revenue Service (IRS) y la World Obesity Federation (WOF).

Por otro lado, señalan que asumir la obesidad como enfermedad, aumenta los gastos médicos, tanto en medicamentos como en tratamientos, al desplazar el compromiso de bajar de peso del sujeto a la sociedad. También, en cuanto a considerar la obesidad como enfermedad, mencionan el hecho de estimar solamente en

este proceso, el punto de corte del IMC, cuando en realidad el análisis debe ser más profundo.

La otra posición, con la que se identifica el autor, declara la obesidad tanto como una enfermedad principal como un factor de riesgo con respecto a otras patologías que presenta el sujeto. Esta postura responde a un modelo epidemiológico que combina ambas concepciones. Esta posición igual ha sido cuestionada, pero va siendo más asumida por instituciones académicas, científicas, y de salud, alcanzando mayor consentimiento en el mundo. Cada vez son más los autores que asumen en sus investigaciones el fundamento de que, la obesidad es una enfermedad por sí misma y a la par es un alto factor de riesgo en otras enfermedades.

Como se ha señalado, la obesidad es un problema de salud que debe ser tratado, pues provoca daños al individuo desde el punto de vista físico, psicológico, social y económico. Tratar este problema desde edades tempranas se hace una necesidad, pues es en este periodo en el que se sientan las bases para el desarrollo, adecuado o no, del hombre. En el caso de la obesidad, es en la infancia donde se crean los hábitos y se adquieren conocimientos sobre la alimentación. La obesidad debe tratada, ya sea desde su perspectiva de enfermedad y/o riesgo, dado el impacto que está teniendo sobre la salud, tanto de la población infanto-juvenil como de la adulta.

1.1. Evaluación de la Obesidad Infantil

La infancia es una etapa objeto de evaluación, pues varias de las dificultades en la salud en la etapa adulta son producto de problemas en el desarrollo y la nutrición en ese período (Calvo, 2007). En el caso de la obesidad, Salazar-Sánchez, et al. (2020) señalan que es un problema de salud que puede que no se esté diagnosticando correctamente, debido a la ausencia de una caracterización precoz en la atención primaria.

La literatura recoge de manera precisa los diferentes métodos para la evaluación de la obesidad y el sobrepeso en esta parte de la población. Al respecto, Vicente, et al. (2017) refieren el método antropométrico. Por otro lado, Machado, et al. (2018) indican los métodos epidemiológicos y nutricionales. A estos se le suma, el Índice de Masa Corporal (IMC), siendo este último método el más seguro y confiable, según estima la OMS (2021).

Para determinar la obesidad y el sobrepeso con la ayuda del IMC es necesario tener en cuenta el peso en kilogramo y la altura en metros. El cálculo, según Aguilar, et al. (2016) se realiza a través de la fórmula $IMC = \text{peso en kg} / \text{estatura en metros}^2$. En el caso de los niños, el peso y la estatura varían con el desarrollo, de ahí que su IMC se analiza con respecto a niños de igual sexo y edad.

En los niños, en un rango de edad entre 5 y 19 años, se considera con sobrepeso, la mayor desviación típica con

respecto a la mediana, fijada en los perfiles de crecimiento infantil y se estima obeso, dos desviaciones típicas más alta que la mediana, determinada en los modelos de crecimiento infantil de la OMS (Villao, 2021). La apreciación del IMC brinda una información del peso con respecto a la estatura, permitiendo determinar estado de sobrepeso u obesidad en los sujetos. La tabla 1 relaciona los rangos percentil y la categoría de estado. Wildin (2017) plantea la importancia de estos parámetros en las evaluaciones personales, en tanto permiten determinar el estado nutricional sujeto; en particular, el sobrepeso y la obesidad.

Tabla 1.

Relación de percentiles del IMC según el estado del peso en la población infantil

Margen del percentil del IMC	Estado del peso
Por debajo del 5.º percentil	Con bajo peso
Del 5.º al 84.º percentil,	Con un peso saludable
Del 85.º al 94.º percentil	Con sobrepeso
Por encima del 95.º percentil	Con obesidad

Nota. Tomado de Kirkilas (2021).

De acuerdo con Cole, et al. (2000), existe una preferencia del uso de curvas con los percentiles o puntajes Z del IMC de la población infantil, pues a pesar de no ser un indicador perfecto, el IMC ha probado ser útil en la asignación del

riesgo cardiovascular y si se complementa con otras mediciones como el perímetro de la cintura o la estimación del índice cintura-cadera, la asignación del riesgo es mejor. En la evaluación de la obesidad son esenciales las etapas: prenatal, infancia y adolescencia, dado la existencia de factores epigenéticos que propician primero, el desarrollo de la obesidad, y luego otras enfermedades metabólicas del desarrollo (Kaufer-Horwitz & Pérez, 2022). Kominiarek y Peaceman (2017) apuntan que la adquisición de peso excesivo o una pobre ganancia ponderal durante el periodo de la gestación pueden desarrollar formas metabólicas que propicien la obesidad o el sobrepeso. El aumento rápido de peso en estas etapas incrementa las probabilidades de la obesidad o el sobrepeso en la edad adulta.

En la infancia, alrededor de los 5-7 años de edad se describe el rebote de adiposidad, curva que tiene un aumento temprano en un niño obeso (Del Águila, 2014) y donde aumenta el IMC, lo cual se conoce porque cambia de manera notable la adiposidad. Rolland, et al. (2006) explican que el rebote de adiposidad precoz constituye una señal para determinar la obesidad en edades posteriores y también más tejido adiposo subcutáneo y visceral. De ahí que, Del Águila (2014) refiera el valor del análisis del rebote en el estudio de niños sobrepeso u obesos en el presente y futuro. Los factores que dan origen a la obesidad son diversos. Entre ellos se mencionan los factores genéticos, fisiológicos,

ambientales, conductuales, y sociales. Bhupathiraju y Hu (2016) apunta que la obesidad es resultado de la interacción de estos factores. Entre los factores de riesgo relacionados con el sobrepeso y la obesidad en niños de edad escolar Ferrer, et al. (2020) plantean el sobrepeso materno, la ausencia de la lactancia materna exclusiva durante el desarrollo y el peso al nacer, superior a 3500 gramos.

Igualmente, García y Creus (2016) mencionan entre los factores de la obesidad, la carencia de actividad, pues en este modo de vida se consumen muchas calorías. Tener una dieta inadecuada también favorece la obesidad, eso incluye que los niños no desayunen, ingerir comida con bajo contenido en vitaminas y proteínas y altos en calorías.

Estos autores también mencionan la historia familia, no solo haciendo alusión a la parte genética, donde si hay un progenitor obeso, el niño tiene probabilidades de serlo también; sino a los hábitos alimentarios y estilos de vida que caracterizan a la familia; las condiciones socio-económicas, que incluye el escaso acceso a espacios para practicar ejercicios físicos, los pocos aprendizajes para cocinar saludable, así como los bajos ingresos para adquirir productos frescos y no procesados.

La expresión particular de la obesidad en cada uno de los sujetos, a partir de diferentes formas y patrones de acumulación de grasas, ha hecho que autores como García, et al. (2017) hayan sugerido el término obesidades, lo que se

convierte a criterio de los investigadores, en una mejor forma para describir el problema y establecer una adecuada atención de estos sujetos. Los autores explican la diversidad de la obesidad de acuerdo a la forma de adquirirla, de expresarse, las comorbilidades y la influencia de los factores de riesgo. A decir de ellos, es importante tener en cuenta esta diversidad porque el análisis de cada caso debe ser diferente.

En este punto señalan, la desigual influencia de los factores ambientales y genéticos en la obesidad en los primeros años del desarrollo, en una persona y entre muchas. Los factores géticos tienen mayor influencia que los factores ambientales. Por otro lado, la ubicación de la acumulación del tejido en una parte u otra parte del cuerpo, van a establecer determinados riesgos y enfermedades, por ejemplo, la concentración de la grasa visceral en el centro del cuerpo, preferentemente de los hombres, ofrece mayor riesgo para las enfermedades cardiovasculares. En resumen, precisar el tipo de obesidad garantiza un mejor tratamiento, de acuerdo las características individuales de cada sujeto.

Para estudiar la obesidad en la población infantil, es fundamental considerar los principales contextos en los que los niños interactúan; en este sentido, se destaca el papel de la familia. En relación con la influencia familiar en la obesidad, la literatura científica sugiere que el nivel socioeconómico familiar desempeña un papel importante

(Peral-Suárez, et al 2021; Tremblay, et al. 2016). En efecto, se plantea que las diferencias socioeconómicas pueden generar un acceso desigual a aquellos productos y servicios que facilitan la adopción de prácticas saludables (Alza, et al. 2019).

El estudio de la Alimentación, Actividad física, Desarrollo infantil y Obesidad en España (ALADINO) citada por Kovalski, et al (2012). plantea que, en las familias con condiciones socioeconómicas mejores (altos ingresos y nivel de escolaridad, universitarios), los niños presentan un adecuado peso; mientras que en las familias con peores condiciones socioeconómicas (bajos ingresos, nivel de escolaridad, primaria o secundaria), el porcentaje de obesidad es alto. Este planteamiento se sostiene en la idea, que las familias pobres, tienen malas condiciones de vida, recursos y menos acceso a dietas saludables

Además de que la estrategia de consumo familiar se basa en la cantidad y no en la calidad de los alimentos que ingieren; así, consumen fundamentalmente azúcares, harinas, grasas, productos que tienen un precio módico y logran un alto grado de saciedad (Aguirre, 2004). En cuanto a este punto, existen contradicciones pues, otros investigadores como Osorio-Mejía, et al. (2023) señalan estudios donde los resultados demuestran un bajo porcentaje de obesidad en países en desarrollo; mientras que este valor es alto en familias con mayor estrato económico-social.

En el marco de este contexto también se refieren otros factores como determinantes de la obesidad en este contexto. Entre ellos, el sexo masculino, el tipo de familia, monoparental, el estatus migratorio, inmigrante (Rodd, et al. 2017), ser único hijo (Bernabéu-Justes, et al. 2019), la obesidad de la madre, la alta exposición a una pantalla, así como la escasa ingestión de fibras (Shamah-Levy, et al. 2020; Machado, et al. 2018), entre otros.

En el análisis de la familia con respecto a la obesidad también se tratan el estilo educativo asumido por los padres Ganley (1988) sostiene que las familias de personas obesas se caracterizan como sobreprotectoras, severas e incapaces de resolver conflictos. Señala que en las familias que hay niños, la comunicación entre los cónyuges se muestra menos efectiva. Se hace difícil expresar los sentimientos y reconocer a las emociones de los otros. Por su parte, Doherty y Harkway (1990) explica lo que significa el peso del menor en una familia donde los padres son obesos. Esto significa ser fiel y sentirse implicado con la familia.

Estos autores, entienden que para los niños es, estar integrado con los padres, por lo que la pérdida de peso puede romper ese lazo de unión con los progenitores. En el caso de los padres también experimentan una ruptura, una pérdida, pues siente la falta de un elemento que una a la familia.

Los autores identifican a estas familias con las que presentan anorexia o bulimia. En general son clasificadas como familias centrípetas, que limitan la autonomía del niño con respecto a la formación de su propia identidad; donde los niños deben subordinar sus necesidades y su autorrealización como individuo, a los valores e ideales de la familia.

Así el análisis de la familia en la vida de los niños que presentan obesidad debe ser profundo por todos los factores que incluye, así como el valor que tiene este grupo, como grupo de socialización y formación de la personalidad del niño, en esta etapa que se analiza.

1.2. Conclusión del Capítulo I: Aproximación a la Obesidad en la Etapa Infantil

El presente capítulo ha ofrecido una aproximación exhaustiva y crítica a la *obesidad en la etapa infantil*, un fenómeno de salud pública que ha trascendido de ser una preocupación localizada a una *epidemia global*, acuñando términos como "globesidad". Las cifras son alarmantes, con la Organización Mundial de la Salud (OMS) pronosticando un incremento tal que el número de niños, adolescentes y jóvenes obesos podría superar a aquellos en estado de desnutrición para el año 2022 si las tendencias persisten. Actualmente, el 43% de la población infantil mundial presenta obesidad o sobrepeso, lo que representa aproximadamente 38.3 millones de niños en edad preescolar y 131 millones en etapa escolar, con un aumento

notorio en la prevalencia tanto en niñas como en niños. Esta realidad subraya la urgencia de su estudio y tratamiento, no solo por su prevalencia, sino por ser la *causa subyacente de diversas enfermedades* y una preocupación progresiva que demanda la atención de múltiples sectores y disciplinas.

Hemos profundizado en las *múltiples dimensiones del impacto de la obesidad* en los niños. A nivel físico, se asocia con enfermedades respiratorias como la falta de aire durante el sueño y la fatiga, enfermedades lipídicas, cutáneas, hematológicas, diabetes, y un elevado riesgo de enfermedades cardiovasculares e hipertensión. Además, se manifiestan problemas ortopédicos significativos debido al aumento del peso corporal, como coxa vara, desplazamientos epifisiarios, genu valgo, arcos planos e inflamación de la placa de crecimiento en los talones. Los problemas hepáticos y biliares, incluyendo anemia por falta de hierro, hígado graso no alcohólico y colelitiasis, también son habituales. El *impacto psicológico* es igualmente devastador, abarcando problemas de autoestima, ansiedad, aislamiento social, bullying, dificultades familiares y académicas, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), depresión y comportamientos adictivos. Finalmente, la dimensión socioeconómica revela los *altos costos asociados a la atención médica* de los niños obesos, lo que extiende la carga más allá del individuo a los sistemas de salud y la sociedad en general.

Una de las discusiones centrales abordadas ha sido la *evolución conceptual de la obesidad*. De una definición inicial como un desequilibrio entre la ingesta energética y el gasto calórico, la comprensión se ha expandido para incluirla como un trastorno metabólico caracterizado por un aumento de la grasa corporal, especialmente la grasa visceral. No obstante, el enfoque más reciente, respaldado por diversas organizaciones internacionales como The Obesity Society (TOS), la American Medical Association (AMA) y la OMS, la considera explícitamente una *enfermedad crónica, creciente y periódica de naturaleza multicausal*. Este cambio de perspectiva, si bien ha generado controversias debido a las implicaciones en los gastos médicos y la forma de análisis (no solo el IMC), es cada vez más aceptado en el ámbito académico y científico. La postura con la que el autor se identifica es la de considerar la obesidad como *tanto una enfermedad principal como un factor de riesgo para otras patologías*, lo que refleja un modelo epidemiológico que combina ambas concepciones, ganando un creciente consenso global.

El capítulo también ha destacado la importancia de una *evaluación precoz y precisa de la obesidad infantil*, ya que muchas dificultades de salud en la adultez tienen sus raíces en problemas nutricionales y de desarrollo en la infancia. Se han presentado diversos métodos de evaluación, incluyendo el antropométrico, epidemiológico y nutricional. Sin

embargo, el *Índice de Masa Corporal (IMC)* es reconocido como el método más seguro y confiable por la OMS. Para los niños entre 5 y 19 años, el IMC se analiza en relación con perfiles de crecimiento infantil específicos para sexo y edad, utilizando desviaciones típicas con respecto a la mediana para clasificar sobrepeso (mayor desviación típica) u obesidad (dos desviaciones típicas más alta). La tabla 1, basada en Kirkilas (2021), detalla los márgenes percentiles del IMC para definir bajo peso, peso saludable, sobrepeso y obesidad en la población infantil.

Se subraya que, aunque no es perfecto, el IMC es un indicador útil en la asignación de riesgo cardiovascular, especialmente cuando se complementa con otras mediciones como el perímetro de la cintura. Además, se enfatizó la relevancia de las etapas prenatal, infancia y adolescencia en la evaluación, debido a los *factores epigenéticos* que propician el desarrollo de la obesidad, así como la importancia del *rebote de adiposidad precoz* (alrededor de los 5-7 años) como una señal predictiva de obesidad posterior.

Finalmente, este capítulo ha explorado la *compleja etiología multifactorial de la obesidad*, resultado de la interacción de factores genéticos, fisiológicos, ambientales, conductuales y sociales. Se han identificado factores de riesgo específicos en niños de edad escolar, como el sobrepeso materno, la ausencia de lactancia materna exclusiva y un peso al nacer

superior a 3500 gramos.

Adicionalmente, la carencia de actividad física, una dieta inadecuada (falta de desayuno, consumo de alimentos bajos en vitaminas y proteínas y altos en calorías), la historia familiar (predisposición genética y hábitos familiares) y las condiciones socioeconómicas (escaso acceso a espacios para ejercicio, falta de educación culinaria saludable, bajos ingresos para adquirir productos frescos) emergen como determinantes cruciales. La existencia de "*obesidades*" -un término propuesto por García, et al. (2017)- resalta la diversidad en las formas de adquirirla, expresarse, sus comorbilidades y la influencia de los factores de riesgo, lo que impera un *análisis individualizado* para establecer tratamientos adecuados. La ubicación de la acumulación de tejido graso, como la grasa visceral en el centro del cuerpo, también se ha señalado como un factor de riesgo para determinadas enfermedades, ejemplificando la necesidad de precisar el tipo de obesidad para un tratamiento más efectivo.

El *papel de la familia* se ha revelado como un contexto fundamental en la comprensión de la obesidad infantil. El nivel socioeconómico familiar ha demostrado ser un factor influyente, aunque con resultados que pueden parecer contradictorios en diferentes estudios. Más allá de los ingresos y el nivel educativo, factores como el sexo masculino, el tipo de familia monoparental, el estatus

migratorio, ser hijo único, la obesidad materna, la alta exposición a pantallas y la escasa ingestión de fibra también han sido identificados como determinantes en el contexto familiar.

De especial relevancia es la influencia del *estilo educativo parental*, donde las familias de niños obesos pueden caracterizarse por ser sobreprotectoras, severas o con dificultades para resolver conflictos y expresar emociones. Se ha planteado una perspectiva psicológica profunda, donde el peso del menor puede simbolizar un lazo de unión y lealtad familiar, especialmente en familias donde los padres son obesos.

La pérdida de peso del niño, en estos casos, podría percibirse como una ruptura de ese lazo, llevando a que estas familias sean clasificadas como *centrípetas*, limitando la autonomía del niño y subordinando sus necesidades individuales a los valores e ideales familiares. Este análisis subraya la necesidad de un abordaje profundo de la familia, no solo como un grupo de socialización, sino como un *ente formador de la personalidad* y un actor clave en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil.

En síntesis, este capítulo ha delineado la obesidad infantil como un *problema complejo y multifacético* que requiere una comprensión integral. Desde su magnitud epidemiológica y sus devastadores impactos físicos y psicológicos, hasta las complejidades de su definición

conceptual, los métodos de evaluación y la intrincada red de factores causales, incluyendo el entorno familiar, se hace evidente que su abordaje debe ser *multidisciplinar, intersectorial, preventivo y participativo*.

información presentada refuerza la idea de que la intervención debe comenzar en etapas tempranas, sentando las bases para hábitos saludables y una adecuada formación en torno a la alimentación. La consideración de la obesidad no solo como una enfermedad sino también como un factor de riesgo exige estrategias de tratamiento que sean personalizadas y que, fundamentalmente, *reconozcan y aborden la dinámica familiar* como un componente indispensable para el bienestar integral del niño.

CAPÍTULO II. EL COMPONENTE PSICOLÓGICO EN LA OBESIDAD

Villaseñor, et al. (2006), señalan en la definición de la obesidad, su etiología de carácter psicológico. Esto indica la necesidad tratar desde el punto de vista psicológico el problema de la obesidad, ya sea para abordar las causas como los factores cognitivos, afectivos y ambientales que sustentan este problema de salud que desde la Psicología indican atender las creencias, los estados emocionales, así como los hábitos y costumbres; aunque desde la Psicología no se fijan características personológicas relacionadas con la obesidad (Remesal, 2008).

Existen diversas investigaciones (Amaro y Flores, 2017; Messerli, et al. 2018; Lacunza, et al. 2015) que han estudiado los distintos factores psicológicos en relación con la obesidad. Amaro y Flores (2017) en su revisión sistemática obtienen como resultado que los niños obesos en edad preescolar muestran una relación entre el temperamento de reactividad negativa y una escasa autorregulación. Por su parte, Morales (2010) señala que los niños relacionan la obesidad con rasgos negativos, desarrollando una actitud negativa hacia los sujetos obesos.

En relación con esta actitud, Pallares y Baile (2012) mencionan que los propios niños obesos muestran prejuicios hacia los niños sobrepeso, asumiendo también conductas inadecuadas. Estos autores refieren los

sentimientos de exclusión social que experimentan estos menores frente a la moda y las actividades que la sociedad en función de la delgadez promueve.

Sin embargo, se han desarrollado otros conceptos útiles en la comprensión del comportamiento de los niños obesos, Radoszewska (2017) propone como determinantes psicológicos aspectos relacionados con la familia, en particular la relación madre-hijo y el escaso control debido a las relaciones familiares, cuestiones tratadas en los factores relacionados con la familia. Esta autora, sin embargo, propone otros factores como la experiencia corporal y la imagen corporal.

Sobre la experiencia corporal, la autora plantea, desde el enfoque psicosomático, es un problema para las personas obesas. Estas personas no asignan el nombre indicado a las experiencias con su cuerpo. La dificultad para identificar las sensaciones corporales provoca que estos sujetos no puedan satisfacer el hambre y la saturación de manera adecuada. Se señala el escaso conocimiento que tienen esas personas de sí misma. Esto se relaciona con el concepto del cuerpo.

En relación a la imagen corporal, la mayoría de los profesionales de la psicología consideran, es una dimensión fundamental que ayuda a distinguir a los individuos obesos de los que presentan una masa corporal saludable. La imagen corporal se relaciona con la apariencia física. En el

concepto se fijan dos elementos fundamentales: la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo (Schwartz, et al. 2004). El sujeto obeso tiende a distorsionar las dimensiones de su propio cuerpo.

Estas distorsiones pueden suceder por una sobreestimación o subestimación del tamaño del cuerpo, en particular ocurren en una subestimación de las dimensiones de algunas partes del cuerpo. Cuando la distorsión es en relación al cuerpo completo, estos pacientes subestiman sus dimensiones, parecido a los pacientes con anorexia nerviosa. Rosen (2002) plantea que aun cuando los pacientes logren perder peso, las distorsiones originadas suelen ser constantes y duraderas.

El otro elemento fijado en el concepto de imagen corporal es el concepto de cuerpo, el cual se relaciona con la actitud hacia su cuerpo. Los sujetos obesos no muestran satisfacción con su cuerpo y se muestran preocupados con su apariencia, esto hace que tiendan aislarse socialmente. Experimentan emociones negativas hacia sus cuerpos. Su insatisfacción es mayor que la de la persona delgada. En estos casos, el individuo tiene una baja autoestima, que constituye la crítica internalizada de los sujetos que lo rodean, según plantea en un estudio (Rosen, 2002).

Las personas obesas parecen tener una distorsión particular de la imagen del cuerpo, que les hace mantener la obesidad, de manera constante (Radoszewska, 2017). Esta misma

autora plantea que una persona obesa que tiene la imagen distorsionada se caracteriza por:

- Una gran fijación por la apariencia del otro.
- La opinión de que la apariencia de la otra media de manera negativa en la evaluación de sus logros y actividades;
- Evadir situaciones sociales producto de la apariencia física.
- Máxima preocupación en ocultar su cuerpo o experimentar repulsión hacia él.

La manera de notarse a sí mismo se apoya en la idea errada que lo que requieren es realizar cambios en su cuerpo para mejorar su funcionamiento emocional, social y cognitivo. Los padres, por lo general la madre, ven a sus hijos más delgados, de lo que en realidad son. Esta distorsión de la madre sobre la imagen corporal del hijo con obesidad es por subestimación, lo que afecta la adherencia por parte de la familia a la intervención del comportamiento obeso (Nuño, et al. 2017).

De acuerdo a la personalidad del niño obeso, Remesal (2008) precisa que no se puede determinar un tipo de personalidad, no obstante, existen características que se relacionan con la obesidad. Amaro, et al. (2017) mencionan la reactividad negativa del temperamento y la pobre autorregulación.

Por otra parte, Morales (2010) explica que las actitudes de

los menores obesos con respecto a la obesidad señalan su preferencia por los niños con el peso normal o adelgazado, con los niños con discapacitados, mientras que muestran rechazo hacia otros niños obesos. Ellos relacionan el exceso de peso con rasgos negativos el descuido, ala holgazanería. La relación entre depresión y obesidad infantil es reconocida en diferentes investigaciones. Se plantea que afecta más a las niñas. La depresión no es solo un efecto de la obesidad, sino que puede anteceder a este trastorno (Morales, 2013). Es decir, la autoestima guarda relación con la obesidad infantil, pero esta se presenta de manera contrapuesta. Ortega, et al. (2015) mencionan que los niños obesos se valoran a sí mismo poco, se creen con menos habilidades, fracasados, en los ámbitos en los que participa. Con respecto a otros trastornos psicológicos Duelo, et al. (2009) plantean que los niños obesos presentan, con respecto a los niños de peso normal, grandes problemas en la maduración psicológica y en el ajuste social en grado significativamente mayor a los niños con peso normal, en especial las niñas. En los TCA, la obesidad según algunas investigaciones constituye un factor de riesgo. También es un factor predisponente de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La obesidad junto a la baja autoestima, los ayunos y los trastornos afectivos pueden funcionar como factores predisponentes o de sostenimiento del trastorno (Morales, 2018).

Según Lombardo-Aburto, et al. (2011) no hay una relación directa entre la obesidad, los trastornos del sueño y el rendimiento académico. Este análisis a grandes rasgos de los factores psicológicos y su relación directa o indirecta resulta oportuno y necesaria para determinar cuáles de ellos pueden estar influyendo en la evaluación e intervención de la obesidad.

2.1. Fobias asociadas a la obesidad

El miedo está en la vida del ser humano. Esta emoción en varias situaciones ha salvado la vida del hombre. Es una vivencia propia de la existencia humana (Cabañas, et al., 2018). En los niños, el miedo es normal (Jiménez, 2018). Este tiende a desaparecer en la medida que el niño va creciendo. De no ocurrir así, y manifestarse de forma intensa, habitual, sin una función adaptativa y entorpeciendo la actividad del menor, entonces el miedo es patológico y requiere atención médica. Entre el 30% y el 50% de los niños tienen miedo; aunque no en todos, es patológico (Güerre y Ogando, 2014). El miedo deviene fobia cuando ha dejado de ser un comportamiento natural en el niño y afecta su salud física y mental.

La fobia se define como un miedo intenso y persistente hacia objetos, animales, situaciones o acciones específicas, que se perciben como peligrosos, aunque el peligro sea irreal o desproporcionado. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), en la quinta edición de su Manual

Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) publicado en 2014, clasifica las fobias dentro de los trastornos de ansiedad.

Desde esta perspectiva, el individuo experimenta un alto nivel de ansiedad al enfrentarse al estímulo fóbico. La amplia gama de estímulos que pueden desencadenar este miedo da lugar a la existencia de diversos tipos de fobias, como la fobia social (miedo a las interacciones sociales), la neofobia (miedo a lo nuevo) y la zoofobia (miedo a los animales). El DSM-5 establece los siguientes criterios para el diagnóstico de una fobia:

- A. Miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, las alturas, los animales, las inyecciones o la sangre).
- B. *Nota:* En los niños, este miedo o ansiedad puede manifestarse mediante llanto, rabietas, inmovilidad o aferramiento.
- C. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca una respuesta inmediata de miedo o ansiedad.
- D. La persona evita activamente el objeto o la situación fóbica, o la enfrenta con un miedo o una ansiedad muy intensa.
- E. El miedo o la ansiedad es desproporcionado en relación con el peligro real que plantea el objeto o la situación específica, y teniendo en cuenta el contexto sociocultural.

- F. El miedo, la ansiedad o la evitación son persistentes, y suelen durar seis meses o más.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa un malestar clínicamente significativo, o un deterioro en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes de la vida.
- H. El trastorno no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones relacionadas con ataques de pánico (como en la agorafobia); objetos o situaciones vinculados a obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdos de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés postraumático); la separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Se utilizan códigos específicos para clasificar la fobia según el objeto o la situación que la desencadena. A continuación, se ofrece la tabla 2, contentiva de las especificaciones del tipo de fobia según el estímulo fóbico:

Tabla 2.
Especificaciones del tipo de fobia según el estímulo fóbico

Códigos	Tipo de fobia
300.29 (F40.218) Animal	Miedo a animales (por ejemplo, arañas, insectos, perros).
300.29 (F40.228) Entorno natural	Miedo a elementos del entorno (por ejemplo, alturas, tormentas, agua).
300.29 (F40.23x) Sangre-inyección-herida	Miedo a agujas, procedimientos médicos invasivos o la visión de sangre.
<i>Nota de codificación:</i> Se debe seleccionar el código CIE-10-MC específico: F40.230 (miedo a la sangre), F40.231 (miedo a las inyecciones y transfusiones), F40.232 (miedo a otra atención médica) o F40.233 (miedo a una lesión).	
300.29 (F40.248) Situacional	Miedo a situaciones específicas (por ejemplo, aviones, ascensores, espacios cerrados).
300.29 (F40.298) Otra	Miedo a situaciones diversas (por ejemplo, situaciones que pueden provocar ahogo o vómitos; en niños, sonidos ruidosos o personajes disfrazados).
<i>Nota de codificación:</i> Si la persona tiene fobia a más de un estímulo, se deben registrar todos los códigos CIE-10-MC correspondientes (por ejemplo, el miedo a las arañas y a viajar en avión se codificaría como F40.218 y F40.248).	

Nota. Tomado del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), adaptado por Cedeño (2025).

Estas fobias específicas son comunes en toda la sociedad (Guimarães, 2015). Se estima una prevalencia del 10 % (Sosa y Capofons, 2014), siendo mayor que la de los trastornos afectivos y abuso o dependencia de sustancias. En Estados Unidos, las fobias específicas presentan una prevalencia anual entre el 7 y 9%, mientras que en países europeos está aproximadamente en un 6%.

En Asia, África y las naciones de América Latina, la prevalencia es entre 2 y 4%, las cifras más bajas (APA, 2014). De acuerdo, a la edad, en los niños la prevalencia es de un 5% (APA, 2014). Entre 2 y 4% son las cifras en Asia, África y los países de América Latina, las más bajas. (APA, 2014). Según la edad la prevalencia es de un 5% en niños y del 16% en sujetos de 13 a 17 años, mientras que en las personas mayores es entre 3 y 5% (APA, 2014).

El análisis de la conducta del menor frente al estímulo fóbico no es único, sino que hay distintos enfoques que tienen en cuenta en su explicación los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales (tabla 3) que intervienen en la adquisición de la fobia. A continuación, se presenta la descripción de los factores que participan en las FE

Tabla 3.

Descripción de los factores que participan en las FE

Vulnerabilidad biológica genética.	Señala los aspectos biológicos que pueden propiciar el desarrollo de las FE, entre ellos, tener un sistema nervioso autónomo inestable en constante estado de alerta más que en estado relajado. La Heredabilidad familiar como causa de padecer el trastorno, como tener un familiar próximo con fobia, aumenta la probabilidad de que el sujeto sufra del trastorno
Vulnerabilidad psicológica generalizada cognitiva	Indica los rasgos de la personalidad, la formas de ser o pensar del sujeto, lo que repercute en la percepción del sujeto de determinadas situaciones, valorándolas como difíciles, incontrolables, peligrosas, debido a un desarrollo psicológico del menor mediado por pautas de crianza inadecuadas como la sobreprotección o el autoritarismo.
Vulnerabilidad psicológica específica	Involucra la vulnerabilidad biológica, psicológica generalizada. y las vivencias de aprendizaje concernidas a los estímulos fóbicos originando un condicionamiento clásico u operante. La ansiedad se

muestra en situaciones concretas que son apreciadas como peligrosas. Las vivencias de aprendizajes que conducen a los sujetos adquirir las FE son diversas: haber tenido una vivencia negativa con el estímulo fóbico de manera directa, la recepción de información amenazante por diferentes vías, la intensidad y la frecuencia de la vivencia negativa vivida, así como el reforzamiento de la conducta ansiosa, determinan en el desarrollo y mantenimiento de la fobia.

Nota. Tomado de Barlow (2002) citado por Cairós (2019)

En relación a la fobia con respecto a la obesidad, encuentras en la literatura diversos términos que la identifican, así encuentras el término Pocrescofobia u obesofobia Aquí se identificará obesofobia La pocrescofobia es el miedo irracional a los individuos obesos o al hecho de incrementar el peso. El término en inglés con el que se identifica, "fat phobia", fue declarado por B. E. Robinson y J. O'Reilly, como resultado de una investigación en Minnesota, Estados Unidos en 1984, sobre la insatisfacción en aquella ciudad hacia las personas obesas (Álvarez, 2015).

La literatura describe a los individuos con esta fobia como personas que se obsesionan con el deseo de bajar de peso

(Quirós, 2019) En este empeño de perder peso de manera expedita, aparece la ansiedad. La ansiedad que provoca no querer subir de peso o puede provocar todo lo contrario, lo que provoca desencanto y sensación de fracaso en estos pacientes. Algunas de estas personas pueden llegar a experimentar depresión.

La pocrescofobia, según los expertos en el tema, puede hacer que brote otra fobia, el miedo irracional a aumentar de peso, en inglés (weight phobia). Este último tipo de fobia, es concebido por Arthur H. Chrisps, quien con ella hace referencia a los sujetos que padecen de anorexia nerviosa, trastorno psicológico común en la población infanto-juvenil, que se describe a partir del rechazo persistente hacia los alimentos, y en el que las personas se provocan vómitos y presentan una delgadez extrema.

Por otro lado, también se considera pocrescofóbicos, a aquellos individuos que sienten miedo hacia las personas obesas. Estas personas por lo general, muestran rechazo, temor a este tipo de personas, pues piensan que pueden dañados por ellos. También en el comportamiento de estas personas influyen las ideas establecidas por la sociedad sobre que si tienes un cuerpo sano tendrás a una vida sana o la necesidad de practicar ejercicios para tener una buena salud, que, aunque contribuyen al cuidado de la salud del sujeto, logran presionar al sujeto y este comienza a experimentar miedo a aumentar de peso o de no perder

peso.

Para detectar esta fobia es necesario recibir atención médica. Al tratarse la obesofobia, una fobia específica (FE), los tratamientos que pueden recibir las personas son diversos. El tratamiento de esta y otras fobias específicas son necesarios para aumentar la calidad de vida de los que sobrellevan este trastorno. La intervención en los niños es más significativa, pues se trata de una población, en la que una alteración impacta en cada uno de sus ámbitos de interacción.

La intervención resulta necesaria, tanto por el niño como por la familia, que también sufre los efectos que genera este trastorno. Igualmente es oportuno intervenir porque los niños por sí solos no son capaces de resolver la situación que se crea producto del estímulo fóbico, menos en la infancia. De igual manera este tipo de fobia presenta una tasa de remisión natural baja (Bados, 2017; Delgado y Sánchez, 2019). Por otra parte, estos mismos autores, señalan que en los niños el desarrollo de fobias puede constituir una brecha para el apareamiento de futuros trastornos psicopatológicos.

Ante los síntomas generales que presentan las FE (tabla 4) se presentan las intervenciones. Los tratamientos para las fobias específicas han sido un tema recurrente en varios investigadores (Bados, 2017; Cabañas, et al. 2018; Delgado y Sánchez, 2019; Guimarães, et al. 2015; Güerre y Ogando,

2014; Olivares, et al., 2017; Vallejo-Slocker y Vallejo, 2016). En el análisis de las FE las intervenciones significan distintas posibilidades de modificar las conductas de las personas que las sufren.

Tabla 4.
Síntomas expresados en las FE

Áreas	Síntomas
Fisiológica	Ritmo cardíaco alto, opresiones, náuseas, sudoración, tensión muscular y problemas abdominales.
Conductual	Evitación, arrebatos de ira, llanto, apego y exceso de precaución, irritabilidad, sensibles a las críticas y poco asertivos con sus coetáneos.
Cognitiva	Exceso de preocupación por la evaluación social, percepción negativa de las situaciones sociales; diferentes temores.

Nota. Elaboración propia (2025).

En la primera mitad del siglo XX, los tratamientos para el manejo de las fobias se basaban fundamentalmente en el Psicoanálisis (Luque, 2017). El Psicoanálisis fue el primer intento terapéutico desde la Psicología, lejos de las intervenciones médicas tradicionales. Los tratamientos biológicos incluyen la terapia farmacológica. Esta terapia en el tratamiento de las FE, no ha demostrado resultados reveladores. Las propias investigaciones para demostrar su efectividad no garantizan totalmente su aplicación en estos trastornos (Ruiz, (2017). Aun así, se reconocen los

betabloqueantes y las benzodiacepinas, entre los fármacos más famosos en este tipo de tratamiento, dado que han evidenciado algún efecto, siendo estos inferiores a los alcanzados con las intervenciones conductuales. El tratamiento farmacológico se puede potenciar, entre otras condiciones, combinado con técnicas de exposición (Sosa & Capafóns, 2014).

Entre los tratamientos psicológicos más conocidos para modificar el comportamiento está la terapia cognitivo-conductual (TCC). Esta terapia incluye técnicas como la exposición en vivo (EV), la desensibilización sistémica, la realidad virtual, así como estrategias de la terapia cognitiva. Durante la intervención de la FE se emplean además la relajación muscular y la hipnosis. Es importante señalar que los terapeutas de conducta ajustan este grupo de técnicas propios del tratamiento de las FE, al periodo de desarrollo de las personas, en este caso a los niños.

Cada una de estas técnicas ha mostrado eficacia en el tratamiento de los diferentes síntomas que presentan los niños con fobia. En este sentido, Güerre y Ogando (2014) señalan la eficacia de la exposición en las intervenciones de estos trastornos en niños. También Santesteban, et al. (2016) basado en metaanálisis y revisiones de investigaciones aleatorias sobre el tema refieren la eficacia de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de los trastornos ansiosos y fóbicos en la infancia.

Otras técnicas reconocidas para la modificación de la conducta de los pacientes con fobia son el modelado participante y el reforzamiento. Entre las técnicas mencionadas la EV, se considera tratamiento de primera elección, al estimarse la técnica más eficaz. Su utilidad se enfatiza en la intervención de las fobias desde modalidad grupal y el uso estímulos positivos. Torrensts, et al (2015) desde un enfoque más general indican para el tratamiento el modelo cognitivo conductual para las FE. Menciona entre las técnicas a emplear: la reestructuración cognitiva, la relajación progresiva de Jacobson, las técnicas de modelado, la EV e imaginaria y la exposición mediante la realidad virtual.

Asimismo, Guimarães, et al. (2015) indican que en el ámbito clínico se confía en la EV, la realidad virtual por su efectividad y la desensibilización sistemática. Por su parte, Cabañas, et al. (2018) mencionan el modelado participante, el tratamiento en una sola sesión de Öst y la EV a las situaciones fóbicas. De igual forma Cárdenas, et al. (2016) alude la exposición, la técnica psicológica más efectiva para el tratamiento de fobias.

Todos los autores consultados coinciden en que en el ámbito la exposición es la intervención de elección para las fobias específicas como obesofobia, dada su efectividad, en el tratamiento de fobias de este tipo.

En cambio, Vallejo-Slocker y Vallejo (2016) apuestan por la

desensibilización sistemática, una de las primeras técnicas en la modificación de conducta, aun cuando en los momentos su aplicación se ha reducido, por las controversias que se han creado alrededor de los principios que la sustentan. Estos autores, a pesar de reconocer la vigencia actual de esta técnica, consideran que la misma sigue siendo útil mediante otros procedimientos terapéuticos.

En la Universidad de Murcia, el profesor Olivares (2017) del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Facultad de Psicología junto a otros colegas declaran a partir revisiones de investigaciones científicas, que la exposición es altamente aplicada, siendo la primera opción en el tratamiento de las FE, incluso sugiere esta intervención aun cuando FE no es tan intensa.

Otro punto interesante tratado por estos investigadores es la falta de credibilidad en el público fóbico debido al poco efecto que perciben en las intervenciones en el curso de la vida cotidiana, también por la percepción negativa sobre las propias FE (de difícil manejo o sin solución), por los resultados negativos obtenidos de un largo aprendizaje apoyado la auto exposición, así como por la posibilidad de requerir y exponerse a intervenciones que conllevan el afrontamiento del estímulo fóbico.

Esta situación descrita, a decir de los autores tienen lugar a pesar de la eficacia que ha demostrado la técnica exposición

ha mostrado, inclusive en personas con déficit cognitivo como en los menores con Síndrome de Down. Por último, manifiestan la necesidad de intervenciones ad hoc para estos trastornos. Bados (2017), Doctor en Psicología y profesor titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológico de la Universidad de Barcelona, especialista en Psicología Clínica y codirector de la unidad de Terapia de conducta, escritor de varios libros, publicaciones en revistas científicas y capítulos en obras colectivas, trata por lo general sobre los trastornos de ansiedad.

Este especialista en el tema considera las intervenciones más estudiadas y eficaces para las FE, la EV a las situaciones temidas, el modelado participante, la combinación de este con EV, también incluye el tratamiento en una sola sesión de Öst. Bados afirma que, con los niños, la EV, el modelado participante y el tratamiento en una sola sesión de Öst son tratamientos totalmente válidos, mientras que la desensibilización sistemática podría ser efectiva, pero requieren más estudios. Bados (2017) coincide con el estudio presentado por Menzies y Clarke en 1993, donde se declara la pertinencia de la técnica el modelado cuando se requiere enseñar habilidades, mucho más en niños, para garantizar el mantenimiento de los resultados alcanzados. En cuanto a la desensibilización sistemática, la reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO) y la exposición imaginaria piensa que son también efectivas,

pero menos que la EV y el modelado participante. Es importante el programa de mantenimiento controlado después del entrenamiento formal, ya que, el sujeto generaliza la exposición a situaciones fóbicas para disminuir la ansiedad y /o para la ejercitación de las habilidades indicadas.

De igual manera, Ruiz (2017) analiza los disímiles tratamientos para las fobias específicas. El docente reconoce la efectividad de los tratamientos basados en la exposición, en particular, la EV, considerándola el tratamiento de elección para resolver la mayoría de las FE, aunque señala un elevado número de pacientes que no confían en la técnica a pesar de sus resultados. También es reconocido por este autor, la desensibilización sistemática, exposición en imaginación, la exposición gradual o progresiva, el empleo de estrategias cognitivas, la utilización de recursos tecnológicos para la exposición como la realidad virtual, el uso de películas, fotografías, entre otros, con el objetivo de preparar a los sujetos para la EV.

Por el contrario, este autor señala la aceptación por parte de los pacientes de la desensibilización y exposición en imaginación, ya que no tienen que exponerse ante el estímulo fóbico y porque van a estar bajo las indicaciones del terapeuta, de esta manera resalta el empleo de la realidad virtual como una alternativa para hacer la exposición progresiva, debido a los beneficios tecnológicos

que ofrece. Delgado y Sánchez (2019) mediante estudios comparativos de los tratamientos cognitivos conductuales más empleados actualmente (la exposición en vivo, la desensibilización sistemática y la realidad virtual) han constatado la efectividad de los tratamientos de la FE. Asimismo, reconocen la utilidad de la realidad virtual, pero necesitan para generalizar los resultados otros experimentos clínicos y muestras de mayor tamaño.

De esta manera, se muestran evidencias de los diferentes tratamientos utilizados en las fobias específicas como lo obesofobia. Así, el terapeuta dispone de un arsenal de intervenciones con demostrada eficacia en esta fobia. Sin embargo, es necesario como en cualquier intervención considerar las características de los participantes. Para Terán (2020) una intervención debe estar ajustada a la situación de cada persona, a su proceso de aprendizaje, lo cual destaca el papel de lo psicológico favoreciendo la resolución del problema, después de determinar la dificultad y hacer el diagnóstico pertinente, en el cual se analicen los factores de riesgo y de protección.

La ausencia de tratamiento en personas que temen de manera excesiva ser obesos, puede traer como consecuencias otros trastornos como los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos, específicamente los Trastornos de evitación/restricción de la ingestión de alimentos. Según el DSM-5, este trastorno se define a través

de los siguientes criterios:

A. Trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos (p. ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:

1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños).
2. Deficiencia nutritiva significativa.
3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral.
4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.

B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.

C. El trastorno alimentario no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay anorexia nerviosa pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.

D. El trastorno alimentario no se puede atribuir a una

afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno alimentario excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención médica adicional. Especificaciones en remisión: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la ingestión de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado. En los Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos se incluye la Anorexia nerviosa y la Bulimia nerviosa, los cuales pueden ser consecuencias de las actitudes asumidas por los niños con respecto a la obesidad. La anorexia nerviosa también queda definida en el DSM-5, a través de los siguientes criterios:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo normal o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.

- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del peso corporal bajo actual.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para la anorexia nerviosa es 307.1, que se asigna con independencia del subtipo. El código CIE-10-MC depende del subtipo (véase a continuación) las siguientes especificaciones:

(F50.01) Tipo restrictivo: Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Este subtipo describe presentaciones en la que la pérdida de peso es debida, sobre todo, la dieta el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

(F50.02) Tipo con atracones/purgas: Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

Especificaciones en remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, el Criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un período continuado, pero todavía se cumple el Criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o comportamiento que interfiere en el aumento

de peso) o el Criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución). En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la anorexia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificaciones de la gravedad actual: La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la Organización Mundial de la Salud para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $\text{IMC} \geq 17 \text{ kg/m}^2$ Moderado: $\text{IMC } 16\text{--}16,99 \text{ kg/m}^2$
Grave: $\text{IMC } 15\text{--}15,99 \text{ kg/m}^2$ Extremo: $\text{IMC} < 15 \text{ kg/m}^2$

La bulimia nerviosa se caracteriza por:

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se define por los dos hechos siguientes:
 - a. Ingesta, en un período de tiempo determinado (por ejemplo, dentro de un período de dos horas), de una cantidad de alimentos que es claramente mayor de lo que la mayoría de las personas comerían en un período similar y en circunstancias parecidas.
 - b. Sensación de pérdida de control sobre lo que

se come durante el episodio (por ejemplo, la sensación de no poder dejar de comer o de no poder controlar la cantidad o el tipo de comida que se ingiere).

- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para prevenir el aumento de peso, como el vómito autoinducido, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, en promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. El trastorno no se presenta exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Especificaciones en remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un período continuado. En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificaciones la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede

aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: Un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: Un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Extremo: Un promedio de 14 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

2.2. Obesidad y Bullying

Desde etapas tempranas se adquieren y manifiestan comportamientos de rechazo hacia las personas con exceso de peso (López, et al. 2018). La apariencia física es punto de análisis (Contrera y Moreno, 2022) en los distintos espacios de la institución educativa (aulas, recreos, filas, etc.) desde la temprana infancia; siendo reflejo de los criterios de la sociedad (Adelard, 2022). La obesidad es parte de la apariencia física (Instituto Canario de Igualdad (ICI, 2020). El rechazo se presenta en el contexto escolar, este no está exento de estas actitudes; pues los niños y las niñas pasan parte de su tiempo en ese espacio.

El bullying proviene de la palabra en inglés Bull que quiere decir toro, lo que puede interpretarse actuar parecido a ese animal, lo cual implica atropellar todo y todos sin piedad

(Lugones & Ramírez, 2017). Este anglicismo, no tiene una traducción puntual en español. Se emplea por los diferentes investigadores para definir la amenaza que tiene lugar entre pares, con las siguientes características: intencionalidad, frecuencia de la conducta en el tiempo y desequilibrio de poder entre agresor y víctima (Herrera-López, et al. 2017. El bullying es un fenómeno estudiado a nivel mundial. Su prevalencia es distinta de un país a otro, inclusive de una comunidad a otra.

El término encontrado en español para el bullying es el concepto de violencia escolar o acoso escolar. Este incluye agresiones frecuentes e injustificadas de un alumno o un grupo de alumnos hacia otro, con el propósito de hacerle daño, física, verbal, psicológica o en sus relaciones (Estévez, et al. 2019). Relacionadas con el bullying se utilizan otras expresiones como: matonaje, acoso u hostigamiento.

Entre las características principales del bullying es que el agresor busca dominar y controlar a la otra persona a través de la violencia, en tanto la víctima no pueda huir o defenderse por sí misma (Acevedo, et al. 2019). Algunas expresiones de bullying según Hernández & Solano (2007) pueden ser: (a) Amenazas; (b) Ofensas (c) Rechazo, (d) Humillar; (e) Pegar (f) Iniciar rumores, (g) Motes crueles; (h) Bromas pesadas, (i) Imputaciones injustas y (j) Hurtos.

Entre los escolares pueden ocurrir disgustos, peleas, que pueden constituir simples problemas o convertirse en acoso

escolar. Los estudios sobre el bullying son iniciados por Olweus (1995). en la década de 70 del siglo pasado. Estos se iniciaron con el objetivo de conocer las causas del suicidio en algunos adolescentes. En su investigación, Olweus (1995) descubrió que los jóvenes que se suicidaron fueron víctimas de agresiones físicas y emocionales por parte de sus compañeros de colegio. Así, en 1978, Olweus hizo su primer artículo sobre el tema, con el título "La agresión en las escuelas: los bullyies y niños agresivos".

Después de las investigaciones de Olweus (1995) sobre la violencia escolar y sus secuelas, el Ministerio de Educación de Noruega comienza una campaña de sensibilización sobre el tema, realizando acciones de prevención antibullying, desde lo institucional y lo gubernamental, en instituciones escolares públicas o privadas (Acevedo, et al. 2019). A finales de la década del 80, tras los lamentables sucesos con los adolescentes, el bullying se fue convirtiendo en un fenómeno interés para toda Europa. Algunos países europeos pioneros en estos estudios fueron Inglaterra, Finlandia, España y Suecia.

Este autor señala que las manifestaciones de violencia en niños y adolescentes en la escuela, se pueden dar en formas como el maltrato e intimidación entre iguales, dado por abuso de poder o por el propio abuso. El término que emplea es bullying, considerando como esencial la relación de desequilibrio entre el agresor y la víctima. También Piñuel

y Cortijo (2016) estiman el bullying o acoso escolar un grupo de conductas agresivas, definidos por la intencionalidad, la repetición y el desequilibrio de poder, donde el final es dañar a otros, que son las víctimas de los ataques frecuentes. En el bullying, estos autores señalan que el acoso y la victimización son factores permanentes en el entorno escolar.

Las acciones descritas no tienen una única explicación, pero según Lugones y Ramírez (2017), pero se pueden determinar los factores que influyen:

- Factores psicológicos: trastornos psicológicos.
- Factores escolares (pobre participación en las actividades del grupo, escasa relación con los compañeros, déficit en la comunicación entre alumno y profesor, falta del referente de autoridad en el centro escolar, etc.).
- Factores familiares (estilos parentales inadecuados, antecedentes familiares de enfermedades mentales). familia disfuncional, etc.).
- Influencia del grupo de amigos.
- Variables personales (baja autoestima, apariencia física, falta de habilidades sociales, nerviosismo excesivo, discapacidad, ser parte de minorías étnicas, raciales o culturales, etc.).

- o Influencia de los medios de comunicación.

El nivel de influencia de estos factores no está precisado, pero se conoce que el surgimiento del bullying tiene que ver con más de un factor. Pero, en el bullying sí está bien definido que hay una asignación de roles, que incluyen: agresor, víctima, provocador y testigos (Alves, et al. 2017; Herrera-López, et al. 2017; Herrera-López, et al. 2018; Lugones & Ramírez, 2017).

El agresor puede ser uno o varios, puede actuar por sectores o al unísono. Este niño actúa sobre los niños más débiles o menores, tiende a agredir, pero asimismo encuentra agresores que le intimidan y acosan. La víctima le sirve al agresor, de diana de degradaciones, hostigamiento, blasfemias y golpes del agresor. Está el provocador que a veces es víctima. Este niño presenta problemas para relacionarse con los demás, es objeto de acoso por parte de sus compañeros, pero para arreglar sus problemas asume el enfrentamiento y la provocación. Los testigos son los que observan el acto del bullying, estos pueden estar o no implicados, pueden interceder para auxiliar, prevenir o contener la agresión, o no implicarse en ella o hacerlo para alentar a que ocurra el bullying (Hernández & Solano, 2007). Los efectos del bullying son duraderos en el tiempo en las personas que son víctima de bullying. Entre los daños que puede causar este fenómeno están: absentismo, estrés extendido, dificultades en el aprendizaje, miedo al entorno

escolar, bajo rendimiento académico, depresión, ansiedad, angustia, y el más grave de todos: el suicidio (Estévez, et al. 2016). También se considera una consecuencia la sobrevaloración de la violencia como mecanismo para conseguir objetivos, lo que favorece la generalización de conductas pre delictivas.

Las constantes investigaciones sobre el tema hicieron que este concepto fuera ampliado más tarde por el propio autor al afirmar que el bullying es un comportamiento de asecho físico o psicológico, que ocurre entre alumnos, donde uno es víctima de frecuentes ataques. La intencionalidad y prohibición del agresor hace que la víctima se le haga difícil salir de la situación con sus propios recursos. En esta definición hace alusión a los efectos que provoca sobre la víctima, el acoso.

Desde finales del siglo XX hasta la actualidad, son habituales los análisis del fenómeno bullying, pero contradictoriamente es alta prevalencia, los actos de violencia son cada vez más habituales en el conector escolar. Al principio se consideraba la violencia escolar como actos crueles leves, pero, en la actualidad se relacionan con patrones relacionados con violencia física y verbal (Acevedo et al., 2019).

Entre las modalidades de acoso escolar se describen 8, las que incluyen: bloqueo social, manipulación, hostigamiento, exclusión social, coacciones, intimidación, agresiones y amenazas (Lugones & Ramírez, 2017). Estas expresiones

hacen del bullying un factor estresor del ambiente escolar que debe ser combatido a partir del trabajo conjunto profesores y estudiantes.

Después de tratar las características generales del bullying evidente que está relacionado con la obesidad. Se ha empleado para discriminar y rechazar a los niños obesos. En general las personas obesas refieren acoso escolar o algún tipo de discriminación por su cuerpo tanto en la niñez como en la adolescencia, trayendo como consecuencia cambio, de institución escolar o deserción escolar (ICI, 2020).

Algunos investigadores (De Domingo & López, 2014; Solbes, et al. 2018) destacan que un alto por ciento de la población infanto-juvenil que sufre de sobrepeso y obesidad, también sufre bullying. Este fenómeno ocurre fundamentalmente en la escuela, aunque también en el seno de la familia se puede observar esta conducta negativa. En la escuela, el bullying lo ejercen aquellos pares que tienen menos peso.

Las víctimas de bullying por obesidad presentan aislamiento social, depresión, baja autoestima, disminuyen el rendimiento y deserción escolares, el estrés emocional, las dificultades para hacer amigos, la ansiedad y los problemas conductuales (De Domingo & López, 2014; Solbes, et al. 2018; Vázquez-Juárez, et al. 2015) mencionan entre las secuelas del acoso escolar.

La obesidad se presenta como factor de riesgo en el bullying

(Vázquez-Juárez et al., 2015). Para estos autores, la obesidad es un rasgo de la persona que propicia el bullying, convirtiendo al menor en víctima en el contexto escolar debido a esta característica personal. De esta manera, los autores explican las altas probabilidades que tienen los niños obesos de padecer acoso escolar, mucho más debido a sus características físicas.

Sobre el rol de los niños obesos en el bullying, Ortega (2018), Vázquez-Juárez, et al. (2015) apuntan que, estos niños, por lo general, son víctimas, aunque también suelen ser agresores. Vázquez-Juárez et al. (2015) también señalan que el bullying comienza en la etapa preescolar y se agudiza primaria y secundaria.

Sobre la relación del peso y el acoso escolar hay varias ideas. Algunos autores como Shen, et al. (2020) confirman una relación entre el estado de peso y la intimidación en los contextos escolares. Aunque especifican la falta de datos con respecto la asociación específica entre el sobrepeso o la obesidad y el acoso escolar. Para estos resultados los investigadores cuentan con la evidencia de 26 estudios que confirman dicha relación, donde tanto los niños como las niñas con sobrepeso u obesos sufren acoso escolar.

Contrario a lo expuesto hasta el momento, Jimbo, et al. (2022) en un estudio realizado a un grupo de niños y adolescentes, concluye que el bullying no se relaciona con la malnutrición, no constituye una condición para ejercer el

rol de víctima, agresor o víctima agresor, ni incluso para los sobrepesos u obesos.

Resulta claro, como señalan Vázquez-Juárez, et al. (2015), que tanto la obesidad como el bullying son problemas de salud que deben ser tratados de manera integral, pues son problemas que trascienden el plano individual y que requieren del apoyo de la familia, la escuela y la comunidad para ser superado. Además, se debe tener en cuenta que son fenómenos que pasan por el prisma subjetivo, por lo que todos no reflejan y expresan de igual manera su subjetividad. La prevención del acoso escolar en cualquiera de sus modalidades debe incluir la participación activa de la familia y la escuela. Olweus (1995), señaló que para garantizar la eficacia de los programas de prevención del bullying se deben tener en cuenta dos elementos: la participación de adultos y competentes para la implementación.

2.3. Tratamientos psicológicos

La población infantil obesa presenta además de problemas físicos, sufre problemas de salud mental como ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, baja autoestima, acoso escolar, deficiencias psicosociales, problemas de adaptación escolar y acoso escolar (Ri & Sook, 2020).

Diferentes autores entre ellos García y Ortega (2022) y Baile, et al (2020) estiman importante el tratamiento de los factores psicosociales, por su impacto en la formación y mantenimiento de la obesidad; a diferencias de otros que no

les prestan atención. Es que la mayoría de las intervenciones sobre la obesidad tratan a nivel nutricional, psicoeducativo y actividad física. Ante esta realidad se hace necesario analizar los factores psicológicos. Rojas, et al (2019) plantean la necesidad de abordar la obesidad desde la perspectiva psicológica y con una perspectiva que considere las causas de este tipo que mantienen la enfermedad.

La Federación Mundial de Obesidad (World Obesity Federation [WOF]) en su definición de la obesidad, asume es una enfermedad crónica, destaca la necesidad de la prevención y control de esta (Bray, et al. 2017). Así, la prevención deviene como un tratamiento importante en la obesidad. La prevención conlleva un análisis particular de las causas, y su aplicación, según las edades, para que ofrezca los resultados esperados. El conocimiento de la prevalencia del trastorno en la población estudiada, así como las causas son esenciales.

Además de la prevención en el tratamiento de la obesidad se señalan otras opciones. El tratamiento médico de la obesidad según Díaz, et al (2018), se sustenta en recombinación de las tareas siguientes:

- Disminución de la ingestión de calorías: en este caso es necesario limitar la ingestión de alimentos si el niño se alimenta en exceso, en especial hay que prestar atención al aporte calórico para su regulación y cambiar el balance energético de positivo a negativo. A pesar de la variedad de

dietas para alcanzar ese propósito es el necesario recibir la atención médica de un endocrino.

- Incremento del gasto energético: en este sentido debe orientar la práctica de ejercicios físicos en los pacientes debido al excesivo aporte calórico y el estilo de vida sedentaria que asumen estos pacientes.

El tratamiento farmacológico se emplea después de orientar la dieta y los ejercicios y no alcanzar los resultados deseados (García & Creus, 2016). Entre los medicamentos utilizados Díaz, et al (2018), señalan: Orlistat, fármaco que impide en parte la acción de la lipasa pancreática; ibutramina, priva de la recaptación de serotonina y noradrenalina, aumentando el gasto calórico. La pérdida moderada de peso es el principal propósito de los fármacos citados, lo cuales se utilizan junto con dietas discretamente hipocalóricas. Se alerta sobre el irresponsable uso de píldoras adelgazantes. Bajo ningún concepto puede recomendarse el empleo de píldoras adelgazantes que producen, las que provocan problemas, cardiovasculares, endocrinológicas, electrolíticas y neuropsiquiátricas.

García y Creus (2016), también abogan por las acciones educativas para fomentar los hábitos sanos y la preparación en la detección y localización temprana de los cambios producto de la ganancia ponderal que identifica el sobrepeso y la obesidad. Estas acciones forman parte de la psicoeducación como intervención en la obesidad infantil

Díaz, et al (2018) señalan que en la educación del paciente y su familia es un instrumento de soporte.

En este proceso se comunican las características del trastorno que padecen para que logren su comprensión y afronten de manera adecuada las situaciones relacionadas con el problema de salud que presentan. La psicoeducación incluye reforzar las fortalezas, los recursos y destrezas del individuo para a mediano y largo plazo mejorar su salud. La Psicoeducación considera necesario brindar y desarrollar las herramientas necesarias en la persona para que sea capaz de entender su enfermedad y el tratamiento asumido y adoptar una conducta adecuada con su autocuidado. Las formas de desarrollar esta intervención.

Estas pueden incluir al paciente de manera independiente, en familia, en grupo, en diferentes contextos. El tiempo dedicado a la psicoeducación varía de acuerdo a las necesidades de los pacientes, así que tomar días, meses o años. La Psicoeducación puede estar orientada a brindar información o a transformar el comportamiento. La primera opción se requiere algunas sesiones, entre 1 y 6. Sin embargo, la segunda involucra un mayor número de sesiones y más tiempo para prevenir, estabilizar los hábitos, la reestructuración de pensamientos negativos relacionados con la enfermedad, entre otras acciones. Dadas las acciones descritas los autores estiman el contexto educativo, el espacio óptimo para fomentar la creatividad del niño y

desarrollar comportamientos sanos. (Barreira y Balsa, 2011). En el tratamiento quirúrgico se incluyen un grupo de técnicas médicas, las cuales buscan es modificar la anatomía gastrointestinal para reducir la ingestión y absorción de alimentos a través de una cirugía.

Sobre los tratamientos anteriores, farmacológicos y quirúrgicos; Ceballos-Macías, et al. (2018) plantean no ser la primera elección para lograr la pérdida de peso, y utilizarse cuando los tratamientos psicológicos principales no hayan respondido. Se sugieren en casos extremos de obesidad. Como parte de las generalidades necesarias a conocer para el adecuado manejo de la obesidad, se señalan algunas cuestiones importantes. Entre los objetivos del tratamiento de la obesidad, García y Creus (2016) apuntan los siguientes:

- Reducir los riesgos asociados a la obesidad.
- Evitar la obesidad en la niñez o la adolescencia.
- Diseñar teniendo en cuenta la prescripción dietética, la modificación de la conducta, el incentivo a la práctica de ejercicios físicos y los medicamentos.
- Aplicar el tratamiento farmacológico.

Las opiniones de los investigadores coinciden en plantear que el tratamiento de la obesidad se ha dirigido al plano individual en busca de disminuir la ingesta calórica,

promover una alimentación sana y aumentar la actividad física (Ramos-Pino & Carballeira-Abella, 2021). En cambio, desde una perspectiva grupal, de la sociedad, la intención es desarrollar políticas y campañas para impulsar prácticas saludables y la producción de alimentos, por parte de la industria de los alimentos.

Distintos autores como Del Águila (2014); Maldonado, et al. (2023) aseguran que las estrategias deben desarrollarse en la escuela, contexto en el que los niños están por mucho tiempo. También porque es la etapa óptima para la formación de hábitos alimentarios, los niños cumplen cinco años, inician la etapa escolar (Lermanda, et al., 2023 en Maldonado, et al., 2023). Así también, porque constituye un espacio en el que se deben promover prácticas saludables de vida. De igual manera, la escuela se considera idónea por larga trayectoria académica que posee.

En los tratamientos para niños es necesario incluir a la familia. LeBlanc, et al (2012) señalan la educación de la familia en diferentes temas relacionados con la ingestión saludable de alimentos, como estrategia para garantizar su preparación en la formación de hábitos saludables, el desarrollo el hábito del desayuno y alimentación sana.

Otro factor importante en el éxito de las intervenciones, es la participación del sujeto en la propuesta. Esta debe ser activa y el menor ser sujeto y objeto en la misma. Así, tiene la posibilidad de analizar y discutir sobre su tratamiento. Una

posición contraria a esta, pone en peligro el éxito de la intervención. Durrer, et al. (2019) plantean que, la búsqueda de alternativas con la ayuda del personal de salud debe desarrollarse frente a un sujeto que no es capaz de hacer las acciones de intervención sugeridas.

La intervención de la obesidad debe trascender su limitado propósito de reducir el peso corporal. Para alcanzar dicho objetivo se apoya en tratamientos que se basan en los cambios de dieta y los ejercicios físicos. Así también, con la aplicación de medicamentos o cirugías según el caso (González, et al. 2017). De ahí, que se defiende la importancia de un tratamiento integral. Este se concibe como un grupo de tareas que se originan del análisis particular del individuo con sobrepeso u obeso.

Como es obvio, involucra los diferentes tratamientos, médico, de rehabilitación, nutricional y psicológico con el objetivo modificar los modos de vida del sujeto, mejorar su calidad de vida, así como reducir los daños para la salud (Diario Oficial de la Federación, 2018). El tratamiento integral de la obesidad está sustentado en guías de práctica clínica para el tratamiento de la enfermedad, las cuales son expedidas en distintas instituciones médicas (Jensen, et al. 2014; Garvey, et al. 2016).

Múltiples investigaciones sugieren el tratamiento integral o multidisciplinario en el momento de intervenir la obesidad pediátrica. Pero la terapia cognitiva conductual (TCC) ha

acaparado el interés por los síntomas que presentan los niños con obesidad, entre estos están la depresión, la impulsividad, la deformación de la imagen del cuerpo, así como problemas en el control de los estímulos y las emociones (Ri &Yong, 2020).

Guillén (2014) apunta que la Psicología es una disciplina científica que ha mostrado interés por la obesidad. El problema de la obesidad se ha analizado desde diferentes paradigmas desde la Psicología. La atención de la Psicología en la obesidad, está en las variables psicológicas comórbidas con ella como: depresión, dependencia, autopercepción y autoconcepto, autoestima, imagen corporal, las familias de las personas con obesidad, factores que favorecen los trastornos alimentarios para su prevención y tratamiento.

Lafuente (2012) describe que las terapias psicológicas para tratar la obesidad en la población infanto -juvenil, se utilizan desde hace un tiempo. Actualmente se emplea en propósitos diversos como la motivación del sujeto, el cumplimiento del programa de intervención, el entrenamiento a los contextos de interacción, entre otros. Entre las técnicas mencionadas para alcanzar dichos objetivos sobresalen la terapia conductual de la obesidad basada en la familia y la escuela, la automonitorización, el control estimular, la resolución de problemas, entre otros. Como se mencionaba antes, son diversos los enfoque desde

la Psicología que han aportado al tema de la obesidad. Sin embargo, tienen un reconocimiento especial, el enfoque Cognitivo Conductual y el Psicoanálisis. El enfoque Cognitivo Conductual ha formado parte en el procurado tratamiento integral de la obesidad. Distintos autores (Baile, et al. 2020; Sabalette, et al. 2017) reconocen su efectividad en la psicoterapia orientada al tratamiento clínico y educativo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Recién, se supo de la recomendación, del Comité de Obesidad Pediátrica de la Sociedad Coreana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, de la TCC, dado los beneficios para el tratamiento de la obesidad infantil (Yi, et al. 2019).

Esta intervención se tiene en cuenta la intervención conductual, la cual se sustenta en los fundamentos del conductismo y su objetivo es suprimir comportamientos que entorpecen el desarrollo del sujeto en la sociedad (González, et al. 2014). Es una de las más sistematizadas como tratamiento. Esta terapia emplea el principio básico de esta teoría, el condicionamiento operante, a través de técnicas como el reforzamiento (negativo o positivo). Santesteban, et al. (2016) consideran que intervenir desde este enfoque además de modificar la conducta, desarrolla habilidades para el manejo de las oportunidades que encuentra en los diferentes contextos (familia, escuela y comunidad) logrando un mejor ajuste al medio. A pesar de los beneficios de la

intervención conductual, esta no muestra evidencias científicas de sus efectos positivos, a largo plazo. Al respecto, existen investigaciones que refieren bajos o moderados efectos positivos con esta intervención (Peirson, et al. 2015). La terapia cognitivo-conductual (TCC) además de cumplir con el propósito de modificar cognitiva y conductualmente al paciente, también ha logrado una buena relación con el enfoque médico, con el que se atienden a los pacientes, pues ha propiciado intercambios parecidos a los que ocurren desde la práctica en medicina y nutriología.

El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud en 2018, reconoce como en las Guías de Práctica Clínica revisadas, el rol de los psicólogos y profesionales de la conducta no médicos está orientado a la modificación de la conducta y la adherencia al tratamiento de los pacientes obesos. A pesar de que forma parte del tratamiento integral del paciente, ofreciendo beneficios es este, se estima complementario y supeditado a las intervenciones médicas y de nutriología.

La TCC para el tratamiento de la obesidad pediátrica se compone del enfoque conductual para modificar la conducta alimentaria y la actividad física y de un enfoque cognitivo que busca, modificar los pensamientos negativos sobre su imagen corporal, los cuales provocan la distorsión de esta imagen, así como el control de las emociones asociadas (Brennan, et al. 2013) agregan que el componente

cognitivo incluye trabajar la autoestima, el afrontamiento a situaciones de riesgo frente a la regulación de los alimentos, las tácticas para evitar las recaídas, la educación para padres, la atención a las habilidades de crianza entre otros aspectos. De acuerdo con las investigaciones más recientes, se recomienda que los programas de terapia cognitivo-conductual (TCC) para tratar la obesidad infantil consten de 6 a 10 sesiones presenciales de 90 minutos. Además, se destaca la importancia de la participación de los padres, cuyo rol es fundamental para promover hábitos alimentarios más saludables en sus hijos como parte de este tratamiento. Entre las propuestas de intervención para la obesidad infantil destacan Dalle & Calugi (2020), quienes describen las tácticas y procedimientos desde la TCC, asumida de manera personalizada. En la propuesta BT-OB, a decir de su colectivo de autores, se armoniza la terapia conductual y la terapia cognitiva. En la primera, en el tratamiento de la obesidad, se conciben las siguientes estrategias: establecimiento de metas u objetivos conductuales, autocontrol, manejo de contingencias, control de estímulos, modificación conductual, resolución de problemas y prevención de recaídas, desarrollo de habilidades de apoyo. En la segunda el establecimiento de objetivos, el modelado y autoeficacia, estrategias cognitivas básicas como la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva. La propuesta parte del conductismo, asumiendo la teoría del

aprendizaje desarrollada por esta escuela. Desde esta perspectiva tratan la obesidad desde la educación, la modificación y el reforzamiento de la conducta; de esta manera manejan los antecedentes y las consecuencias de la conducta, consumo de alimentos, para motivar a los sujetos a modificar los diferentes hábitos para lograr y conservar un peso saludable. Luego se suma a la propuesta la terapia cognitiva social, de Albert Bandura. Además de instrucciones concretas sobre dieta y ejercicio.

Su propósito es particularizar la intervención y tratar las cogniciones que hacen a los sujetos no lograr la adherencia terapéutica necesaria, la cantidad de peso perdido y mantener a largo plazo la pérdida de peso alcanzada. La propuesta presenta 6 módulos. Tiene un carácter flexible, pues se puede aplicar en diferentes niveles de atención, el nivel ambulatorio y hospitalario, en sus respectivas variantes, de día y residencial.

La propuesta con tres objetivos generales, bien definidos, apoya su validez en una investigación que tuvo como objetivo constatar en un contexto existente los efectos de la propuesta. Los datos numéricos señalan que 77 sujetos con obesidad mórbida tuvieron una pérdida de peso del 9,9 % posterior a los 18 meses de tratamiento.

Se considera que la propuesta maneja y se sustenta en fundamentos que son claves en la intervención de la obesidad infantil. Algunas de estas ideas se comentan a

continuación:

- El propósito de que los sujetos alcancen un peso saludable manteniendo un balance energético negativo.
- El descubrimiento de los mecanismos que emplean los sujetos obesos que hacen que unos se sometan a la presión biológica de comer en exceso, mientras que otros, logran mantener el autocontrol a través de técnicas y alcanzar o mantener los resultados deseados.
- La significación de los procesos cognitivos frente a los factores biológicos y conductuales. Los autores refieren como este posicionamiento influye en que muchas intervenciones tengan más en cuenta los factores biológicos y conductuales que los cognitivos, lo cual puede estar influyendo en la adherencia a la modificación del estilo de vida con respecto a la obesidad. De ahí que le concedan tiempo al tratamiento del componente cognitivo en su propuesta de intervención

El tratamiento de los procesos cognitivos en esta propuesta es esencial; de ahí que los autores aborden los factores cognitivos que se asocian a la suspensión del tratamiento, la cantidad de peso perdido y el sostenimiento de la pérdida de peso (Tabla 5).

Tabla 5.

Factores cognitivos en la propuesta BT-OB

Factores cognitivos relacionados con la suspensión del tratamiento	Factores cognitivos relacionados con la cantidad de peso perdido	Factores cognitivos asociados con el sostenimiento de la pérdida de peso:
- Después de 1 año de iniciado el tratamiento de IMC es mayor que la esperada. - El motivo para la pérdida de peso estaba asentado en la apariencia física. - El peso alcanzado (medio o bajo) no se corresponde con las expectativas personales. - Insatisfacción con el peso perdido en la intervención	- Incremento de la limitación dietética y disminución de la desinhibición. - Mayor pérdida de peso deseada al inicio.	- Complacería con los resultados alcanzados. - Complacería con el peso perdido. - Seguridad de perder peso adicional de manera independiente, sin ayuda profesional. - Notable satisfacción con la pérdida de peso luego de semana 15 o 19 de la fase de pérdida de peso.

Nota. Tomado de Dalle, et al (2020).

2.4. Conclusión del Capítulo II: La Profunda Influencia del Componente Psicológico en la Obesidad Infantil

En este apartado se ha desglosado de manera pormenorizada la *intrincada red del componente psicológico* que subyace y se entrelaza con la obesidad en la etapa infantil, un aspecto cuya relevancia es tan crítica como la de los factores fisiológicos y ambientales. Se ha subrayado la necesidad imperante de abordar este problema de salud desde una perspectiva psicológica, considerando no solo sus causas sino también los factores cognitivos, afectivos y ambientales que lo perpetúan. Aunque la psicología no postula características personológicas fijas relacionadas con la obesidad, sí identifica una serie de elementos que delinean un perfil de vulnerabilidad y afectación significativa. En primer lugar, se ha evidenciado el *impacto psicológico directo y profundo* que la obesidad ejerce sobre los niños. Las investigaciones revelan una relación entre el temperamento de reactividad negativa y una escasa autorregulación en niños obesos en edad preescolar. Esta predisposición se agrava por las *actitudes negativas* hacia los sujetos obesos, incluso por parte de otros niños con sobrepeso, lo que genera sentimientos de exclusión social y prejuicios en un entorno que glorifica la delgadez. Un elemento central en esta problemática es la *experiencia y la*

imagen corporal. Los niños obesos a menudo experimentan dificultades para identificar sensaciones corporales básicas como el hambre y la saciedad, lo que refleja un escaso conocimiento de sí mismos. La *distorsión de la imagen corporal*, ya sea por sobreestimación o subestimación de las dimensiones corporales (similar a pacientes con anorexia nerviosa), es común y persiste incluso después de la pérdida de peso. Esta distorsión conduce a una profunda insatisfacción con el propio cuerpo, baja autoestima (fruto de la crítica internalizada), preocupación por la apariencia y un marcado aislamiento social. Notablemente, la *distorsión de la imagen corporal del hijo por parte de la madre* (subestimando el peso real) se ha identificado como un factor que afecta negativamente la adherencia familiar a las intervenciones. La relación entre *depresión y obesidad infantil* es bidireccional, afectando más a las niñas y pudiendo anteceder al trastorno de peso. Adicionalmente, la obesidad se configura como un *factor de riesgo para el desarrollo de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)*, incluyendo la anorexia y bulimia nerviosa, especialmente en combinación con baja autoestima, ayunos y trastornos afectivos.

Asimismo, se ha explorado las *fobias específicas asociadas a la obesidad*, destacando la *obesofobia* o *pocrescofobia*, definida como el miedo irracional a las personas obesas o al hecho de aumentar de peso. Este miedo, que puede

manifestarse como una obsesión por la pérdida de peso y generar ansiedad, incluso puede desencadenar la "weight phobia", un miedo irracional a aumentar de peso, característico de trastornos como la anorexia nerviosa. La sociedad, al promover estándares de salud y apariencia física, puede ejercer una presión que induce este temor a ganar peso. La intervención precoz en estas fobias es crucial, dada su baja tasa de remisión natural en niños y el riesgo de futuros trastornos psicopatológicos.

Un fenómeno psicológico y social de gran impacto abordado es el *bullying*, que se manifiesta en la infancia como un comportamiento de rechazo hacia las personas con exceso de peso, siendo la apariencia física un blanco frecuente en los entornos educativos. El *bullying* se caracteriza por la intencionalidad, frecuencia y un desequilibrio de poder entre agresor y víctima, con manifestaciones que van desde amenazas y ofensas hasta agresiones físicas y humillaciones. Factores psicológicos, escolares, familiares (estilos parentales inadecuados), la influencia de pares y los medios de comunicación contribuyen a su aparición. Los niños obesos son predominantemente víctimas de acoso escolar, debido a sus características físicas, lo que conduce a *aislamiento social*, *depresión*, *baja autoestima*, *disminución del rendimiento académico* y *deserción escolar*. Aunque existen estudios contradictorios sobre la relación directa entre el estado de

peso y la intimidación, la mayoría de la evidencia apunta a la obesidad como un factor de riesgo en el bullying. La superación de este problema exige un enfoque integral que involucre a la familia, la escuela y la comunidad.

Finalmente, se revisó los *tratamientos psicológicos* para la obesidad infantil, enfatizando que, aunque la intervención médica (dieta, ejercicio, farmacología, cirugía) es importante, los factores psicosociales demandan una atención psicológica específica. La *prevención* se erige como un pilar fundamental en el abordaje de la obesidad. La *psicoeducación*, que busca informar y empoderar al paciente y su familia sobre el trastorno y sus estrategias de afrontamiento, es una herramienta clave para mejorar el autocuidado y la adherencia al tratamiento. El entorno educativo se considera un espacio óptimo para fomentar hábitos saludables.

El *tratamiento integral o multidisciplinario*, que combina enfoques médicos, nutricionales, de rehabilitación y psicológicos, es ampliamente recomendado para modificar los estilos de vida y mejorar la calidad de vida de los niños. Dentro de este marco, la *Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)* ha demostrado ser de gran interés y eficacia, especialmente para abordar síntomas comórbidos como la depresión, impulsividad, distorsión de la imagen corporal y problemas de control emocional.

Es importante destacar, que la TCC integra un componente conductual (modificación de hábitos alimentarios y actividad física mediante reforzamiento) y un componente cognitivo (modificación de pensamientos negativos, trabajo en la autoestima, afrontamiento de riesgos y prevención de recaídas, así como educación parental). Se sugiere un programa de TCC con 6 a 10 sesiones presenciales, destacando la *participación activa de los padres* como un factor crucial para el éxito.

Es por ello, que Propuestas como la *BT-OB* ejemplifican esta integración, combinando estrategias conductuales (establecimiento de metas, autocontrol, manejo de contingencias, control de estímulos, resolución de problemas, prevención de recaídas) y cognitivas (modelado, autoeficacia, reestructuración cognitiva).

Esta propuesta subraya la importancia de *los procesos cognitivos por encima de los factores biológicos y conductuales para lograr la adherencia y el mantenimiento de la pérdida de peso*. Factores cognitivos como la insatisfacción con el peso perdido o la complacencia pueden influir en la suspensión del tratamiento o en la cantidad de peso mantenido. Es fundamental, además, la *participación activa del niño* en su propio tratamiento, permitiéndole analizar y discutir su proceso.

En definitiva, este capítulo ha cimentado la comprensión de que la obesidad infantil no es meramente un desafío físico,

sino una condición profundamente enraizada en y exacerbada por *factores psicológicos complejos*. Desde las distorsiones de la imagen corporal y las fobias hasta la victimización por bullying y la comorbilidad con trastornos como la depresión y los TCA, el paisaje psicológico del niño obeso demanda una atención especializada y sensible.

Es así, como los tratamientos psicológicos, en particular la TCC, con un enfoque integral y la participación activa de la familia y el propio niño, son herramientas indispensables. Reconocer la obesidad no solo como un problema de peso, sino como una *experiencia que afecta la identidad, la autoestima y el bienestar emocional del menor*, es el primer paso hacia intervenciones más efectivas y sostenibles que trasciendan la mera reducción de peso para impactar positivamente en la salud mental y la calidad de vida de la población infantil.

CAPÍTULO III. INTERVENCIONES ENCAMINADAS A LA DISMINUCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL, DESDE LA EDUCACIÓN FÍSICA

Son diversos los autores que han propuesto disímiles intervenciones en aras de disminuir las cifras crecientes de niños con obesidad. Entre ellos se encuentran Muthuri, et al. (2016), Felső, et al. (2017), Pfeiffle, et al. (2019), Steene-Johannessen, et al. (2020), Alman, et al. (2021) y Mahumud, et al. (2021). Todos estos investigadores han centrado sus intervenciones en cuatro dimensiones fundamentales: la nutrición, la actividad física, las conductas sedentarias y el sueño.

La dimensión de la nutrición se caracteriza por su integralidad desde el punto de vista dietético. De ahí que, se profundiza en la prevención de las irregularidades en la nutrición, también se trata de brindar normas educativas en cuanto al establecimiento de una dieta saludable, lo que incluye las sugerencias nutricionales adecuadas.

Para lograr una cultura alimentaria saludable se enseñan de normas nutricionales sanas, como son la inclusión de verduras y frutas a su dieta, la disminución de alimentos sin nutrientes y de bebidas con alto contenido de sacarosa, y la incorporación de las rutinas alimenticias y las cenas familiares. La selección de las tácticas dietéticas se fundamenta en las predilecciones del infante, sus singularidades y el núcleo familiar.

La dimensión actividad física presupone educar al niño a partir de la realización de un programa de ejercicio constituido. Su puesta en práctica debe ser en un entorno confiable, seguro y en el cual se brinde la colaboración requerida, que sea un contexto lúdico, sin segregaciones. Lo anterior potencia el establecimiento de las interacciones sociales entre los párvulos, favorece la eliminación del acoso escolar que trae a colación la obesidad y, más que todo, incrementa las habilidades motrices.

El ejercicio físico tiene la finalidad de aumentar la forma física, reducir o eliminar los riesgos asociados a la obesidad, optimar la salud y favorecer los niveles de actividad física establecidos para el periodo de la niñez. En coherencia con lo expresado, las intervenciones de entrenamiento deben corresponderse con las especificidades físicas del infante, de ahí que es imprescindible la realización de un diagnóstico integral que considere de los parámetros de resultados normalizados adecuados a su edad.

Dicho diagnóstico debe reconocer a los alumnos que son obesos y determinar cuáles son los síntomas específicos que presenta; o sea, la descripción clínica, ya que, eventualmente, los niños sufren dolencias que les impiden realizar algunos ejercicios o movimientos. Entre los síntomas más frecuentes se hallan los dolores musculoesqueléticos, los altos índices de fatiga, la incontinencia urinaria, las rozaduras en la piel, o el deterioro de sus habilidades

motoras.

En este mismo sentido, es pertinente identificar si poseen alguna comorbilidad asociada. La relevancia de hacer un buen diagnóstico está en que el resultado define qué tipo de ejercicio se seleccionará para diseñar la intervención en aras del objetivo que se persiga con el niño (mejoras en la forma física aeróbica y/o reducción de la masa grasa).

Sobre estructuración del tiempo en las intervenciones, las investigaciones muestran que las que se diseñan en sesiones de una hora o más, por 3 días (como mínimo) en la semana, por al menos 3 meses son las más efectivas. Asimismo, las intervenciones deben distinguirse por ser entretenidas, responder a las preferencias del niño, y por concordar con los parámetros de frecuencia, intensidad, duración, tipo, volumen y progresión.

Los programas se deben diseñar teniendo en cuenta si los juegos que se planifiquen serán con o sin carga de peso; qué ejercicios aeróbicos, propioceptivos y de resistencia se realizarán; si se vincularán enfoques fisioterapéuticos concretos para el tratamiento, quiénes serán los participantes (individual o grupal). Por último, es necesario comprender que la evaluación no se reduce únicamente a la primera etapa de la intervención, sino que se concibe como proceso y resultado, por lo que está presente durante todo el programa, es decir, se planifica una evaluación sistemática

de la eficacia de los ejercicios que se realizan y de los resultados obtenidos en el infante.

Las intervenciones conductuales consideran a la actividad física atomizada de las conductas sedentarias; o sea, las conciben como dimensiones diferentes que responden a objetivos distintos. La dimensión actividad física está encaminada a instaurar hábitos relacionados con el ejercicio físico, mientras la dimensión de las conductas sedentarias está dirigida a reducir la frecuencia de la dicha conducta. Por tanto, el sedentarismo es abordado como un elemento autónomo en las intervenciones.

En la dimensión del sedentarismo se proponen disminuir el tiempo dedicado a la pantalla, ya sea con el televisor o con otros dispositivos digitales. Esto implica involucrar a la familia, pues se requiere controlar las horas de videojuegos o de programas audiovisuales.

Otra dimensión importante trabajada en las intervenciones conductuales es el sueño. Está confirmado científicamente que pocas horas dedicadas al sueño contribuye al aumento de peso. Esto se debe a que el organismo trata de recobrar las energías que no le son suministrada por la vía del sueño, y lo hace mediante la alimentación. Las acciones diseñadas en este sentido se centran en mejorar la higiene del sueño, lo que incluye un horario establecido que regule cuándo debe iniciar y concluir el sueño.

En el tratamiento contra la obesidad, un elemento

fundamental es el aspecto psicológico. Es sabido que los niños obesos están propensos a episodios de ansiedad, estrés y depresión. Constantemente son blanco fácil de bullying por parte del resto de los niños. Esto trae consecuencias negativas en la autovaloración, la autoestima y en la seguridad en sí mismo. Todo lo anterior afecta el rendimiento académico del infante, así como las relaciones sociales con el grupo.

Al respecto se han desarrollado diversas investigaciones, que van desde las intervenciones psicológicas integradas a las de tratamiento conductual, o como intervenciones autónomas. Su objetivo principal es disminuir las desventajas para lograr el cambio de conducta referido a la obesidad. Además de las intervenciones conductuales, se encuentran las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual, las cuales han demostrado resultados significativos en el tratamiento a la obesidad.

Dichas intervenciones enfrentan la problemática desde la relación entre la cognición, los sentimientos y las conductas. Asimismo, adoptan diferentes formas de organización, como terapias grupales o individuales. El factor tiempo es relativo, al igual que los participantes, pues el diseño de la intervención debe considerar la edad y las particularidades de la obesidad. Es así que, para el caso de los niños, generalmente, proponen la incorporación de la familia al programa.

3.1. Intervención multidisciplinar, intersectorial, preventiva y participativa dirigida a la disminución de la obesidad infantil

A partir de los fundamentos teóricos expuestos anteriormente se propone una intervención que tiene como objetivo potenciar los conocimientos de los centros institucionales y de la sociedad, en general, en función de desarrollar una cultura para la salud en cuanto a la obesidad. Eso incluye sus causas, los daños a la salud y las medidas que se deben tomar para reducir las consecuencias.

La situación de la obesidad y su prevención debe tener una solución médico-pedagógica que vincule, oriente, planifique y controle racionalmente las acciones que se desplieguen socialmente para alcanzar una intervención completa y un desenlace más pertinente y efectivo, involucrando de forma dinámica a toda la comunidad escolar desde los diferentes períodos sensitivos del desarrollo.

Por cuanto, la función que deben realizar los profesores de Educación Física como actores sanitarios-educativos en la prevención de dicha enfermedad, así como en la reducción de esta como factor de riesgo para otras se centra en tratar de transformar los estilos de vida no saludables de los niños e introducir soluciones más sanas en su contexto familiar. Se sugiere la utilización de procedimientos como la extinción y

el modelado para cambiar conductas inadecuadas asociadas al sedentarismo y la alimentación.

Se propone una intervención multidisciplinar, intersectorial, preventiva y participativa para potenciar la capacitación de los recursos humanos médico-pedagógicos. Dicha intervención propone las siguientes acciones.

- Realizar un diagnóstico integral y personalizado que incluya diferentes métodos para determinar la presencia de la obesidad en los niños y las posibles causas que la originan.
- Diseñar qué intervención se realizará con cada niño obeso, en correspondencia con las causas encontradas en el diagnóstico. Ello implica la realización de un cronograma de trabajo que especifique lugar donde se realizará la intervención, participantes, tiempo de duración de la intervención y procedimientos a emplear.
- La intervención en la práctica debe lograr el cumplimiento de una serie de objetivos entre estos se destacan los siguientes:
- Consolidar los valores positivos emanados a partir del vínculo hombre, salud y cultura alimentaria.
- Promulgar la reflexión crítica de los niños y sus familiares, en la comprensión de situaciones problemáticas asociadas a la obesidad.
- Exhortar la intervención activa desde la infancia en

función de desarrollar conductas adecuadas en correspondencia con la elección y la ingesta de alimentos saludables.

- Priorizar la multidisciplinariedad para el enfrentamiento a la enfermedad, lo que se despliega a través del uso de diferentes alternativas como: la terapia cognitivo conductual o el análisis aplicado a la conducta, sin dejar al margen los aspectos económicos, ecológicos, sociales, genéticos, culturales, los riesgos para la salud y el enfoque positivo y saludable de la solución (ganar-ganar).
- Emplear procedimientos como el reforzamiento positivo, la extinción, además de los métodos médico-educativos existentes para corregir las dificultades reconocidas.
- Concentrar a los niños y sus familias como los participantes de la intervención, los cuales se convertirán en agentes de cambio para transformar los malos hábitos de nutrición y sedentarismo.
- Difundir los logros obtenidos, a partir de las estrategias médico-educativas realizadas y comunicar las experiencias vividas.
- Validar los efectos obtenidos con la intervención aplicada, valorar el uso de las técnicas seleccionadas y reflexionar sobre los aspectos aprendidos y las conductas adecuadas instauradas.

3.2. Intervención médico-pedagógica para la prevención de la obesidad

La intervención médico-pedagógica es definida como el conjunto de acciones que se diseñan en un determinado periodo de tiempo, desde las clases de Educación Física, en las instituciones escolares, para transformar la salud de los niños en cuanto a los factores de riesgos y la presencia de la obesidad en la población infantil. La intervención se identifica por ser integral, transversal, contextualizada, preventiva, participativa y sistémica.

El objetivo general está dirigido a instaurar conductas adecuadas que garanticen una cultura sanitaria educativa. La intervención se organiza en tres momentos.

I. Planificación de la intervención médico-pedagógica:

- a) Elección de la muestra y distribución de los recursos humanos y materiales para implementar la intervención.
- b) Identificación de las dificultades, fortalezas, oportunidades y amenazas de la muestra seleccionada.
- c) Diseño de actividades, trabajos y proyectos sanitario-educativos desde las clases de Educación Física que se imparten en los centros educativos.
- d) Distribución y organización en los centros educativos, de las acciones a implementar, por alumnos, sus familias, los profesores y los directivos, así como el tiempo para cumplir los objetivos formulados y los recursos materiales existentes para cada acción y tarea prevista.

II. Realización de la intervención médico-pedagógica

a) Ejecución de las acciones, tareas y proyectos de intervención sanitaria educativa desde la intervención en las clases de Educación Física. Se planificaron talleres de orientación, de preparación teórica y práctica sobre los conocimientos entorno a con la obesidad como enfermedad.

Se priorizan los talleres de prevención de enfermedad y promoción de salud sobre la obesidad y los factores de riesgos que la provocan, ya que proporcionan un espacio para la reflexión y el moldeamiento de las conductas a instaurar.

Dichos talleres benefician la familiarización, reproducción, asimilación activa y la aplicación de los contenidos sanitarios y educativos relacionados con los factores de riesgos y la prevención de la obesidad, así como la sistematización de los contenidos sobre estilos de vida saludables salud, la práctica sistemática de la actividad física y el consumo sostenible de alimentos saludables.

A continuación, se presenta la tabla 6, contentiva de los talleres de prevención de enfermedades y promoción de salud:

Tabla 6.

Talleres de prevención de enfermedades y promoción de salud

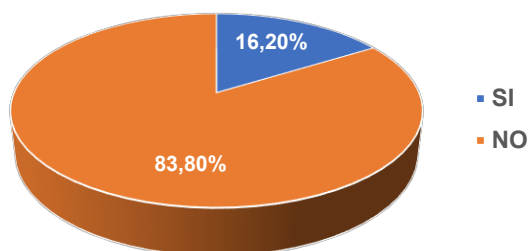
TALLER		OBJETIVO
1	Reflexión sobre la prevención y promoción de salud, dirigida a la obesidad y las consecuencias en la infancia.	Familiarizar a los niños y sus familias con la obesidad, las causas que la provocan, las consecuencias que trae consigo y los signos y síntomas que presenta.
2	Capacitación sobre las dimensiones que se deben transformar para mantener una conducta saludable ante la obesidad.	Explicar los hábitos saludables de nutrición, la higiene del sueño, las acciones para evitar el sedentarismo, así como, la práctica de ejercicios físicos.
3	Presentación de las intervenciones diseñadas en función de la reducción y la prevención de la obesidad y sus factores de riesgo asociados a ella.	Exponer las diferentes intervenciones diseñadas para los alumnos en correspondencia con el diagnóstico realizado.
4	Comunicación de los resultados obtenidos.	Socializar en el grupo de niños y familiares, los resultados alcanzados a partir de la puesta en práctica de la intervención diseñada.

Nota. Elaboración propia (2025).

3.3. Resultados obtenidos en la encuesta aplicada como parte de la intervención aplicada

1 ¿Considera usted que la pandemia por Covid-19 modificó la rutina física de manera desfavorable?

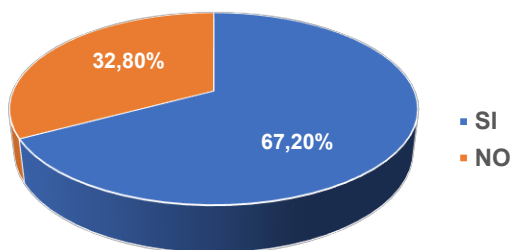
253 respuestas



El gráfico 1 muestra una clara percepción por parte de la comunidad educativa de que la pandemia por Covid-19 tuvo un impacto negativo en la rutina física de los encuestados. Con un 83,8% de respuestas afirmativas, se evidencia una tendencia generalizada hacia la interrupción o modificación desfavorable de los hábitos de actividad física.

2 ¿Realiza el niño en tiempo de aislamiento social actividades deportivas o recreativas?

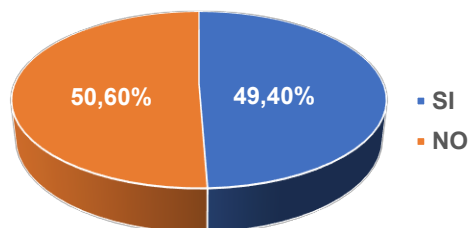
253 respuestas



En el gráfico 2 se revela que, durante el período de aislamiento social provocado por la pandemia, una mayoría relativa de los niños (67,2%) sí participó en actividades deportivas o recreativas, lo cual representa un aspecto positivo frente al riesgo de sedentarismo. A pesar de las restricciones, muchas familias aparentemente encontraron formas de mantener activos a sus hijos, ya sea a través de actividades en casa, rutinas virtuales, juegos en espacios reducidos o salidas controladas. No obstante, un 32,8% de los niños no realizaron ninguna actividad física o recreativa, lo cual representa una proporción preocupante.

3 ¿Aumentó la masa corporal visiblemente del niño durante este período de confinamiento?

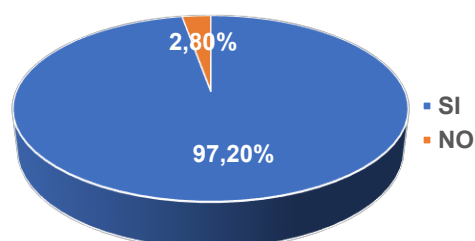
253 respuestas



El gráfico 3, revela una división casi equitativa en las percepciones de los encuestados respecto al aumento de masa corporal en los niños durante el confinamiento. Un 49,4% considera que sí hubo un aumento visible, mientras que el 50,6% afirma lo contrario. Esta distribución refleja una situación heterogénea, en la cual muchos niños pudieron haber experimentado cambios negativos en su composición corporal (aumento de grasa corporal, sobrepeso).

4 ¿El consumo de alimentos balanceados es frecuente en el hogar: verduras, frutas, lácteos?

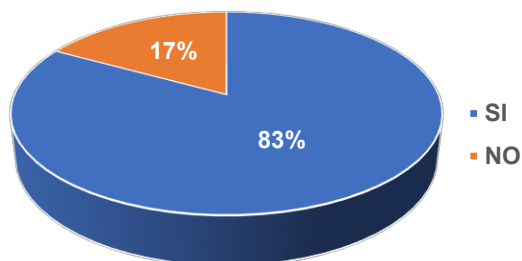
253 respuestas



Se evidencia en el gráfico 4, un resultado sumamente positivo en cuanto a los hábitos alimenticios dentro de los hogares durante el período de confinamiento. Un 97,2% de los encuestados asegura que el consumo de alimentos balanceados (como verduras, frutas y lácteos) es frecuente en su hogar, lo cual representa una base sólida para una buena salud nutricional. Sin embargo, un 2,8% afirma que no existe este hábito, lo cual, aunque minoritario, sigue siendo un indicador de riesgo para la salud infantil.

5 ¿Ingiere el niño alimentos ricos en azúcar como: refrescos, bebidas enlatadas y energizantes, golosinas en grandes cantidades?

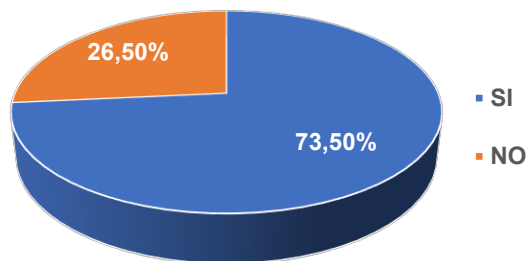
253 respuestas



De acuerdo a los resultados en el gráfico 5, la gran mayoría de los niños (83%) no consumen frecuentemente alimentos ricos en azúcares en grandes cantidades, lo cual representa un dato alentador en términos de prevención de enfermedades como obesidad infantil, diabetes tipo 2. Sin embargo, un 17% de los niños sí consume en exceso productos azucarados, lo que representa un riesgo importante.

6 ¿Ha planteado en el seno de su hogar la modificación del plan de alimentación diario en aras de mejorar las proteínas y reducir carbohidratos y otras fuentes de energía de rápida absorción?

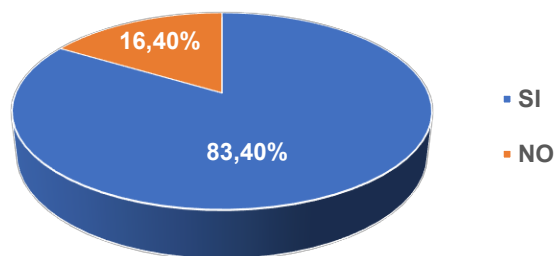
253 respuestas



Se evidencia en el gráfico 6 que, la mayoría de los encuestados (73,5%) manifiestan haber planteado en sus hogares una modificación consciente del plan de alimentación, enfocándose en el aumento del consumo de proteínas y la reducción de carbohidratos simples o de rápida absorción. Este dato refleja una tendencia positiva hacia una alimentación más equilibrada. Sin embargo, un 26,5% aún no ha considerado hacer estos cambios

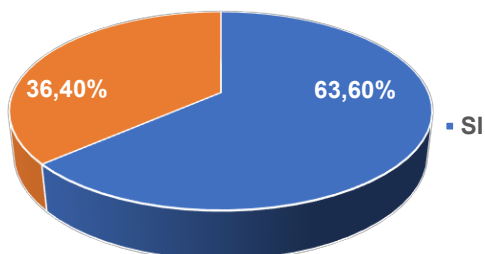
7 ¿Considera usted que ameritan información sobre la forma de realizar en el hogar actividades, recreativas y físicas para mejorar la condición de su organismo y el de su representado?

253 respuestas



El gráfico 7, revela que una amplia mayoría (83,4%) de los encuestados considera necesaria la información sobre cómo realizar actividades físicas y recreativas en casa, tanto para el bienestar personal como para el de sus hijos o representados. Este resultado destaca una clara demanda comunitaria por orientación práctica y accesible.

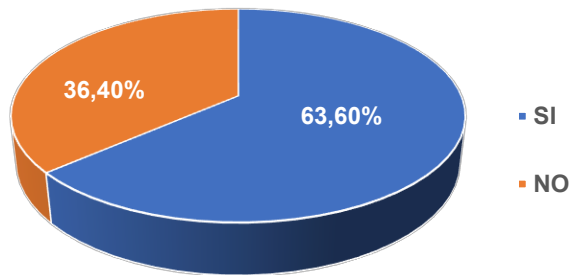
8 ¿Sabe cómo calcular el índice de masa corporal? 253 respuestas



Se puede apreciar en el gráfico 8 que más de la mitad de los encuestados (63,6%) no sabe cómo calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), mientras que solo un 36,4% sí posee este conocimiento. Esta carencia de información básica sobre salud corporal es preocupante, ya que el IMC es un indicador sencillo y accesible para detectar posibles problemas de peso, como sobrepeso u obesidad.

9 ¿Conoce el concepto de peso corporal y su relación con la obesidad?

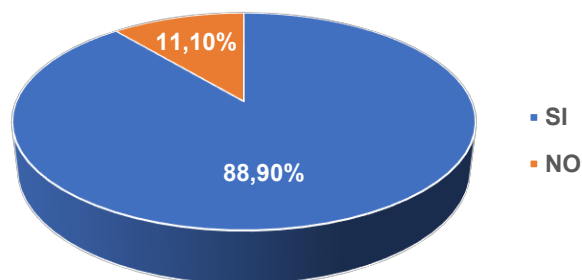
253 respuestas



El gráfico 9 muestra que un 63,6% de los encuestados afirma conocer el concepto de peso corporal y su vínculo con la obesidad, Sin embargo, un **36,4%** no tiene claridad sobre el concepto ni su implicancia con la obesidad.

10 ¿Está de acuerdo en participar junto a su representado en charlas médico-educativas sobre la condición física saludable, alimentos y forma de ob...de energía para reducir la incidencia de obesidad?

253 respuestas



Los resultados del gráfico 10 reflejan una altísima disposición de las familias (88,9%) a participar activamente en procesos educativos y de salud junto a sus hijos o representados. Por otro lado, un 11,1% no está dispuesto a participar.

Los resultados obtenidos en la encuesta aplicada a la comunidad educativa de la Escuela Cleopatra Fernández de Castilla reflejan una situación preocupante, pero a la vez esperanzadora en cuanto a la salud física y nutricional de los niños durante y después del confinamiento por la pandemia de Covid-19.

La mayoría de los representantes manifiestan que la rutina física de los niños se vio negativamente afectada, y aunque más de la mitad de ellos logró mantener cierto nivel de actividad deportiva o recreativa en casa, todavía existe un porcentaje significativo de menores que permaneció sedentario. Esta falta de movimiento, combinada con un aumento visible de masa corporal en casi la mitad de los niños encuestados, da cuenta del impacto directo que tuvo el aislamiento en la salud corporal infantil. Si bien se reconoce un consumo frecuente de alimentos balanceados, también se evidencia que una parte de la población infantil accede con frecuencia a productos altos en azúcares y calorías vacías, lo cual representa un factor de riesgo latente para el desarrollo de sobrepeso y obesidad.

Por otro lado, los resultados también muestran que las familias están conscientes de la importancia de modificar los hábitos alimenticios y de recibir orientación especializada. Una gran mayoría ha empezado a replantear el plan nutricional familiar, priorizando la ingesta de proteínas y reduciendo carbohidratos simples, lo que demuestra una apertura al cambio. Asimismo, la encuesta señala que existe un amplio interés en participar en charlas médico-educativas para mejorar la condición física y prevenir la obesidad, aunque aún persisten vacíos importantes en conocimientos básicos, como el cálculo del índice de masa corporal o la comprensión del concepto de peso saludable. Esta situación

plantea un escenario ideal para implementar estrategias institucionales de prevención y promoción de la salud que articulen a la escuela, la familia y el sistema de salud, con el objetivo de crear una cultura educativa activa, consciente y comprometida con el bienestar físico y emocional de la niñez.

3.4. Ejercicios propuestos desde la dimensión actividad física

A continuación, se propone algunos elementos importantes para la iniciación de actividad física en casa, en primer lugar, hay que reconocer que no es muy motivante para los niños y adolescentes realizar actividad física en casa, es de preferencia para ellos salir al parque u otros escenarios en los que puedan estar al aire libre y en contactos con otras personas preferiblemente de su propia edad, sin embargo también es cierto que muchos padres muchas veces el factor tiempo y el aspecto económico no les permite poder cubrir con las expectativas de sus hijos, es por esta razón que se hace la siguiente propuesta, que sirva de guía para toda la familia para realizar actividad física en casa.

El calentamiento 15 minutos. Es muy importante y necesario realizar un calentamiento adecuado, para el cual podemos dedicar unos 15 minutos aproximadamente, esto con la intención de un acondicionamiento neuro cardiovascular y muscular, para esto es suficiente que realicemos cualquier tipo de movimiento dinámico, que este dirigido a segmentos

musculares específicos y a las articulaciones cercanas a estos. Puedes utilizar YouTube en esta plataforma puede encontrar mucho material con pequeñas rutinas de entrada en calor, bailes entretenidos, HIIT y ejercicios dinámicos, también puede utilizar consolas de videojuegos allí puede descargar algunos juegos de baile o que implique movimientos físicos, en esta misma línea de ideas puedes colocar tu música favorita y ponerte a bailar es un excelente calentamiento que te permitirá elevar las pulsaciones cardiacas y preparar tu cuerpo para el entrenamiento siguiente.

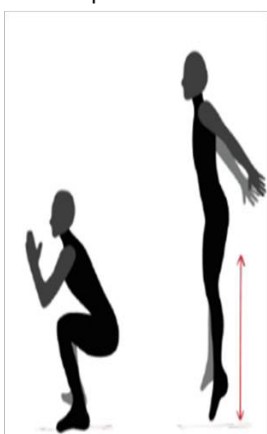
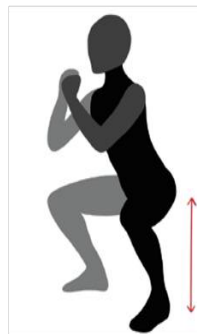
Indicaciones generales. A continuación, se presentan diferentes ejercicios que permitirán el estímulo para diferentes zonas del cuerpo tren superior, inferior y zona media, la idea es que tengas ejercicios diferentes para elegir y así mantener el cuerpo activo.

Debes elegir 3- 5 ejercicios del tren superior e inferior y al menos 1 o 2 ejercicios de la zona media, puedes ejecutar los ejercicios de forma individual o en circuitos, realiza 3-5 series en un rango de 12 a 30 repeticiones según, tu capacidad personal, con un descanso de 45 a 90 seg.

Entre serie. Debes procurar mantener el entrenamiento al menos 2 o 3 días a la semana lo ideal seria 5 a 6 días a la semana, y procurando que cada día se complete mínimo 60 minutos de ejercitación, puedes escoger ejercicios aeróbicos que te permita tu tiempo disponible.

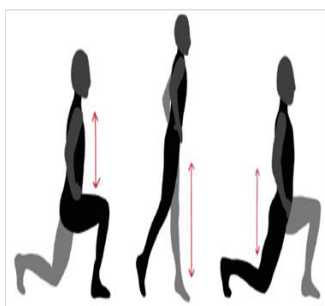
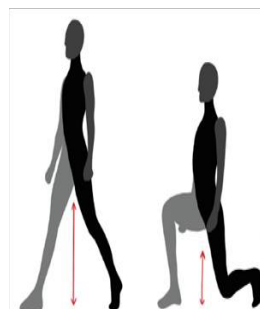
Ejercicios de Tren Inferior

Sentadilla con peso corporal: Si te resulta difícil llegar profundo, puedes realizarla utilizando un cajón o silla, descendiende de forma controlada, y asegurando que tus rodillas no se unan y mantén la tensión en la zona media para, intenta mantener alineado tus rodillas con las puntas de los pies.



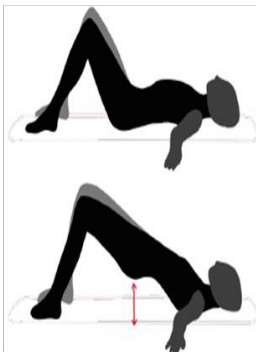
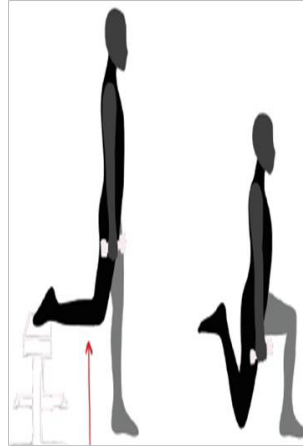
Sentadilla con salto: Procura una buena amortiguación, al caer, baja controladamente y elévate con potencia, al descender, mantén la forma de la sentadilla convencional, utiliza tus manos y brazos como impulso, recuerda mantener las rodillas alineadas con las puntas de los pies.

Estocada hacia atrás: Puedes hacer la estocada hacia atrás, en el lugar o hacia adelante, procura que tus piernas formen un Angulo de 90 grados evitando que la rodilla sobrepase la punta de los pies, mantén tu zona media para no perder la postura del ejercicio.



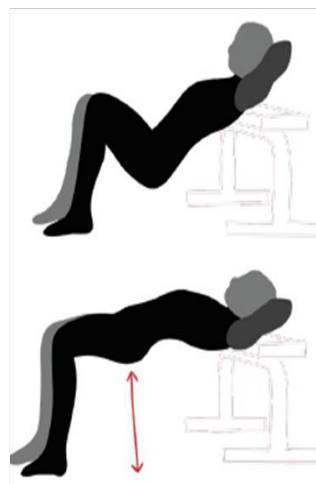
Estocada con salto: La ejecución de este ejercicio es con el mismo principio de la sentadilla con salto, pero manteniendo la postura de la estocada.

Estocada búlgara: En este ejercicio si colocas el pie delantero más adelante, el ejercicio se vuelve más dominante para la cadera y con el pie delantero en posición más atrás, el ejercicio se hace más dominante de rodilla, hay que tratar de alcanzar la mayor profundidad posible manteniendo la postura del tronco y al bajar, tu rodilla no debe sobrepasar la punta del pie.



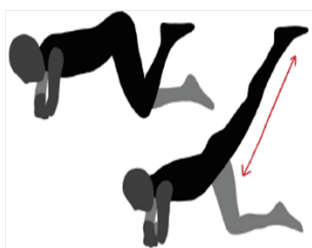
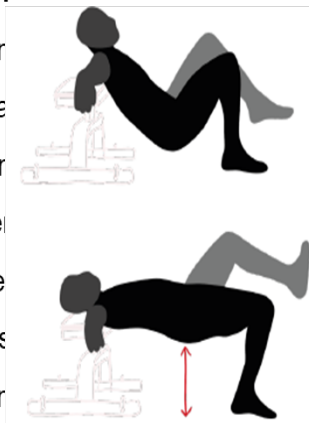
Elevación de cadera: Se colocan los pies adelantados, se sentirá mayor tensión en los isquiotibiales, si colocamos los pies más cerca del cuerpo, la tensión será mayor para los glúteos, hay que concentrarse en empujar con el talón y contraer fuertemente el glúteo al extender la cadera.

Elevación de cadera con apoyo dorsal: Este ejercicio puedes realizarlo tanto a un pie como con ambos, también puedes colocar un pie adelantado y solo en apoyo con el talón. Puedes utilizar cualquier banca cajón o silla para realizar el ejercicio, debes concentrarte en pujar con la planta completa y contraer fuertemente el glúteo al extender la cadera, mantén siempre tu vista hacia el frente y el mentón pegado al pecho.



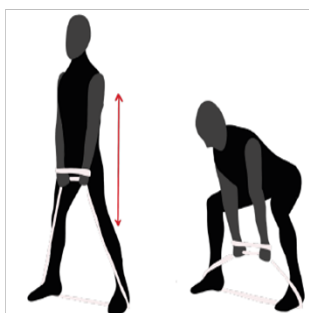
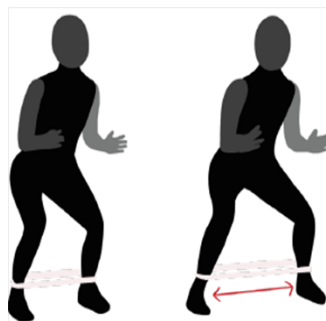
Elevación de cadera con apoyo dorsal a un pie:

Si tienes, puedes utilizar una banda elástica o un peso en la cadera de la pierna que está apoyada para agregar dificultad al ejercicio, concéntrate en empujar con la planta completa y contraer fuertemente el glúteo al extender, diferencia de ejercicio anterior (elevación de cadera con ambos pies) acá debes empujar hacia atrás (generando un efecto bisagra en nuestro movimiento).



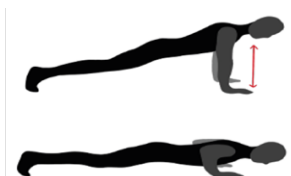
Extensión de pierna hacia atrás (Patada de glúteo): Mantén la espalda recta sin curvar tu espalda e intenta que la tensión provenga desde tus glúteos.

Caminata lateral con banda: Puedes realizarlo con o sin banda elástica, en caso de contar con ellas, puedes ajustar la altura en la que posicionas la banda (más arriba menor dificultad), mantén la postura correcta e intenta siempre bajar lo más que puedas.



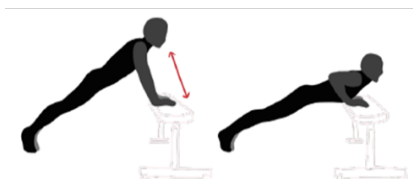
Peso muerto con banda elástica: puedes realizar este ejercicio con banda elástica o con algún objeto de peso (botella de agua, bolsas rellenas, etc.) asegúrate de mantener el tronco erguido y contraer tus glúteos en todo momento.

Ejercicios de Tren Superior



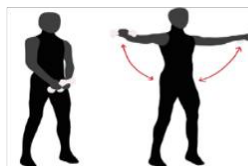
Flexión y extensión de codos: intenta que tus codos queden por debajo de tus hombros, baja en un solo bloque, mantén tu abdomen contraído y trata de que no se deforme tu columna.

Flexión y extensión de codos con piernas elevada: este ejercicio es mas complejo que el tradicional (Flexión y extensión de codos) ya que mas peso recae sobre nuestro tren superior.



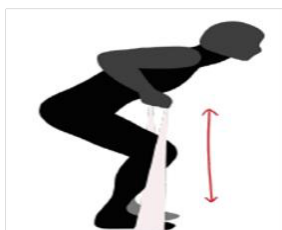
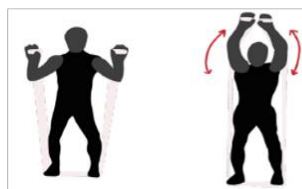
Flexión y extensión de codos con tronco elevado: esta es una versión más fácil que la tradicional ya que quita peso de tu tren superior, baja en un solo bloque y mantén tu abdomen contraído y trata de que no se deforme tu columna.

Elevación Lateral de hombros: puedes utilizar cualquier objeto con peso para realizar este ejercicio, botellas con agua, paquetes de arroz, etc. Intenta mantener tus hombros hacia abajo, y los codos extendidos lo más posible.



Extensión de brazos con apoyo en banco: Concéntrate en que el movimiento provenga desde los codos, junta tus escapulas durante el ejercicio y procura mantener la postura, con las rodillas flexionadas el movimiento es más sencillo.

Press de hombro con banda: este ejercicio lo puedes realizar con bandas o con otro peso, en el caso de las bandas colócalas entre tus pies y pasando por detrás de tus codos, mantén alineadas tus muñecas con tus codos.



Jalón al pecho con banda: Trata de formar un Angulo de 90 grados, tracciona la banda con la intención de llevar tus hombros hacia atrás y el codo hacia la altura del hombro aproximadamente, mantén el abdomen contraído si deformat la postura.

Otros Ejercicios

Skipping

Posición inicial: De pie, tronco erguido, pies paralelos y brazos relajados a los lados.

Ejecución: Eleva alternadamente las rodillas a la altura de la cadera en un movimiento rápido, coordinando con el braceo natural. Mantén la mirada al frente y el abdomen contraído.

Objetivo: Mejorar la coordinación intermuscular, la velocidad de desplazamiento y la resistencia anaeróbica.



Pata coja

Posición inicial: De pie, con una pierna apoyada y la otra flexionada.

Ejecución: Realiza saltos cortos y rítmicos sobre un solo pie, manteniendo el equilibrio. Se puede cambiar de pierna tras varias repeticiones.

Objetivo: Desarrollar equilibrio, fuerza unilateral y coordinación de miembros inferiores



Salto del indio

Posición inicial: De pie, piernas ligeramente separadas.

Ejecución: Eleva rodilla derecha con brazo izquierdo y luego alterna con rodilla izquierda y brazo derecho, simulando un “trote en alto con cruce”.

Objetivo: Mejorar coordinación cruzada, estabilidad del core y ritmo de carrera.



Zancada con salto

- **Posición inicial:** Posición de zancada (una pierna adelante flexionada, la otra atrás extendida).
- **Ejecución:** Impúlsate hacia arriba realizando un salto, cambiando la posición de las piernas en el aire para caer en la zancada contraria.
- **Objetivo:** Potenciar la fuerza explosiva de piernas, coordinación y estabilidad dinámica.



Salto (uni) alcance

Posición inicial: De pie, con pies a la anchura de los hombros.

• **Ejecución:** Flexiona ligeramente rodillas y salta con un solo pie hacia arriba, extendiendo el brazo del mismo lado para tocar un punto alto. Cambiar de pierna.

• **Objetivo:** Mejorar fuerza explosiva unilateral, coordinación brazo-pierna y capacidad de salto.



Sentadilla con salto

- **Posición inicial:** De pie, pies separados a la altura de los hombros.
- **Ejecución:** Flexiona rodillas hasta sentadilla y, al subir, impulsa el cuerpo con fuerza para saltar verticalmente. Al caer, vuelve a la posición de sentadilla para repetir.
- **Objetivo:** Desarrollar fuerza explosiva, resistencia y coordinación de tren inferior.



Salto estocada



- **Posición inicial:** En posición de estocada (una pierna adelante flexionada, la otra atrás extendida).
- **Ejecución:** Desde la estocada, impulsa el cuerpo hacia arriba en salto y cambia la posición de las piernas en el aire para caer en la estocada contraria.
- **Objetivo:** Potenciar la fuerza de glúteos, cuádriceps y pantorrillas, además de la coordinación.

Salto de ángulos

- **Posición inicial:** De pie, con piernas juntas y brazos a los lados.
- **Ejecución:** Realiza saltos cortos hacia adelante, atrás y a los lados, dibujando ángulos con el cuerpo. Los brazos acompañan para mantener equilibrio.
- **Objetivo:** Mejorar agilidad, coordinación espacial y capacidad de reacción.



Saltos Laterales



- **Posición inicial:** De pie, pies juntos y rodillas semiflexionadas.
- **Ejecución:** Salta lateralmente de un lado a otro con los pies juntos, manteniendo el ritmo constante.
- **Objetivo:** Potenciar coordinación lateral, agilidad y trabajo de abductores/aductores.

Combinados navales



- **Posición inicial:** De pie, piernas ligeramente separadas y brazos extendidos a los lados.
- **Ejecución:** Realiza saltos abriendo y cerrando brazos y piernas al mismo tiempo, similar a un jumping jack.
- **Objetivo:** Mejorar coordinación general, resistencia aeróbica y fuerza dinámica.

Salto vertical

- **Posición inicial:** De pie, pies a la anchura de los hombros, rodillas semiflexionadas.
- **Ejecución:** Flexiona las rodillas y salta lo más alto posible, extendiendo brazos hacia arriba. Aterriza suavemente con rodillas semiflexionadas.
- **Objetivo:** Incrementar potencia de tren inferior y capacidad de salto vertical.



Salto con alcance



- **Posición inicial:** De pie, con pies separados a la altura de hombros.
- **Ejecución:** Realiza un salto vertical o frontal extendiendo brazos para alcanzar un objeto o punto alto.
- **Objetivo:** Desarrollar fuerza explosiva, coordinación y precisión en el salto.

Ejercicios de Movilidad

Rodillas A-A

- **Posición inicial:** Tumbate boca arriba, brazos extendidos en cruz y rodillas flexionadas a 90°.
- **Ejecución:** Deja caer ambas rodillas hacia un lado, manteniendo los hombros en contacto con el suelo. Luego llévalas al otro lado.
- **Objetivo:** Movilizar la zona lumbar y cadera, generando flexibilidad en la columna.



Dominó Cadera

- **Posición inicial:** Boca arriba, con brazos abiertos y piernas estiradas.
- **Ejecución:** Cruza una pierna por encima del cuerpo hacia el lado contrario, buscando tocar el suelo con el pie. Mantén el hombro contrario apoyado.
- **Objetivo:** Mejorar movilidad de cadera y zona lumbar, estirando oblicuos y glúteos.



Rana Rotación

- **Posición inicial:** De rodillas y manos en el suelo, con rodillas abiertas y pies hacia afuera.
- **Ejecución:** Lleva la cadera hacia atrás como si quisieras sentarte sobre los talones, manteniendo la apertura de rodillas. Puedes acompañar con una ligera rotación del tronco.
- **Objetivo:** Ganar movilidad en caderas, aductores e ingles.



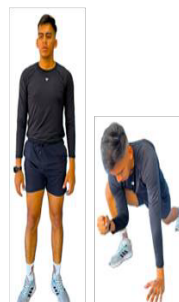
Pigeon (Paloma)



- **Posición inicial:** Desde posición de plancha o cuadrupedia, adelanta una pierna flexionada (rodilla delante, pie hacia adentro).
- **Ejecución:** Extiende la otra pierna atrás, mantén el tronco erguido o inclínate hacia adelante.
- **Objetivo:** Abrir la cadera, estirar glúteos y aliviar la zona lumbopélvica.

Zancada Lagarto

- **Posición inicial:** En posición de zancada (una pierna adelante y otra atrás).
- **Ejecución:** Apoya las manos en el suelo, al lado de la pierna delantera, bajando la cadera hacia el suelo. Mantén la espalda recta.
- **Objetivo:** Estirar flexores de cadera y cuádriceps, mejorando la movilidad de la cadena anterior.



Rotación Torácica



- **Posición inicial:** A cuatro apoyos, con una mano en la nuca.
- **Ejecución:** Gira el codo hacia arriba, rotando el tronco lo más que puedas. Luego vuelve a la posición inicial.
- **Objetivo:** Movilizar la columna torácica, mejorar rotación y liberar tensión dorsal.

Lumbopélvica

- **Posición inicial:** A cuatro apoyos (manos y rodillas en el suelo).
- **Ejecución:** Realiza movimientos de “gato-camello”: arquea la espalda hacia arriba (empujando con el abdomen) y luego hacia abajo (llevando el pecho al suelo y sacando glúteos).
- **Objetivo:** Movilizar la zona lumbar y pélvica, favoreciendo la flexibilidad de la columna.



Estos ejercicios se deben realizar *de forma controlada*, con respiración pausada y manteniendo entre 8 y 12 repeticiones por cada lado. Son ideales para calentamiento dinámico o sesiones de movilidad y flexibilidad.

Ejercicios zona media

Rotación

- **Posición inicial:** Acuéstate boca arriba, piernas flexionadas a 90° y brazos abiertos.
- **Ejecución:** Gira lentamente ambas rodillas hacia un lado sin despegar hombros del suelo. Regresa al centro y cambia al otro lado.
- **Objetivo:** Activar oblicuos y mejorar movilidad de la zona lumbar y abdominal.



Perro Cazador

- **Posición inicial:** A cuatro apoyos (manos bajo hombros y rodillas bajo cadera).
- **Ejecución:** Extiende simultáneamente brazo derecho al frente y pierna izquierda atrás. Mantén equilibrio unos segundos y cambia de lado.
- **Objetivo:** Fortalecer zona lumbar, glúteos y abdomen profundo.

Plancha Apoyos

- **Posición inicial:** En plancha alta (apoyado en manos y puntas de pies).
- **Ejecución:** Alterna apoyos: toca con una mano el hombro contrario o cambia de codos a manos de forma controlada.
- **Objetivo:** Mejorar estabilidad central y resistencia de abdomen y hombros.



Hiperextensión Lumbar



- **Posición inicial:** Boca abajo, manos detrás de la cabeza o al costado.
- **Ejecución:** Eleva el tronco lentamente contrayendo la zona lumbar, luego desciende controlado.
- **Objetivo:** Fortalecer erectores espinales y zona baja de la espalda.

Plancha Apoyo (Codos)

- **Posición inicial:** Boca abajo apoyado en antebrazos y puntas de pies.
- **Ejecución:** Mantén el cuerpo alineado sin arquear la espalda, abdomen contraído.
- **Objetivo:** Estabilidad abdominal y resistencia isométrica.



Plancha



- **Posición inicial:** Similar a la anterior, pero con brazos extendidos (posición de flexión de brazos).
- **Ejecución:** Mantén el cuerpo firme, sin levantar cadera ni hundir la zona lumbar.
- **Objetivo:** Activación de abdomen, glúteos y hombros.

Plancha 3 Apoyos

- **Posición inicial:** En plancha de antebrazos o brazos extendidos.
- **Ejecución:** Eleva un pie del suelo, manteniendo solo tres puntos de apoyo. Alterna con la otra pierna.
- **Objetivo:** Retar equilibrio y trabajar abdomen, glúteos y lumbares



Plancha Lateral Apoyo

- **Posición inicial:** Acostado de lado, apoyado en antebrazo y pies.
- **Ejecución:** Eleva la cadera manteniendo el cuerpo alineado. Mantén la postura.
- **Objetivo:** Fortalecer oblicuos, glúteos y zona lateral del tronco.

Inmersiones

Posición inicial: En posición de “V” invertida (pies y manos en el suelo).

- **Ejecución:** Flexiona codos llevando la cabeza entre ellos y empuja regresando a la posición inicial.

Objetivo: Trabajar abdomen, hombros y zona escapular



Puente de Glúteo



- **Posición inicial:** Boca arriba, rodillas flexionadas y pies apoyados.
- **Ejecución:** Eleva la cadera hasta alinear hombros, cadera y rodillas. Baja lentamente.
- **Objetivo:** Fortalecer glúteos, isquiotibiales y zona lumbar.

Puente lateral con apoyo

- **Posición inicial:** Túmbate boca arriba, con brazos extendidos al lado del cuerpo y palmas hacia abajo. Flexiona las rodillas, apoyando los pies en el suelo a la anchura de la cadera. Una pierna permanece apoyada, mientras la otra se eleva con la rodilla flexionada en ángulo de 90°.
- **Ejecución:** Desde esa posición, eleva la cadera empujando con el talón de la pierna apoyada, formando una línea recta entre hombros, cadera y rodilla. Mantén la pierna elevada sin perder el ángulo. Sostén unos segundos en la parte alta y desciende lentamente sin apoyar completamente la cadera en el suelo. Repite y cambia de pierna.
- **Objetivo:** Fortalecer glúteos, isquiotibiales y zona lumbar, además de mejorar la estabilidad del core y el control unilateral de la cadera.



Puente Glúteo Unilateral



- **Posición inicial:** Boca arriba, una pierna apoyada y la otra extendida al frente.
- **Ejecución:** Eleva la cadera apoyándote solo en un pie, manteniendo alineación. Alterna piernas.
- **Objetivo:** Trabajar glúteos de forma unilateral, mejorar fuerza y estabilidad pélvica.

Recomendación didáctica:

- Realizar *10 a 15 repeticiones* (en dinámicos) o *20 a 40 segundos* (en isométricos).
- Mantener respiración controlada, evitando arquear la zona lumbar.
- Incluir progresiones según el nivel del estudiante.

3.5. Conclusión del Capítulo III: Estrategias Integrales de Intervención desde la Educación Física para la Disminución de la Obesidad Infantil.

El Capítulo III ha desarrollado una profunda inmersión en las intervenciones destinadas a la disminución de la obesidad en la etapa infantil, destacando de manera prominente el rol indispensable de la educación física en este cometido. Este análisis revela que el abordaje de la obesidad infantil es un desafío complejo que exige una estrategia holística y coordinada, fundamentada en cuatro dimensiones clave: la nutrición, la actividad física, la reducción de conductas sedentarias y la optimización del sueño. La comprensión de estas interconexiones es esencial para diseñar programas que trasciendan la mera gestión del peso y promuevan una salud integral.

La dimensión nutricional se presenta como un pilar fundamental, caracterizada por su integralidad dietética y el énfasis en la prevención de hábitos alimentarios

inadecuados. Se promueven activamente pautas educativas para la adopción de dietas saludables, que incluyen el aumento del consumo de verduras y frutas, la reducción de alimentos ricos en sacarosa y la instauración de rutinas alimentarias consistentes, como la práctica de cenas familiares. La efectividad de estas estrategias reside en su capacidad de adaptación a las preferencias individuales del niño y a las particularidades de su entorno familiar.

La actividad física es concebida no solo como un medio para el gasto calórico, sino como un elemento transformador en el desarrollo integral del niño. Las intervenciones en este ámbito buscan educar a través de programas de ejercicio estructurados, implementados en ambientes seguros, colaborativos, lúdicos y libres de segregación.

Esto no solo potencia el desarrollo de habilidades motrices, sino que también favorece las interacciones sociales y contribuye a la erradicación del acoso escolar (bullying) asociado a la obesidad. Los objetivos de estos programas son ambiciosos: mejorar la forma física, minimizar los riesgos de comorbilidades asociadas a la obesidad, optimizar la salud general y asegurar que los niños cumplan con los niveles de actividad física recomendados para su edad. Un paso crítico es la realización de un diagnóstico integral y personalizado que identifique las especificidades físicas del infante, sus síntomas (como dolores musculoesqueléticos, fatiga o deterioro motor) y posibles comorbilidades.

Este diagnóstico es crucial para seleccionar los tipos de ejercicio más adecuados, ya sea para mejorar la capacidad aeróbica o reducir la masa grasa. Para ser eficaces, los programas deben estructurarse en sesiones de una hora o más, con una frecuencia mínima de tres días a la semana durante al menos tres meses. Deben ser atractivos, adaptarse a las preferencias del niño y ajustarse a parámetros como la frecuencia, intensidad, duración, tipo, volumen y progresión del ejercicio. Es fundamental una evaluación sistemática y continua a lo largo de todo el programa para monitorear la eficacia y los resultados.

La gestión de las conductas sedentarias se aborda como una dimensión independiente, cuyo principal objetivo es disminuir el tiempo de exposición a pantallas como televisores y otros dispositivos digitales. Esta reducción requiere la implicación activa de la familia para establecer límites en el uso de videojuegos y contenido audiovisual. En paralelo, la dimensión del sueño ha demostrado ser un factor influyente en el peso corporal. Las investigaciones confirman que la privación de sueño contribuye al aumento de peso, ya que el organismo tiende a compensar la falta de energía a través de la alimentación. Las intervenciones en esta área se centran en mejorar la higiene del sueño, estableciendo horarios regulares de inicio y fin.

Finalmente, el componente psicológico es transversal a todas estas dimensiones, reconociéndose su profunda

relevancia. Los niños con obesidad son vulnerables a sufrir ansiedad, estrés, depresión, baja autoestima, acoso escolar y dificultades psicosociales y de adaptación escolar.

Estas experiencias tienen un impacto negativo significativo en su autovaloración, seguridad personal, rendimiento académico y relaciones sociales. Por ello, las intervenciones psicológicas, ya sean integradas o autónomas, son imprescindibles para mitigar estos efectos y fomentar cambios conductuales positivos.

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se destaca por su eficacia al abordar la interrelación entre pensamientos, sentimientos y comportamientos. Aunque el formato y la duración pueden variar, la participación familiar es un factor crítico para el éxito de las terapias en la obesidad infantil.

El Capítulo III ha propuesto un modelo de intervención multidisciplinar, intersectorial, preventiva y participativa con el objetivo de empoderar a la comunidad educativa y a la sociedad en general con conocimientos sobre la obesidad, sus causas, consecuencias y medidas de prevención. Esta visión se traduce en una solución médico-pedagógica integral que planifica y controla acciones sociales, involucrando dinámicamente a la comunidad escolar desde las primeras etapas del desarrollo. Los profesores de Educación Física asumen un rol protagónico como agentes sanitario-educativos, encargados de transformar estilos de vida poco saludables en los niños y promover hábitos más

sanos en el seno familiar, utilizando técnicas como la extinción y el modelado.

Los objetivos específicos de esta intervención incluyen:

- Realizar un diagnóstico integral y personalizado para identificar la obesidad y sus causas.
- Diseñar intervenciones individualizadas basadas en los hallazgos diagnósticos.
- Consolidar valores positivos relacionados con la salud y una cultura alimentaria adecuada.
- Fomentar la reflexión crítica en niños y familiares sobre las problemáticas de la obesidad.
- Estimular la participación activa de los niños en la elección y consumo de alimentos saludables.
- Adoptar un enfoque multidisciplinar que integre terapias como la TCC y el análisis aplicado a la conducta, considerando también factores económicos, ecológicos, sociales, genéticos y culturales.
- Emplear el reforzamiento positivo y la extinción para modificar conductas.
- Convertir a los niños y sus familias en agentes de cambio para transformar hábitos de nutrición y sedentarismo.
- Difundir los logros y validar los efectos de las intervenciones.

La intervención médico-pedagógica para la prevención de la

obesidad se articula en tres momentos clave: planificación, realización y la evaluación de sus resultados. En la fase de realización, se implementan talleres de prevención de enfermedades y promoción de salud, diseñados para familiarizar a niños y familias con la obesidad, capacitarles en hábitos nutricionales, higiene del sueño y práctica de ejercicio físico, presentar las intervenciones específicas y comunicar los resultados obtenidos.

Los resultados de una encuesta aplicada a la comunidad educativa ilustran la pertinencia de estas intervenciones. Se observó que la pandemia de COVID-19 afectó negativamente la rutina física del 83.8% de los encuestados, y un 32.8% de los niños no realizó actividad física durante el confinamiento. Un 49.4% de los niños experimentó un aumento de masa corporal.

Aunque el 97.2% de los hogares reportó consumir alimentos balanceados, un preocupante 17% de los niños consume azúcares en exceso. No obstante, el 73.5% de las familias ha iniciado cambios en su alimentación, priorizando proteínas. Existe una alta demanda de información (83.4%) sobre cómo realizar actividades físicas en casa y una notable falta de conocimiento (63.6% no sabe) sobre el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC). A pesar de estas brechas, la disposición familiar a participar en programas educativos y de salud es muy elevada (88.9%), lo que representa una oportunidad inmejorable para fortalecer las estrategias de

prevención.

Para complementar estas estrategias, se han propuesto ejercicios físicos adaptados para realizar en casa, reconociendo las limitaciones de tiempo y económicas que a menudo enfrentan los padres. Esta guía incluye un calentamiento de 15 minutos con movimientos dinámicos, aprovechando recursos como YouTube o videojuegos.

Se sugieren rutinas de 3-5 ejercicios para tren superior e inferior, y 1-2 para la zona media, con series y repeticiones ajustadas a la capacidad individual y con descansos controlados. La recomendación es practicar al menos 60 minutos de ejercicio diario, idealmente 5-6 días a la semana, incluyendo opciones aeróbicas. Se detallan ejemplos específicos de ejercicios de tren inferior (sentadillas, estocadas, elevaciones de cadera) y tren superior (flexiones, elevaciones de hombros, extensiones de brazos), con indicaciones para facilitar su ejecución en el hogar.

En retrospectiva, el Capítulo III no solo ha diagnosticado los complejos factores que contribuyen a la obesidad infantil, sino que también ha delineado una hoja de ruta clara para su mitigación. La intervención efectiva requiere una colaboración genuina entre el sector de la salud, la educación y las familias, integrando aspectos nutricionales, de actividad física, de hábitos sedentarios y de sueño, siempre con un robusto soporte psicológico.

Los datos de la encuesta validan la urgencia y la oportunidad

de estas acciones, demostrando que, a pesar de las barreras de conocimiento, existe una fuerte voluntad para el cambio. El éxito futuro en la lucha contra la obesidad infantil dependerá de la implementación de programas educativos y de salud que sean accesibles, personalizados y sostenibles, empoderando a niños y familias para adoptar estilos de vida que garanticen su bienestar físico y emocional a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, J., Castro, K., y Bruno, F. (2019). *Del bullying a las tácticas perversas. La evolución de la violencia. Tópicos del Trabajo Social*. Margen: Revista de trabajo social y ciencias sociales, (94), 11. <https://www.margen.org/suscri/margen94/Acevedo-94.pdf>
- Adelardi, L. (2022). *Bullying, gordofobia y salud mental*. Revista Límbica, 3(4). <https://revistalimbica.com/wp-content/uploads/2022/08/Bullying-gordofobia-y-salud-mental.-Adelardi-L.-Revista-Limbica.pdf>
- Aguilar, M.J., Baena, L., y Sánchez. A.M. (2016). *Obesidad durante el embarazo y su influencia en el sobrepeso en la edad infantil*. Nutrición Hospitalaria, .3 (supl 5):18-23.
- Aguilera, C., Labbé, T., Busquetes, J. Venegas, P., Neira. C., y Valenzuela., A. (2019). *Obesidad ¿Factor de riesgo o enfermedad?* (2019). Revista Médica de Chile, 147(4):470-4. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112016001100003
- Aguirre, P. (2004). *Pobres gordos, ricos flacos: la alimentación en crisis*. Capital Intelectual. <https://sociologia1unpsjb.files.wordpress.com/2008/03/aguirre-ricos-flacos-y-gordos-pobres.pdf>
- Alman, K. L., Lister, N. B., Garnett, S. P., Gow, M. L., Aldwell, K. & Jebeile, H. (2021). *Dietetic management of obesity and severe obesity in children and adolescents: a scoping review of guidelines*. Obesity reviews, 22e13132. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32896058/>

- Álvarez, C. (2014). *La cerda Punk. Ensayos desde un feminismo gordo, lesbiko, antikapitalista y antiespecista*. Trio Editorial.
<https://paroledequeer.blogspot.com/2023/03/la-cerda-punk.html>
- Alves, I., Cardoso, D. y Alves, L. (2017). *Bullying en el entorno escolar*. Revista Aprendizaje Digital, 2(1), 58-65.
- Alza, L., Lavretsky, P., Peters, J. L., Cerón, G., Smith, M., Kopuchian, C., & Astie, A. (2019). *Old divergence and restricted gene flow between torrent duck (Merganetta armata) subspecies in the Central and Southern Andes*. *Ecology and Evolution*, 9(17), 9961-9976.
https://www.utep.edu/science/lavretskylab/Articles/2019.Alza.et.alEE_ddRAD_TorrentDucks.pdf
- Amaro, M., y Flores, Y (2017). *Efecto del temperamento infantil en el peso del niño preescolar: una revisión sistemática*. *Enfermería global*, 16(46), 596-623.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000200596
- Aparco, J. P., Bautista-Olortegui, W., Astete-Robilliard, L., y Pillaca, J. (2016). *Evaluación del estado nutricional, patrones de consumo alimentario y de actividad física en escolares del Cercado de Lima*. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 633-639.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmpesp.2016.334.2545>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Bados, A. (2017). Fobia social o trastorno por ansiedad social: Naturaleza, evaluación y tratamiento. Tesis de doctorado, Universitat de Barcelona <http://hdl.handle.net/2445/115727>
- Baile, A., González, P., y Rabito, A. (2020). *La intervención psicológica la obesidad: desarrollo y perspectivas*. Clínica Contemporánea, 11(3), 1-14
- Baños, R.M., Oliver, E., Navarro, J., Vara, M.D., Cebolla, A., y Lurbe, E. (2019). *Eficacia de un tratamiento cognitivo y conductual para la obesidad infantil apoyado en la plataforma web ETIOBE*. Salud Psicológica Médica, 24, 703-713.
- Barreira, Y., y Balsa, A. (2011). *Programa psicoeducativo para mejorar la salud de los escolares hipertensos*. Cuadernos Educación Desarrollo, 29.
- Bernabeu-Justes, M., y Sánchez-Ramírez, CA. (2019). *Asociación entre los factores demográficos y socioeconómicos con el estado nutricional en niños menores de 5 años en poblaciones rurales de Colima*. Revista Española de Nutrición Humana y Dietética, 23(2), 48-55. <http://doi.org/10.14306/renhyd.23.2.54>
- Bhupathiraju, S.N. y Hu, F.B. (2016) *Epidemiology of Obesity and Diabetes and Their Cardiovascular Complications*. Circulation Research, 118, 1723-1735.
- Bray, G.A., Kim, K.K., Wilding, J.P.H. (2017). *World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process*. A position statement of the World Obesity Federation. Obesity Reviews, 18 (7), 715-23.
- Brennan, L., Walkley, J., Wilks, R., y Fraser, S.F. Greenway K. (2013). *Resultados fisiológicos y conductuales de un ensayo controlado aleatorizado de una intervención*

cognitiva conductual en el estilo de vida para adolescentes con sobrepeso y obesos. Obesity Research & Clinical Práctica; 7 e23-41.

Brotanek, J.M., Gosz, J., Weitzman, M., & Flores, G. (2007). *Iron Deficiency in Early Childhood in the United States: Risk Factors and Racial/Ethnic Disparities*. *Pediatrics*, 120(4), 568-75.

Cabañas, V., Casanova, I. y Fernández, I. (2018). *Terapia Cognitivo-Conductual en un caso único de fobia a la conducción*. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 71-83.

Cairós, A. (2019). *Fobia específica: Diagnostico, Evaluación y Tratamiento*. Tesis de grado, Universidad de la Laguna. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/14599>

Calderín, R.O. (2020). Generalidades sobre las consecuencias del sobrepeso corporal y de la obesidad en la salud. *Revista Cubana de Endocrinología*, 31 (1).

Calvo, E. (2007). *Evaluación del estado nutricional de niñas, niños y embarazadas mediante antropometría*. Ministerio de Salud de la Nación.

Cárdenas, G., Botella, C., Quero, S., Baños, R., Durán, X., de la Rosa, A. Flores, L. y Molés, M. (2016). *Efectividad del tratamiento virtual flight con población mexicana*. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(2), 145-156.

Ceballos-Macías., J.J. Pérez, R., Flores-Real, J.A., Vargas-Sánchez, J., Ortega-Gutiérrez, G. Madriz-Prado, R., y Hernández-Moreno, A. (2018). *Obesidad. Pandemia del siglo XXI*. *Revista de sanidad. Militar*, 72(5-6).

- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. (2000). *Establecer una definición estándar de sobrepeso y obesidad infantil a nivel mundial: encuesta internacional*. Revista británica de medicina. May 6;320(7244):1240-3. doi: 10.1136/bmj.320.7244.1240. PMID: 10797032; PMCID: PMC27365.
- Contrera, L., y Moreno, L. (2022). *Cuadernillo de sensibilización sobre las temáticas de diversidad corporal gorda*. Ministerio de las mujeres, políticas de género y diversidad sexual.
- Dalle, R., & Calugi, S. (2020). *Terapia cognitivo-conductual para adolescentes con trastornos alimentarios*. Nueva York, NY: Guilford Press. <https://bpsmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13030-024-00315-7>
- De Domingo, M. y, López, J. (2014). *La estigmatización social de la obesidad*. Cuadernos de Bioética, 25(2), 273-284.
- Del Águila, C.M. (2014). *Obesidad en el niño: factores de riesgo y estrategias para su prevención en Perú*. Revista Peruana de Med Experimental y Salud Pública, 34 (1). <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.341.2773>
- Delgado, A.C. y Sánchez, J.V. (2019). *Miedo, fobias y sus tratamientos*. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 22, (2), 798-833. <http://www.medigraphic.com>
- Diario Oficial de la Federación. (18 de mayo de 2018). *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Diario Oficial de la Federación.

- Díaz, Y.O., Torres, Y., Despaigne, C., y Quintana, Y. (2018). *La obesidad: un desafío para la Atención Primaria de Salud*. Revista Información Científica, 97(3), 680-690
- Doherty, W.J & Harkway, J.E (1990). Obesity and family systems: A family FIRO approach to assessment and treatment planning. Journal of Marital and Family Therapy, 16(3), 287-298.
- Duelo, M., Escribano, E., y Muñoz, F. (2009). *Gordofobia: efectos psicosociales de la violencia simbólica y de género sobre los cuerpos. Una visión crítica en la Universidad Nacional, Heredia. Obesidad*. Revista de Pediatría de Primaria, 11(supl.16), 239-257.
- Durrer, D., Busetto, L., Dicker, D., Farpour-Labert, N., Pryke, R., Toplak, H., Widmer, D., Yumuk, V., & Schutz, Y. (2019). *European practical and patient-centred guidelines for adult obesity management in primary care*. Obesity Facts, 12(1), 40-66. <https://doi.org/10.1159/000496183>
- Estévez, E., Flores, E., Estévez, J. F., & Huéscar, E. (2019). *Programas de intervención en acoso escolar y ciberacoso en educación secundaria con eficacia evaluada: una revisión sistemática*. Revista Latinoamericana de Psicología, 51(3), 210-225. <http://dx.doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n3.8>
- Estévez, E., Jiménez, T. I., & Cava, M. J. (2016). *A cross-cultural study in Spain and Mexico on school aggression in adolescence: Examining the role of individual, family and school variables*. Cross-cultural Research, 50(2), 123-153. <http://dx.doi.org/10.1177/1069397115625637>
- Felső, R., Lohner, S., Hollódy, K., Erhardt, É. & Molnár, D. (2017). *Relationship between sleep duration and*

childhood obesity: Systematic review including the potential underlying mechanisms. Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases, 27(9),751-761. DOI:10.1016/j.numecd.2017.07.008

Ferrer, M., Fernández, C., y González, M.T. (2020). *Factores de riesgo relacionados con el sobrepeso y la obesidad en niños de edad escolar.* Revista Cubana de Pediatría, 92(2).

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1126744>

Ganley, R. (1988). *Emotional eating and how it relates to dietary restraint, disinhibition, and perceived hunger.* International Journal of Eating Disorders, 7(5), 635-647.
[http://doi.org/10.1002/1098-108X\(198809\)7:5<635::AID-EAT2260070507>3.0.CO;2-K](http://doi.org/10.1002/1098-108X(198809)7:5<635::AID-EAT2260070507>3.0.CO;2-K)

García, A.J., y Creus, E.D. (2016). *La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento.* Revista Cubana de Medicina General Integral, 32(3).

García, E., Flores, M., y Vázquez, V. (2017). *Manual de obesidades. Una oportunidad para mejorar la salud de mi paciente.* Permanyer

García, K., y Ortega, A.J. (2022). *Programa de intervención psicológica para el manejo de la obesidad infantil.* Revista Humanidades Médicas, 22(3).

Garvey, W. T., Mechanicj, J.I., Brett, E.M., Garber, A.J., Hurley, D.L., Jastreboff, A. Nadalski, K., Pessah-Pollack, R., Polkowski, R., & Reviewers of the AACE/ACE Obesity Clinical Practice Guidelines. (2016). *American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with*

obesity. Endocrinology Practice, 22(Suppl.3), 1-203.
<http://doi.org/10.4158/1934-2403-22.s6.1>

González-Mariscal I, Martín-Montalvo A, Ojeda-González C, Rodríguez-Eguren A, Gutiérrez-Ríos P, Navas P, Santos-Ocaña C. (2017). *Balanced CoQ₆ biosynthesis is required for lifespan and mitophagy in yeast*. Microb Cell. Feb 3;4(2):38-51.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5349121/>

Güerre, J y Ogando, N. (2014). *Miedos y fobias en la infancia*. Anales de Pediatría Continuada, 12(5), 264-268.
<https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-miedos-fobias-infancia-S1696281814702021>

Guillén, R.S. (2014). *Psicología de la obesidad. Esferas de vida. Multidisciplina y Complejidad*. Manual Moderno.

Güimaraes, A.M.V., Neto, A.C.da S., Vilar, A.T.S., Alemida, B.G da C., Fermoseli, A.F. de O. y Albuquerque, C.M.F. (2015). *Trastornos de ansiedad: un estudio de prevalencia sobre fobias específicas y la importancia de la ayuda psicológica*. Cuaderno de Graduación-Ciencias Biológicas y de la Salud-UNIDAD/AL. 3(1), 115-128.
<https://periodicos.set.edu.br/cdgsaude/article/view/2611>

Hernández Prados, M. Ángeles, & Solano Fernández, I. M. (2007). *Ciberbullying, un problema de acoso escolar*. RIED-Revista Iberoamericana de Educación a Distancia, 10(1), 17-36.
<https://doi.org/10.5944/ried.1.10.1011>

Herrera-López, M., Romera, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2017). *Bullying y cyberbullying en Colombia; coocurrencia en adolescentes escolarizados*. Revista Latinoamericana

de Psicología, 49(3), 163-172.
<https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.08.001>

Herrera-López, M., Romera, E.M., & Ortega-Ruiz, R. (2018). *Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica. Un estudio bibliométrico*. Revista mexicana de investigación educativa, 23(76), 125-155.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662018000100125&lng=es&tlng=es.

Instituto Canario de Igualdad [ICI, 2020]. *Guía elaborada en el marco del Proyecto Jornadas sobre Gordofobia y la Violencia Estética contra las Mujeres 2020*. Instituto Canario de Igualdad. Gobierno de Canarias.
<https://www.laspalmasgc.es/web/bibliojuven/Ciudadania/Violencia/GUIA%20GORDOFOBIA-GOBIERNO%20DE%20CANARIAS-2020.pdf>

Jensen, M. D., Ryan, D. H., Apovian, C. M., Ard, J. D., Comuzzie, A. G., Donato, K. A., & Sociedad de Obesidad. (2014). *Guía AHA/ACC/TOS 2013 para el manejo del sobrepeso y la obesidad en adultos: un informe del Grupo de Trabajo sobre Guías de Práctica del Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón y la Sociedad de Obesidad*. Circulation, 129 (25 Suppl 2), S102-S138
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.0000437739.71477.ee>

Jimbo, A.C., Huiracocha, M., Bermeo, X.M. (2022). *Relación entre el bullying y la malnutrición en niños y adolescentes*. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, 39(3).
<https://doi.org/10.18537/RFCM.39.03.05>

Jiménez, C. (2018). *Diseño de un programa de intervención para reducir la ansiedad en niños escolarizados en*

primaria. Tesis de grado, Universidad de Sevilla.
<http://hdl.handle.net/11441/82909>

Kaufer-Horwitz, M., y Pérez, J.F. (2022). *La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos*. Interdisciplina Vol. 10 Núm. 26 (2022): Obesidad/es
<https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973>

Kirkilas, G. (2022). *Índice de masa corporal (IMC)*. American Academy of Pediatrics
<http://healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/obesity/Paginas/body-mass-index-formula.aspx>

Kominiarek, M.A., & Peaceman, A.M. (2017). *Gestational weight gain*. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 217(6):642-651.
<http://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.040>

Kovalski I, Corvalán C, Chamorro V, Casini V, Weiss Taub G, Recalde A. (2012). *Factores obesogénicos vinculados con el ambiente infantil*. En: Uauy R, Carmuega E, (eds.). Crecimiento saludable: entre la desnutrición y la obesidad en el Cono Sur. Buenos Aires: INTA, CESNI, Instituto Danone; 2012. p. 175-205.

Lacunza, A., Caballero, S. y, Salazar, R, Sal, J., Ale, M, Filgueira, J., Fernández, N y Diaz, Y. (2015). *Características de personalidad en adolescentes con sobrepeso y obesidad*. Psicología y Salud; 25(1):5-14.

Lafuente, M.D. (2012). *Tratamiento cognitivo conductual de la obesidad*. Trastorno de la conducta alimentaria, 14, 1490-1504.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6250628.pdf>

- LeBlanc, A.G, Spence, J.C, Carson, V., Connor, S., Dillman, C., Janssen I, Kho, M.E., Stearns, J.A., & Timmons, B. (2012). *Systematic review of sedentary behavior and health indicators in the early years (aged 0-4 years)*. Applied Physiology Nutrition; 37(4), 753-372. <http://doi.org/10.1139/h2012-063>
- Lermenda Peña, C., Sánchez Álvarez, C., Oliva Vega, E., & Astudillo Ganora, I. (2023). *Relationship between risky alcohol consumption and academic performance in students in the health area at a Chilean University*. Salud, Ciencia y Tecnología, 4, 914. Disponible en: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/795>
- Loaiza M.S., y Atalah, S.E. (2006). Factores de riesgo de obesidad en escolares de primer año básico de Punta Arenas. *Revista chilena de pediatra*, 77(1): 20-26. <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000100003>.
- Lombardo-Aburto, E., Velázquez-Moctezuma, J., Flores-Rojas, G., Casillas-Vaillard, G. A., Galván-López, A., García-Valdez, P., Rosique-MacGregor, L., Rodríguez-López, L. (2011). *Relación entre trastornos del sueño, rendimiento académico y obesidad en estudiantes de preparatoria*. Acta Pediátrica de México, 32(3).
- López, G.F., Díaz, A., y Smith, L (2018). *Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes responder de 3 a 18 años*. Anales de psicología, 2018, vol. 34, n° 1 (enero), 167-172 <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.294781>
- Lugones, M. & Ramírez, M. (2017). *Bullying: aspectos históricos, culturales y sus consecuencias para la salud*. Revista Cubana de Medicina General Integral, 33(1), 154-162.

- Luque, A. (2017). *Tratamiento de un caso de fobia a las inyecciones sin respuesta bifásica*. Revista de Casos Clínicos en Salud Mental, 1, 1-24.
- Machado, K., Gil, P. y, Pérez, C. (2018). *Sobrepeso/obesidad en niños en edad escolar y sus factores de riesgo*. Archivos de Pediatría del Uruguay, 89(1), 16-25. <http://doi.org/10.31134/ap.89.s1>
- Mahumud, M. A., Beard, J., & Tompson, L. (2021). *The impact of COVID-19 on subjective wellbeing: a systematic review*. Journal of affective Disorders, 295, 29-36
- Maldonado, J., Quezada, H. C., Hernández-Mosqueira, C., & Obando, E. S. (2023). *Efectividad de programas de intervención escolar orientada la reducción de la obesidad infantil: Una revisión sistemática*. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación, (47), 603-609. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8689012>
- Messerli, N., Stülb, K., Kakebeeke, T.H., Arhad, A., Zysset, A.E., Leeger-Aschmann, C.S., Schmutz, E.A., Meyer, A.H., Ehlert, U., Garcia-Burgos, D., Kriemler, S., Jenni, O.G., Puder, J.J., & Munsch, S. (2018). *Emotional eating y related with temperament but not with stress biomarkers in preschool children*. Appetite, 120(1), 256-264.
- Miri, S.F., Javadi, M., Lin, C.Y., Griffiths, M.D., Björk, M., & Pakpour, A.H. (2019). *Effectiveness of cognitive-behavioral Therapy on nutrition improvement and weight of overweight and obese adolescents: A randomized controlled trial*. Diabetology & Metabolic Syndrome, 13, 2190-2197.
- Mönckeberg, F., y. Muzzo, S. (2015). *La desconcertante epidemia de obesidad*. Revista chilena de nutrición,

42(1). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182015000100013>

Morales, A. A. (2013). *Obesidad: enfermedad de alto riesgo en la vida reproductiva de la mujer*. Gaceta Médica Espirituana, 15(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=47263>

Morales, J.A. (2010). *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario*. UAEH

Muthuri, S. K., Onywera, V. O., Tremblay, M. S., Broyles, S. T., Chaput, J. P., Fogelholm, M., Hu, G., Kuriyan, R., Kurpad, A., Lambert, E. V., Maher, C., Maia, J., Matsudo, V., Olds, T., Sarmiento, O. L., Standage, M., Tudor-Locke, C., Zhao, P., Church, T. S., Katzmarzyk, P. T. & ISCOLE Research Group. (2016). *Relationships between Parental Education and Overweight with Childhood Overweight and Physical Activity in 9-11-Year-Old Children: Results from a 12-Country Study*. PLoS One, 11(8): <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0147746>

Nuño, M., Hevia, M., Bustos, C., Florenzano, R., y Fritsch, R. (2017). *Distorsión de la imagen corporal en madres hacia sus hijos con sobrepeso u obesidad*. Revista Chilena de nutrición; 44(1): 28-32.

Olivares, P.J., Soler, N y Sánchez, M. (2017). *Evaluación y tratamiento de un caso de cinofobia*. Análisis y Modificación de Conducta, 43(167-168), 1-18.

Olweus, D. (1995). *Bullying or peer abuse at school: Facts and intervention*. Current Directions in Psychological Science, 4(6), 196-200. <https://10.1111/1467-8721.ep10772640>

- Organización Mundial de la Salud (2016). *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad Infantil*. OMS.
- Organización Mundial de la salud (2018). *Noncommunicable Disease Country Profiles 2018*: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en/>
- Organización Mundial de la salud (2021). *Obesidad y sobrepeso*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Ortega, E.G. (2018). *Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil*. Revista Médica Herediana, 29(.2). <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
- Ortega, M., Muros, J., Palomares, J., Martín, J., y Cepero, M. (2015). *Influencia del índice de masa corporal en la autoestima de niños y niñas de 12-14 años*. Anal de Pediatría; 83, 311-317.
- Ortega, R.M. (2021). *Situación ponderal, composición corporal y calidad de la dieta de los escolares españoles en función del nivel de adherencia a las guías de movimiento de 24 horas*. Nutrición Hospitalaria, 38(1), 73-84. <http://dx.doi.org/10.20960/nh.03127>
- Ortega, R.M., Jiménez-Ortega, A.I., Martínez-García, R.M., Aguilar-Aguilar, E., Lozano-Esteban, M.C. (2022). *La obesidad infantil como prioridad sanitaria. Pautas en la mejora del control de peso*. Nutrición Hospitalaria, 39(3). <https://dx.doi.org/10.20960/nh.04308>
- Osorio-Mejía, A.M., Martínez-Arbeláez, S., Ramírez-Girón, N. (2023). *Determinantes socioeconómicos del exceso de peso en niños preescolares y escolares colombianos*. Encuesta Nacional de Situación

- Nutricional 2015. Archivos Latinoamericanos de Nutrición, 72(4).
<https://doi.org/10.37527/2022.72.4.002>
- Pallares, J., y Baile, A. (2012). *Estudio de la obesidad infantil y su relación con la imagen corporal en una muestra española*. Psychologies. Advances de la Disciplina, 6(2) 13-21.
- Peirson, L., Fitzpatrick-Lewis, D., Morrison, K., Warren, R., Usman Ali M, Raina P. (2015). *Prevention of overweight and Obesity in children and youth: a systematic review and meta-analysis*. CMAJ Open, 3(1).
<http://doi.org/10.9778/cmjo.20140053>
- Peral-Suárez, A., Navia, B., Cuadrado-Soto, E., Perea, J.M., González-Rodríguez, L.G., Pfeifflié, S., Pellegrino, F., Kruseman, M., Pijollet, C., Volery, M., Soguel, L. & Torre, S. B. D. (2019). *Current recommendations for nutritional management of overweight and obesity in children and adolescents: a structured framework*. Nutrients, 11(2), 362-
- Piñuel, I. y Cortijo, O. (2016). *Cómo prevenir el acoso escolar. La implantación de protocolos antibullying en los centros escolares: una visión práctica y aplicada*. Editor: Fundación Universitaria San Pablo CEU.
- Quirós, G.M. (2019). *Gordofobia: efectos psicosociales de la violencia simbólica y de género sobre los cuerpos. Una visión crítica en la Universidad Nacional, Heredia*. Tesis doctoral. Universidad Nacional Costa Rica.
<http://hdl.handle.net/11056/14894>
- Radoszewska, J. (2017). *The Psychological determinants of Obesity in children and adolescents*. Developmental Period Medice, 21(3), 208-212.

<http://doi.org/10.34763/devperiodmed.20172103.208212>

Ramos-Pino, J.M., y Carballeira-Abella, M. (2021). *Obesidad y sobrepeso: conceptualización e intervención desde la enfermería en España*. *Ene*, 15(.2).

Remesal, R. (2008). Desarrollo evolutivo, personalidad y nivel de adaptación en un grupo de menores obesos. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 411-426.

Ri, N., y Sook, Y. (2020). *An Update on Mental Health Problems and Cognitive Behavioral Therapy in Pediatric Obesity*. *Journal of Pediatric Gastroenterology. Hepatology & Nutrition*, 23 (1); 15-25. <http://doi.org/10.5223/pghn.2020.23.1.15>

Rodd, C., y Sharma, A.K. (2017). *Prevalence of overweight and obesity in Canadian children, 2004 to 2013: Impact of socioeconomic determinants*. *Pediatrics Child Health*, 22(3): 153-158. <http://doi.org/10.1093/pch/pxx057>

Rojas, D., Brenes, M., y Valverde, S. (2019). *Satisfacción de padres de familia con una intervención integral intrahospitalaria pediátrica de sobrepeso-obesidad en Costa Rica*. *Movimiento Científico*, 13(2), 1-9.

Rolland, C., Deheger, M., Maill, T., Bellisle, F. (2006). *Early adiposity rebound causes and consequences for obesity in children and adults*. *International Journal of Obesity* (Lond), 30 (Suppl.4). <http://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803514>

Rosen, E.D. (2015). *Two paths to fat*. *Nature Cell Biology*, 17(4): 360-361.

- Ruiz, A. (2017). *Eficacia de un tratamiento de exposición progresiva multimedia para las fobias específicas: Un estudio clínico y experimental*. Tesis de Doctorado. Universidad de Málaga. <https://hdl.handle.net/10630/15534>
- Sabalete, T., Molina, J., Rosario, M.P., y Carlos, A.M. (2017). *Guías de Práctica Clínica Sobre Trastornos de la conducta Alimentario*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Salazar-Sánchez, D.A., Alzate, T., Múnera, H.A., PastorM. (2020). *Sobrepeso, obesidad y factores de riesgo: un modelo explicativo para estudiantes de Nutrición y Dietética de una universidad pública de Medellín, Colombia*. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 22(1). <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v22n1a04>
- Santesteban, O., Rentero, D., Güerre, J.M, Espín, J.C y Jiménez, M.A. (2016). *Tratamiento cognitivo conductual de fobia específica en la infancia: estudio de caso*. *Ansiedad y estrés*, 22(2-3), 80-90. <http://10.1016/j.anyes.2016.06.001>
- Schwartz MB, Brownell KD. (2004) *Obesity and body image*. *Body Image*. Jan;1(1):43-56. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18089140/>
- Shamah-Levy, T., Cuevas-Nasu, L., Méndez-Gómez, H.I.,- Morales-Ruán, C., Valenzuela-Bravo, D.G., Gaona-Pineda, E.B., et al. (2020). *Prevalencia y predisposición a la obesidad en una muestra nacional de niños y adolescentes en México*. *Salud de Pública de México*, 62(6):725-733. <http://doi.org/10.21149/11552>
- Shen, C., et al. (2020). *Tratamiento de 5 pacientes críticos con COVID-19 con plasma de convalecientes*. *Revista de la Asociación Médica Americana*, volumen 323, páginas

1582-1589.

DOI:

<https://doi.org/10.1001/jama.2020.4783>.

Solbes I, Enesco I, Escudero A. (2018). *Los perjuicios y las actitudes negativas hacia la gordura en la infancia*. INFAD Revista de Psicología, (1):251-260.

Sosa, C.D., y Capafóns, J.I. (2014). *Fobia específica*. En Caballo, V.E., Salazar, I.C. y Carrobbles, J.A. (Eds.). Manual de psicopatología y trastornos psicológicos (pp.161-179). Pirámide.

Steene-Johannessen, J., Anderssen, S. A., Andersen, L. B., Dwyer, T., & Hallal, P. C. (2020). *Global physical activity levels: progress since 2008*. The Lancet, 395 (10232), 1357-1367.

Tarbal, A. (2010). *La obesidad infantil: una epidemia mundial*. Hospital Sant Joan de Déu

Terán, A. (2020). *Ciberadicciones. Adicción a las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (NTIC)*. En: AEPap (ed.), Congreso de Actualización Pediatría 2020 (p. 153-165). Lúa Ediciones 3.0

Torrensts, D., Fullana, M.A., Vervliet, B., Treanor, M., Conway, C. y Zbozinek, T. (2015). *Maximizar la terapia de exposición: un enfoque basado en el aprendizaje inhibitorio*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20, 1-24.

Tremblay, M.S., Carson, V., Chaput, J.P, Connor, G.S, Dinh T, Duggan, M, et al. (2016). *Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Children and Youth: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep*. Applies Physiology, Nutrition and Metabolism, 41(6 Supl. 3). <http://doi.org/10.1139/apnm-2016-0151>

- Vallejo-Slocker, L. y Vallejo, M.A. (2016). *Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada*. Acción Psicológica, 13(2), 157-168. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.2.16539>
- Vázquez-Juárez, C.I., Colunga-Rodríguez, C., Oliveros, L.E., Serrano, P., Avalos, M.A., González, M.A., Vázquez, J.C. (2015). *Obesidad infantil como factor de riesgo para el bullying escolar*. Revista Educarnos, 5(18-19).
- Vicente, B., García, K., González, A.E., y Saura, C.E. (2017). *Sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 12 años*. Finlay Revista de enfermedades no transmisibles, 7(1).
- Villao, S. M. (2021). Factores que influyen en el sobrepeso en los escolares de 5-10 años. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0125>
- Villaseñor, S., Ontiveros, C. y, Cárdenas, K. (2006). *Salud mental y obesidad*. Investigación en Psicología, 2.
- Wilding, J. (1997). *Science, medicine, and the future*. Obesity treatment; 315 (7114), 997-1000.
- Yi, D.Y., Kim, S.C., Lee, J.H., Lee, E.H., Kim, J.Y., y Kim YJ, Manjhis., Koh, H., et al. (2019). *Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Pediatric Obesity: Recommendations from the Committee on Pediatric Obesity of the Korean Society Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*. Journal of Pediatric Gastroenterology. Hepatology & Nutrition, 22(1), 1-27. <http://doi.org/10.5223/pghn.2019.22.1.1>

ISBN: 978-9942-53-005-9



Compás
capacitación e investigación