

Obesidad Infantil: una mirada desde la Psicomotricidad

Trabajo monográfico final



Instituto Universitario CEDIAP

Licenciatura en Psicomotricidad

Autora: M^a Inés García Pelufo

Tutora: Prof. Lic. Blanca García Ferrés

Montevideo, Abril de 2013

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecerles a mi familia, mi novio y mis amigas por el apoyo, la ayuda, la contención y el ánimo que me brindaron en estos cuatro años de la carrera y en el proceso de elaboración de esta monografía.

Agradecerle también a mi tutora, Blanca García, que me guió, me estimuló y acompañó incondicionalmente en la realización de este trabajo, brindándome sus conocimientos y vasta experiencia.

A Verónica Winokur, por permitirme ir a observar trabajando con un niño obeso en tratamiento psicomotor y a María Noel Capobianco, Magdalena Solsona, Silvia García, Liliana Enciso y Laura Núñez por responderme las preguntas de las entrevistas, agradecerles su buena disposición.

A mis compañeras/os y amigas/os de generación, y a todos los profesores del Instituto Universitario CEDIAP con los cuales compartí gratos momentos en este proceso de aprendizaje, crecimiento y formación tanto profesional como personal.

Índice

	Página
Índice.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIONES GENERALES SOBRE LA OBESIDAD INFANTIL	5
1.1. <i>Definición</i>	5
1.2. <i>Diferenciación entre sobrepeso y obesidad</i>	5
1.3. <i>Prevalencia</i>	6
1.4. <i>Clasificación</i>	6
1.5. <i>Etiología</i>	7
1.5.1. <i>Obesidad primaria</i>	7
1.5.2. <i>Obesidad secundaria</i>	10
1.6. <i>Factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad</i>	11
1.7. <i>Factores de protección</i>	12
CAPÍTULO 2: LA OBESIDAD INFANTIL COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO	14
2.1. <i>Enfermedades orgánicas</i>	14
2.2. <i>Dificultades a nivel psicológico</i>	20
2.2.1. <i>Causas de la obesidad infantil desde el plano psicológico</i>	20
2.2.2. <i>Consecuencias de la obesidad infantil a nivel psicológico</i>	22
2.2.3. <i>Familia</i>	23
2.3. <i>Afectaciones psicomotrices</i>	24
2.3.1. <i>Una mirada psicomotriz del cuerpo</i>	24
2.3.2. <i>Modelo de cuerpo hoy en día</i>	30
2.3.3. <i>Alteraciones psicomotrices</i>	30
CAPITULO 3: ABORDAJE PSICOMOTOR DE LA OBESIDAD INFANTIL DENTRO DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.....	33

3.1. <i>Equipo interdisciplinario</i>	33
3.2. <i>Definición de Psicomotricidad</i>	35
3.3. <i>Campos de intervención psicomotriz</i>	36
3.4. <i>Nivel preventivo desde la Psicomotricidad ante la obesidad infantil</i>	39
3.4.1. Estimulación oportuna.....	39
3.4.2. Educación psicomotriz	40
3.5. <i>Aspectos que justifican la intervención psicomotriz en el niño obeso</i>	41
3.6. <i>Abordaje de un niño que presenta obesidad</i>	42
3.6.1. Evaluación.....	42
3.6.2. Encuadre de trabajo.....	47
3.6.2.1. Objetivos generales para la intervención psicomotriz	48
3.6.2.2. Objetivos y estrategias específicas para el abordaje psicomotor de un niño obeso	48
CAPÍTULO 4: <i>CONCLUSIONES</i>	50
BIBLIOGRAFIA CITADA.....	52
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA.....	60
ANEXOS.....	63

INTRODUCCIÓN

Este trabajo corresponde a la monografía final de la Licenciatura en Psicomotricidad del Instituto Universitario CEDIIAP, la cual con su aprobación permite obtener el título de Licenciado/a en Psicomotricidad.

Luego de reflexionar sobre cuál sería mi tema para esta monografía, consideré que la obesidad infantil podría resultar de interés, por ser una problemática en boga que considero interpela, en gran medida, a todos los profesionales de la salud.

Desde la medicina, la obesidad es una enfermedad que a lo largo de los últimos años ha aumentado extraordinariamente, configurando en la actualidad, una epidemia mundial.

Hoy en día, se observa que los niños han cambiado las formas de juego grupal que requieren actividad física, como jugar a la pelota, a la mancha, saltar la cuerda, andar en bicicleta, entre otras, por actividades sedentarias, como pasar varias horas frente a la computadora, la televisión y los videojuegos.

Los malos hábitos alimentarios, donde priman los congelados, los snacks, la comida rápida y las golosinas son poco saludables, hipercalóricos, con grandes contenidos de azúcares, sal, grasas y, fundamentalmente, reducidos en nutrientes.

Tanto el sedentarismo como estos malos hábitos de alimentación, constituyen los principales factores ambientales que conllevan a la ganancia de peso. A éstos hay que sumarle la predisposición genética que, aunque en menor proporción, también influye en el surgimiento y desarrollo de la obesidad.

Este trabajo monográfico pretende abrir la reflexión sobre la importancia de la Psicomotricidad como parte del abordaje interdisciplinario de la obesidad infantil y aportar algunos lineamientos teóricos sobre la temática.

Diversas interrogantes me impulsaron a ahondar en este tema: ¿Qué se entiende por obesidad infantil? ¿Qué complicaciones presenta un niño con esta enfermedad? ¿Cómo vive su cuerpo un niño obeso? ¿Cómo se presenta ese niño ante el mundo? ¿Qué recibe de su entorno? ¿Cómo se puede intervenir ante esta situación? ¿Qué es lo que se puede aportar desde la Psicomotricidad? A lo largo de este trabajo intentaré responder, en la medida de lo posible, algunas de ellas.

En el *primer capítulo*, desarrollaré conceptualizaciones generales acerca de la obesidad: definición, prevalencia, clasificación, causas, factores de riesgo y de protección.

En el *segundo capítulo*, realizaré una mención sobre la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo del niño. Este capítulo lo subdividiré, a modo de simplificar y organizar la información, pero sabiendo y teniendo siempre presente la globalidad del ser y la integridad de la persona, en: enfermedades orgánicas, dificultades a nivel psicológico, afectaciones psicomotrices.

En el *tercer capítulo*, me centraré en la importancia del abordaje interdisciplinario, y el trabajo del psicomotricista con los niños obesos tanto en el ámbito preventivo como terapéutico.

En el *cuarto capítulo*, incluiré las conclusiones finales de este trabajo.

Considero relevante mencionar que en la revisión bibliográfica realizada encontré escaso material que relaciona la Psicomotricidad con la obesidad infantil.

CAPÍTULO 1: CONCEPTUALIZACIONES GENERALES SOBRE LA OBESIDAD INFANTIL

1.1. Definición

Para comenzar, considero importante definir qué entendemos por obesidad. Etimológicamente el término obesidad tiene sus raíces en “(...) la expresión griega *obedere*, que significa “sobre-ingesta”. (...) Puede definirse como un aumento de grasa corporal, que se traduce en un incremento de peso, debido a un ingreso energético en la alimentación que supera el gasto calórico (es decir, un balance de energía positivo) a lo largo de un período de tiempo prolongado” (Pérez de la Cruz, A.; Moreno-Torres, R.; Mellado, C., 2004: 529 p.).

Es sabido que mundialmente y desde hace ya varios años, la obesidad constituye un grave problema sanitario que se ha tornado en una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en la población. Diversos estudios muestran que anualmente, los índices de obesidad aumentan de forma alarmante, lo cual constituye a su vez, un desafío para los profesionales de la salud, que incesantemente buscan generar y desarrollar medidas preventivas para combatir esta enfermedad crónica, compleja y multifactorial (Sánchez, E., 1997).

Esta problemática se torna aún más grave cuando involucra a niños, ya que está comprobado que “la obesidad infantil tiene una clara relación con la obesidad adulta” (Sánchez, E., 1997: 56 p.). Si la obesidad surge y se consolida en la niñez o pubertad, tiene un alto riesgo de mantenerse en la adultez. Esto conlleva a que el riesgo de desarrollar paralelamente otras enfermedades se incremente, dando lugar a un sin fin de patologías médicas como: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, alteraciones de la vesícula biliar, alteraciones de la función pulmonar, determinados tipos de cáncer, entre otras. De aquí se desprende “(...) la necesidad de planificar estrategias de prevención y de identificación y tratamiento precoz del sobrepeso y obesidad” (Sánchez, E., 1997: 47 p.).

1.2. Diferenciación entre sobrepeso y obesidad

Frecuentemente se considera a la obesidad como sinónimo de sobrepeso; sin embargo es importante entenderlos como dos conceptos diferentes. Previo a discriminarlos, considero relevante destacar que tanto la obesidad como el sobrepeso suelen evaluarse a través de

medidas antropométricas sencillas. La antropometría es uno de los instrumentos más difundido, simple y menos costoso para evaluar el estado nutricional. El más utilizado es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula dividiendo el peso en kilogramos de la persona, por la talla en metros al cuadrado, es decir: peso (kg) / talla (m)² (Moreno Aznar, L.; Alonso Franch, M., 2010). Este valor se comparó con tablas aceptadas de IMC en donde la Organización Mundial de la Salud (OMS) “(...) considera sobrepeso a un IMC entre los percentiles 85 y 97 y obesidad a un IMC mayor al percentil 97” (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010: 17 p.). Esta categorización de los percentiles es lo que diferencia al sobrepeso de la obesidad.

1.3. Prevalencia

En Uruguay, se realizó el estudio ENSO niños 1 (Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos) el cual arroja que del total de los niños estudiados (886 entre los 9 y 12 años) el 17% tienen sobrepeso, el 9% presenta obesidad y el 74% calificó como normopeso. De esto se desprende que aproximadamente 1 de cada 4 niños uruguayos tiene sobrepeso y 1 de cada 10 es obeso. Esto revela que “En Uruguay padecemos cifras epidémicas de obesidad infantil (...)” (Pisabarro, R.; y cols., 2002: 348 p.).

1.4. Clasificación

Según el parámetro que se tome en consideración, podemos discriminar diferentes clasificaciones de la obesidad infantil. De esta forma, encontramos clasificaciones según el número de adipocitos, la distribución de la grasa corporal o el origen de la obesidad. Esta última es una de las más utilizadas para la obesidad infantil la cual se clasifica en:

- Obesidad primaria, nutricional o exógena: supone más del 95% de los casos y es consecuencia de un desequilibrio entre la ingesta (la cual es excesiva e hipercalórica) y el gasto energético (en donde hay escasa actividad física), lo cual a su vez está influenciado por la predisposición genética para conservar y almacenar energía.
- Obesidad secundaria, orgánica o endógena: corresponde al 5% restante de los casos y es secundaria a enfermedades endócrinas (hipotiroidismo, hiperinsulinismo, etc.) o a síndromes genéticos (Síndrome de Prader - Willi, Síndrome de Laurence –

Moon – Bield, etc.), por lo que la obesidad se debe a alguna causa identificable (Sánchez, E., 1997).

1.5. Etiología

En la génesis de la obesidad confluyen diversos factores. Se reconocen componentes genéticos, biológicos, metabólicos, endocrinológicos, socioeconómicos, conductuales y ambientales (Lama More, R.A.; y cols., 2006).

Desarrollaré, en este capítulo, el concepto de dos tipos de obesidad: la primaria y la secundaria. En el siguiente capítulo, desarrollaré las posibles causas de la obesidad infantil a nivel psicológico.

1.5.1. Obesidad primaria

Como explicité anteriormente, podemos decir que la obesidad se desencadena cuando una persona consume más energía de la que gasta o, dicho de otra forma, cuando se da un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, determinando un balance energético positivo que se va acumulando, año tras año, en forma de grasa.

La obesidad primaria constituye la principal etiología de la obesidad. Esta se desencadena debido a los siguientes factores ambientales: A) alimentación inadecuada y B) sedentarismo (Delbono, M.; y cols., 2009).

A) Alimentación inadecuada:

El estilo de vida ha cambiado enormemente a lo largo de los últimos años, afectando los hábitos alimentarios, en donde se observan modificaciones tanto cualitativas como cuantitativas, tornándolos poco saludables.

En este ritmo de vida tan acelerado, en donde los adultos pasan numerosas horas trabajando fuera del hogar, se les hace muy difícil planificar menús saludables a la hora de alimentar a sus hijos, llevándolos en reiteradas ocasiones a seleccionar alimentos basados en la practicidad y no en su valor saludable y nutritivo. Optan por la “comida rápida”, el *delivery*, alimentos industrializados, comidas pre-hechas, hipercalóricas, con grandes cantidades de grasa, azúcar y/o sal, como son los snacks, embutidos, chocolates, bizcochos, frituras, comidas congeladas, entre otros. A su vez, esto se acompaña de gaseosas azucaradas artificialmente, las cuales se consumen de manera exagerada. Al mismo tiempo se observa en los niños la existencia de un déficit en la ingesta de frutas,

verduras y cereales lo que genera una disminución en el consumo de micronutrientes como vitaminas y minerales (Bello Burone, C., 2010).

Sin embargo, para desarrollar la obesidad no sólo influye el tipo y/o la mala calidad de los alimentos, sino también la cantidad de ingesta de los mismos. Los niños suelen alimentarse con porciones de gran tamaño. El estudio ENSO 1 muestra que “los niños obesos tienen claramente un perfil definido y repiten con mucho mayor frecuencia el plato de alimentos durante las comidas principales: almuerzo y cena” (Pisabarro, R.; y cols., 2002: 247 p.). De esta forma, se duplican las calorías consumidas, pasando de 250 kcal (que es lo que contiene generalmente un plato de comida) a 500 kcal. La sobreingesta de calorías también se observa en un acto cotidiano y habitual para los niños en la actualidad como es ir a McDonald’s y agrandar “el combo”, donde se pasa de 1300 kcal a 1464 kcal, o sea un 11% más. Si comparamos la cantidad de kilocalorías que correspondería a un plato de comida con lo que se ingiere en un combo de McDonald’s, por ejemplo, observamos que es abismal la diferencia (5 a 6 veces más). A su vez, un alto consumo de sal en los niños, como puede ser en un combo, lleva a una ingesta elevada de líquidos, entre ellos bebidas azucaradas, lo que genera una cadena cíclica de alto valor energético (Peregalli, F., 2011).

Tal como plantea Bello Burone, otro aspecto a destacar sobre la mala alimentación de los niños son las viandas y meriendas hipercalóricas y de bajo nivel nutricional elegidas por los infantes en las cantinas de las escuelas o en los quioscos, “(...) alimentación poco saludable a la cual los niños se acostumbran rápidamente por resultarles atractiva y rica (...)” (Bello Burone, C., 2010: 37 p.). Estos hábitos alimentarios inadecuados se repiten diariamente ya que es común que los niños concurren a escuelas de doble horario, por lo que tienen que almorzar fuera de su hogar.

Esto genera hábitos poco saludables ya en los niños, que los lleva a aumentar de peso.

B) Sedentarismo

Es sabido que “(...) el ejercicio físico es necesario para mantener un estado de salud óptimo” (Gadea, S., 2009: 28 p.); por lo tanto, cuando existen hábitos sedentarios en los niños, éstos provocan que aumenten aún más de peso, ya que “la mala alimentación y el sedentarismo son una cruel combinación que desemboca en la obesidad (...) desde la niñez” (Bello Burone, C., 2010: 38 p.) creando el llamado “ambiente obesogénico”. En gran medida, los cambios del mundo moderno han provocado que los niños se vuelvan más

sedentarios. Existe un entorno urbanístico poco favorable a la práctica de actividad física, como son: “la superpoblación, el aumento de la criminalidad, la gran densidad del tráfico, la mala calidad del aire, la inexistencia de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas” (OMS, 2012: 1 p.).

El sedentarismo está estrechamente vinculado al actual modo de vida de los niños el cual ha cambiado considerablemente. Ellos ocupan gran parte del día frente a la televisión, la computadora, los videojuegos, en vez de mantenerse activos y saludables yendo a jugar al parque, haciendo deportes en grupo, o en actividades al aire libre.

La prevalencia de sedentarismo infantil en Uruguay queda plasmada en la encuesta ENSO 1, la cual especifica que “el 37,1% de los niños uruguayos estudiados son sedentarios” (Pisabarro, R.; y cols., 2002: 5 p.). A su vez, agrega que “(...) cuando se promedian las horas de ejercicio semanales fuera de la escuela en los niños que practican ejercicio, es claro que los obesos realizan mucho menos horas” (Pisabarro, R.; y cols., 2002: 4 p.).

Como mencioné anteriormente, uno de los grandes factores ambientales que produce obesidad es ver televisión (TV) durante numerosas horas. “Hay estudios internacionales que corroboran que hoy en día el 40% de los chicos pasan más de tres horas diarias frente a la pantalla del televisor (...), porcentaje que se eleva a 60% durante los fines de semana” (Díaz, F., 2009/2010: 5 p.).

Datos del National Health Examination Survey han constatado que “el número de horas que se ve la TV tiene una relación directa con el riesgo de obesidad” (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002: 131 p.). Esto se puede explicar por varias razones: la TV anuncia en sus propagandas y programas que emite, alimentos con alto contenido calórico; varios de los personajes, muestran malos hábitos alimentarios; los niños, tienen más posibilidad de ingerir aperitivos mientras están viendo televisión; y, como si fuera poco, la TV reemplaza otras actividades en donde hay mayor gasto energético (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002).

El uso excesivo de la computadora, es otro modo de ocio pasivo actual en los niños. El Plan Ceibal ha realizado estudios sobre la cantidad de horas de uso semanal de la XO por los niños en el hogar, concluyendo que el “(...) 37,5% de los niños usan la computadora entre tres y siete horas semanales; y algo más de la cuarta parte lo hace entre 10 y 14 horas. En promedio, los niños usan la XO en el hogar 10 horas por semana” (Martínez, A.; y cols., 2009: 44 p.). Agrega que, “entre los escolares que recibieron las computadoras hace más de 18 meses, el 53% la usa todos los días. El uso diario de la XO por parte del

niño en su casa asciende de forma constante conforme disminuye el tiempo de posesión de la máquina (llegando al 79% en el caso de aquellos que la tienen desde hace seis meses). Sin embargo, es posible afirmar que la gran mayoría de los niños estaría usando la XO al menos una o dos veces por semana porque, independientemente de la fecha en la que recibieron la XO, esta frecuencia supera el 80%” (Martínez, A.; y cols., 2009: 44 p.). De esto se concluye que la tecnificación de los entretenimientos pasivos promueve y facilita la inactividad física (Laguna Camacho, A., 2005).

1.5.2. Obesidad secundaria

En sólo un pequeño porcentaje de los casos, aproximadamente un 5%, la etiología de la obesidad es secundaria o sintomática a enfermedades endócrinas o a factores genéticos. La obesidad puede ser secundaria a enfermedades endócrinas como el hipotiroidismo, déficit de la hormona de crecimiento, hipercortisolismo, daño hipotalámico (tumores, infecciones, traumatismos, lesiones vasculares, etc.), entre otros (Lama More, R.A.; y cols., 2006).

La influencia del factor genético para desarrollar obesidad queda plasmada en la siguiente afirmación: “un niño tiene un 40% de probabilidad de ser obeso si alguno de sus padres lo es, ascendiendo esta cifra a un 80% si los dos padres son obesos” (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989: 17 p.). Cabe aclarar que, este fenómeno no se debe exclusivamente a factores genéticos, ya que puede ser también ocasionado por factores ambientales de aprendizaje de conductas y estilos de comer (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989).

Al respecto de la obesidad causada por factores genéticos, “(...) se han identificado ya más de 100 genes que regulan el peso corporal, la ingesta de alimentos y la termogénesis, algunos de los cuales están –mínima, pero significativamente- alterados en los obesos” (Kaufmann, P., 2010: 21 p.). Entre ellos se destacan los que codifican las siguientes proteínas o receptores: leptina, las proteínas desacoplantes, neuropéptido, el receptor BETA -3- adrenérgico, entre otros (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002).

Existen síndromes que cursan con obesidad, éstos generalmente se relacionan con una disfunción del hipotálamo; entre ellos se encuentran: Síndrome de Lawrence-Moon-Bield, Síndrome de Willi-Prader, Síndrome de Abström, Síndrome de Biemond, etc. (Cohen, A., 1990).

1.6. Factores de riesgo para el desarrollo de la obesidad

Antes de realizar un punteo sobre los principales factores de riesgo para la obesidad, considero relevante definir qué es un factor de riesgo. Previo a esto, vale la pena aclarar el concepto de riesgo: “epidemiológicamente riesgo es la probabilidad que tiene un individuo o grupo de individuos de sufrir en el futuro un daño en su salud” (Elissalde, A., 1998: 30 p.). Los factores de riesgo son “(...) variables, situaciones o características cuya presencia aumenta la probabilidad de que se perturbe el desarrollo psicomotor” (Elissalde, A., 1998: 30 p.). Cabe aclarar que Alicia Elissalde define a los factores de riesgo en relación al desarrollo psicomotor, pero considero que también puede aplicarse dicha definición para el desarrollo en general, siendo en este caso específicamente para el desarrollo de la obesidad.

Entre los factores de riesgo para la obesidad se destacan:

- Sobrepeso u obesidad materna y / o paterna (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Tabaquismo durante el embarazo. Esto genera la pérdida de apetito por parte de la madre debido a la nicotina, compromiso de la circulación del útero y placenta; comprometiendo el crecimiento del feto (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Diabetes gestacional (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Malnutrición de la madre durante el embarazo (Peregalli, F., 2011).
- Sobrenutrición de la madre durante el embarazo (Peregalli, F., 2011).
- Talla baja del niño al nacer (Mardones, F., 2010: 4 p.).
- Bajo peso del niño al nacer (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Introducción de la alimentación complementaria antes de los 4-6 meses de vida del niño (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Adelanto del “rebote adiposo”. Se denomina “rebote adiposo” al período en donde el Índice de Masa Corporal (IMC) aumenta, por lo general esto ocurre entre los 5 y 6 años y en la adolescencia (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Estilo de vida sedentario (Peregalli, F., 2011).
- Consumo de alimentos hipercalóricos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).
- Ingesta elevada de sal, grasa, azúcares (Peregalli, F., 2011).
- Problemas familiares (divorcio de los padres, duelo, separación) y/o problemas personales (enfermedad, hospitalización, conflictos psicológicos) (Cohen, A., 1990).

- Antecedentes familiares de enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión (Moreno, L., 2010).
- Comer mayor cantidad de alimentos de lo que debe el niño (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989: 21 p.).
- Comer rápidamente (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989).

1.7. Factores de protección

Asimismo, previo a efectuar un punteo sobre los principales factores de protección de la obesidad, considero importante definir qué se entiende por factor de protección. Los factores de protección “(...) aumentan la probabilidad de que el niño salga indemne de la acción de los agentes patógenos” (Elissalde, A., 1998: 31 p.).

Entre ellos se encuentran:

- Disponibilidad de materiales de divulgación que contengan información, consejos básicos y pautas educativas para prevenir la obesidad (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Alimentación saludable, variada y equilibrada de la madre durante el embarazo y la lactancia (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Ganancia de peso de la madre durante el embarazo correspondiente al peso y talla pregestacional (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Niños alimentados con lactancia materna (efecto protector que podría acrecentarse con la duración de la lactancia) (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos (OMS, 2011).
- Limitar la ingesta de azúcares, sal, grasas, frituras (OMS, 2011).
- “Moderar la cantidad de alimentos” (Lama More, R.A.; y cols., 2006: 612 p.).
- Alimentarse con comida casera, realizada en el hogar, en donde se tiene conocimiento de los ingredientes utilizados (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Desayuno lo más completo posible (lácteo, fruta, pan) (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- “(...) no saltarse ninguna comida” (Lama More, R.A.; y cols., 2006: 612 p.).
- Evitar las comidas entre horas (Gambetta, J. C.; y cols., 2008).
- Beber agua para saciar la sed y así evitar las bebidas gaseosas azucaradas (Lama More, R.A.; y cols., 2006).

- Realizar 30 minutos de actividad física aeróbica diariamente (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Máximo de tiempo frente al televisor, computadora o videojuegos: 2 horas por día (Lama More, R.A.; y cols., 2006).
- Concurrir a los controles pediátricos (Gambetta, J. C.; y cols., 2008).

CAPÍTULO 2: LA OBESIDAD INFANTIL COMO FACTOR DE RIESGO PARA EL DESARROLLO

Los riesgos y efectos adversos que produce la obesidad son múltiples y afectan al ser en su globalidad. En este capítulo realizaré una clasificación de las diversas alteraciones que se pueden presentar a causa de la obesidad, como ser enfermedades orgánicas, dificultades a nivel psicológico y afectaciones psicomotrices.

Cabe destacar que esta clasificación sólo es realizada a modo operativo, pero nunca debemos perder de vista que el ser humano es un todo, un ser bio-psico-socio-cultural, imposible de analizar fragmentadamente, donde la alteración de alguno de estos aspectos incide e involucra, en una relación dinámica y permanente, a los otros.

2.1. Enfermedades orgánicas

La obesidad infantil “(...) se asocia con un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta y con un aumento de morbilidad y mortalidad (...)” (Asqueta, M., 2011: 38 p.).

Los niños obesos suelen asociar otras enfermedades, algunas de las cuales se presentan tempranamente, desde la propia infancia, mientras otras en la vida adulta, pero de forma más acelerada a lo esperado (Olivera, R., 2011).

A su vez, cabe destacar que el riesgo de contraer las siguientes enfermedades asciende con el aumento del IMC (OMS, 2011).

Entre ellas se destacan:

- Problemas respiratorios:

- Apnea del sueño (Asqueta, M., 2011). La apnea es definida como la “(...) suspensión transitoria del acto respiratorio, que sigue a una respiración forzada” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 83 p.). Ésta ocurre cuando el sujeto está dormido y se presenta en niños obesos con una prevalencia de 1/100 (O’ Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005).

- Empeoramiento de las crisis de asma (Asqueta, M., 2011). El asma es una “enfermedad caracterizada por ataques de disnea espiratoria de duración variable, con tos, sibilancias y sensación de constricción debido al espasmo de los bronquios” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 124 p.).

- Disnea de esfuerzo (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). La disnea es una “dificultad en la respiración” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 330 p.),

ésta ocurre frente a la realización de ejercicio físico moderado (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002).

- Aumento de las infecciones respiratorias (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). “Las infecciones respiratorias son afecciones causadas por agentes biológicos a cualquier nivel del aparato respiratorio” (Galeon, 2012: 1 p.).

- Broncoespasmo (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). Es “(...) la disminución del diámetro interno del bronquio, producido por inflamación de la mucosa interna o por contracción del músculo externo del bronquio. El bronquio es un órgano tubular cuya función es transportar el aire inspirado del exterior a los alvéolos, y desde éstos al exterior para ser espirado” (Gruenberg, 2009: 1 p.).

- **Síndrome metabólico – vascular:**

- Hipertensión (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). Cabe aclarar que la presión arterial es “(...) la presión que ejercen las paredes, hacia ambos lados de las arterias” (Torrensani, M. E.; Somoza, M. I., 2003: 288 p.). Por lo que la hipertensión es definida como “la presión arterial sistólica y/o la presión arterial diastólica igual o superior al percentil 95 de las tablas preestablecidas según edad, sexo y talla, medidas en condiciones basales, en tres consultas” (Acosta, V., “et al” 2006).

- Dislipidemia (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). Es definida como la alteración en la concentración de los lípidos en sangre (Duhagon, P.; “et al”, 2005). Uno de los lípidos es el colesterol, su presencia en exceso constituye la génesis de aterosclerosis la cual puede obstruir la circulación de la sangre hasta llegar a tapanla produciendo infartos (Cardiosalud, 2012). Es una de las asociaciones más comunes con la obesidad infantil, con una prevalencia de 1-2 de 5 niños (O’ Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005).

- Insulinorresistencia (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). Es el “(...) estado en el que se requieren cantidades anormalmente mayores de insulina, para provocar una respuesta cuantitativamente normal” (Torrensani, M. E.; Somoza, M. I., 2003: 546 p.).

- Diabetes mellitus tipo 2 (Peregalli, 2011). “La diabetes mellitus tipo 2 aparece cuando la demanda de insulina de ciertos individuos predispuestos supera

la capacidad secretora de su páncreas” (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002: 133 p.). “Casi el 80% de los niños y adolescentes en los cuales se le diagnostica diabetes tipo II muestran sobrepeso u obesidad” (O’Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005: 105 p.).

- **Enfermedades cardiovasculares:**

▪ Cardiopatías (OMS, 2011). Es el nombre genérico de todas las afectaciones del corazón (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984).

▪ Accidente cerebrovascular (OMS, 2011). “Un accidente cerebrovascular sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene” (Medline Plus, 2012: 1 p.).

- **Trastornos en el aparato digestivo y el hígado:**

▪ Esteatosis hepática (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). La esteatosis es una “infiltración o degeneración adiposa en los elementos anatómicos” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 418 p.), en este caso ocurre en el hígado y se da en los niños cuando la obesidad es muy severa.

▪ Colelitiasis (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). “(...) es la formación de cálculos biliares que pueden ser de pigmentos biliares o de colesterol” (Torrensani, M. E.; Somoza, M. I., 2003: 473 p.). Se da en niños cuando la obesidad es muy severa.

▪ Estreñimiento significa “retención de las materias fecales” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 425 p.). Éste está relacionado al sedentarismo y a los malos hábitos en la alimentación en donde se ingiere escasos alimentos que contienen fibras (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002).

▪ Hernia hiatal (Olivera, R., 2011). “(...) es una protusión hacia el tórax del estómago proximal, a través del hiato esofágico” (Torrensani, M. E.; Somoza, M. I., 2003: 414 p.). Cabe aclarar que hiato es el “nombre de algunos anillos, orificios o fisuras” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 540 p.) y que esofágico es el “orificio del diafragma para el paso del esófago” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 540 p.).

▪ Reflujo gastroesofágico (Olivera, R., 2011). Se refiere a la significativa cantidad de jugo gástrico que va hacia el esófago en forma frecuente y con un barrido insuficiente (Torrensani, M. E.; Somoza, M. I., 2003).

- **Trastornos endócrinos:**

▪ Déficit de la hormona del crecimiento (Asqueta, M., 2011). La hormona de crecimiento es la hormona adenohipofisaria la cual es producida por la hipófisis y se encarga de regular el crecimiento de todos los tejidos de los órganos.

▪ Hipotiroidismo (Peregalli, 2011). Es definido como la “actividad deficiente de la glándula tiroides (...)” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 540 p.).

▪ Poliquistosis ovárica (Peregalli, 2011). Es una enfermedad en la cual los ovarios presentan numerosos quistes (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984).

- **Alteraciones en el desarrollo puberal:**

▪ Adelanto puberal. La gran parte de los niños obesos presentan una talla superior al percentil 50 para su edad, edad ósea adelantada y estirón puberal y madurez sexual precoces (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002).

▪ Pseudohipogenitalismo. “En los varones prepúberes es un problema muy frecuente ya que la grasa suprapúbica oculta la base del pene disminuyendo su tamaño real” (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002: 133 p.).

▪ Ginecomastia. Es frecuente en el sexo masculino, se debe a una acumulación de grasa en la región mamaria (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002).

- **Cáncer:** (OMS, 2011). Es definido “(...) como el crecimiento anormal y maligno de los tejidos” (Torrensani, M. E.; Somoza, M. I., 2003: 209 p.). Éste puede afectar al endometrio, colon, mamas, ovario, riñón, páncreas, esófago, útero.

- **Problemas dermatológicos:**

▪ Estrías (Olivera, R., 2011). Se denomina así a la “(...) atrofia cutánea de forma alargada, saliente, plana o deprimida, que aparece debido a un desgarramiento y distensión de la piel” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 426 p.). Se encuentra en los niños con obesidad severa.

▪ Infecciones por hongos en las zonas de pliegue (Olivera, R., 2011). La infección es la “implantación y desarrollo en el organismo de seres vivos patógenos, y acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 591 p.). En este caso ocurre en las zonas de pliegue por hongos.

- Acantosis nigricans (Olivera, R., 2011). Es una lesión histológica de la epidermis en donde se observan “(...) áreas de piel pigmentada, rugosa y engrosada (...)” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 105 p.).
 - Acné (Peregalli, 2011). Son “afecciones dermatológicas caracterizadas por retención de la secreción de las glándulas sebáceas y las alteraciones de carácter inflamatorio y de tipo infeccioso que sufren estas glándulas” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 12 p.).
 - Irritación (Peregalli, 2011). Es un “estado de sobreexcitación o sensibilidad exagerada de una parte” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 608 p.).
 - Hirsutismo (Peregalli, 2011). Es una “hipertrichosis, especialmente en la mujer” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 561 p.). Cabe aclarar que hipertrichosis significa “desarrollo exagerado del pelo o cabellera” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 554 p.).
- **Patología osteo-articular:** secundarias al exceso de peso, el cual constituye una sobrecarga para el aparato locomotor.
- Genu valgum (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). Genu es la “curvatura anormal, de convexidad posterior, de la rodilla” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 496 p.) y valgum “piernas en X debido a que las rodillas se juntan y los pies se separan” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 496 p.).
 - Dolores en miembros inferiores (Peregalli, 2011).
 - Pie plano (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). “(...) es una afección en la cual el pie no tiene un arco normal al estar parado” (MedlinePlus, 2012: 1 p.).
 - Escoliosis (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). Se denomina así a la “desviación lateral del raquis” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 400 p.).
 - Osteoartrosis. Se define como una enfermedad degenerativa de las articulaciones (OMS, 2011).
 - Coxa vara (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002). Es la “curvatura hacia abajo del cuello del fémur sin afección de la articulación” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 273 p.).
 - Luxación de caderas. Es una “(...) afección que incluye dislocación congénita de la cadera y displasia evolutiva de la cadera (...)” (Babycenter, 2012: 1 p.).

- Tibia en sable (Peregalli, 2011). La tibia es el “hueso mayor e interno de los dos que constituyen el esqueleto de la pierna” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 1112 p.) Tibia en sable es definida como la “deformación de la tibia que se presenta aplanada lateralmente, a veces engrosada en masa, y presenta una curvatura de convexidad anteroexterna (...)” (Medicopedia, 2012: 1 p.).

- **Trastornos del embarazo:**

- Diabetes gestacional. “Es definida como cualquier grado de intolerancia a la glucosa que comience o se reconozca por primera vez durante el embarazo” (Torrensani, M. E.; Somoza, M. I., 2003: 360 p.).

- Hipertensión gestacional. Es “(...) la hipertensión que se origina en el embarazo, posterior a las 20 semanas, sin otro signo de enfermedad multisistémica, y que se resuelve dentro de las 3 semanas postpartum” (Mora, J.; Torres, S., 2005: 64 p.).

- Aumento de la mortalidad perinatal. La mortalidad perinatal es la “mortalidad infantil que abarca el periodo desde la vigesimooctava semana de vida intrauterina hasta el séptimo día después del nacimiento” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 722 p.).

- Defectos del tubo neural fetal. El tubo neural “puede estar alterado porque no se cierre, porque se cierre en exceso o porque el cierre sea anormal” (Rebollo, M. A.; y cols., 2010: 72 p.). Las malformaciones que se producen por la falta de cierre del tubo neural pueden deberse a la falta de cierre del neuroporo anterior (anencefalia) o posterior (mielomeningocele o mielodisplasias). Las malformaciones causadas por exceso de cierre del tubo neural pueden originar estenosis del acueducto de Silvio o estenosis del agujero de Monro. Las malformaciones del tubo neural debido a cierre anormal son las fístulas, los tumores, la lisencefalia, entre otras. (Rebollo, M. A.; y cols., 2010).

- Macrosomía (Mardones, F., 2010). Es el “desarrollo o tamaño exagerado del cuerpo (...)” (Navarro-Beltran Iracet, E., 1984: 669 p.).

- **Afecta la calidad de vida:** la disminuye.

“Todas las enfermedades descritas anteriormente acortan la vida. La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida de una persona hasta en diez años. Además,

suponen una elevada carga económica para los sistemas de salud (...). Por estas razones, puede afirmarse que las consecuencias de la obesidad hacen de esta enfermedad uno de los mayores retos de la salud pública para el siglo XXI” (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005: 9 p.).

2.2. Dificultades a nivel psicológico

En el plano psicológico el niño obeso también puede presentar perturbaciones, lo difícil a veces es “distinguir entre la dimensión reactiva y la dimensión causal de los trastornos observados” (Marcelli, D.; Cohen, D., 2007: 128 p.).

2.2.1. Causas de la obesidad infantil desde el plano psicológico

Existen distintas teorías planteadas por diversos autores sobre la etiología desde el plano psicológico que podría llevar a desencadenar la obesidad en el niño; me centraré en algunas de ellas.

Antes, considero relevante mencionar que en el lactante, es frecuente que ciertas manifestaciones alimenticias como el rechazo del alimento, vómitos o hiperfagia, sólo aparecen en presencia de la madre y en reacción a las modificaciones del tipo de cuidado materno (Schmit, G., 1990).

La alimentación no puede vislumbrarse como una simple cuestión de orden dietética; sino que es el “vehículo más importante en el establecimiento de la relación inicial entre madre e hijo (...)” (Békei, M., 1986: 188 p.) y “(...) representa un área de intercambios privilegiados en donde se enfrentan las necesidades individuales del lactante con su participación activa, muy precoz, y las respuestas proporcionadas por la madre en función de su percepción de las necesidades del niño (...)” (Schmit, G., 1990: 218 p.).

Una de las teorías sobre la causa de la obesidad infantil es la de H. Bruch, quien plantea que en relación a las familias, se ha descrito el comportamiento de algunas madres que responden a toda manifestación de su bebé con un aporte alimenticio (Marcelli, D.; Cohen, D., 2007).

Una madre con buena empatía, sabe responder al pedido del bebé y captar sus necesidades. Sin embargo, una madre narcisista no reconoce las señales de necesidad de su lactante; lo alimenta según sus propios deseos, metiéndole a la fuerza el biberón en la boca, sin esperar sus signos de inquietud (Békei, M., 1986).

Un lactante fuerte es capaz de resistir y rechazar la comida impuesta o vomitarla. Un bebé débil se resigna y se somete. Deja de dar señales, acepta la comida que su madre le

proporciona y paulatinamente suprime hasta la percepción de sus propias sensaciones internas de plenitud o de necesidad (Békei, M., 1986). “El infante, alimentado a un ritmo que no le permite reconocer su necesidad, no puede usarla como instrumento para la discriminación Yo – no Yo, para percibir una separación que la madre no tolera e intenta trabar” (Békei, M., 1986: 188 p.). El niño que acepta lo que su madre le ofrece, es un “buen bebé”, gordito, orgullo de su mamá, y ha aprendido que le sonrén y recibe mimos, si come sin parar. Esta actitud impuesta por el narcisismo de la madre sienta las bases de la futura obesidad del niño a través de un doble mecanismo: “(...) 1) por sobrecarga alimentaria (...); 2) porque interfiere en el aprendizaje del reconocimiento de la saciedad al bloquear la percepción interoceptiva de la plenitud del estómago, del que depende la regulación fisiológica del peso” (Békei, M., 1986: 188 p.).

“Esto (...) constituirá un punto de fijación que se activará en momentos críticos de la vida ulterior del niño o del adulto (...)” (Békei, M., 1986: 190 p.) quien recurrirá a la comida cuando se sienta en estados de excitación y tensión corporal, o privado de afecto, utilizándola como sedante de tensiones o para satisfacer otros deseos, por lo que el alimento será valorado como “recompensa” o como amortiguador de las sensaciones displacenteras (Zukerfeld, R., 1979).

Wiener, J. y Dulcan, M. citan a Szydlo, quien describió los tres hallazgos psicógenos más frecuentes en un grupo de niños con obesidad de edades que van de los 4 a 14 años: “(...) 1) La separación temprana de sus padres (antes de los 24 meses de edad); 2) el disfuncionalismo familiar, y 3) la exposición a acontecimientos dramáticos, violentos o a ambos” (Wiener, J.; Dulcan, M., 2006: 666 p.).

Dentro del disfuncionalismo familiar encontramos el alcoholismo y / o la drogadicción de los padres y la dificultad de mantener un ambiente vital estable (Wiener, J.; Dulcan, M., 2006). La desorganización familiar no sólo está relacionada como factor de riesgo para el desarrollo de la obesidad, “(...) sino que representa también un obstáculo importante al tratamiento de la misma debido a que a menudo se acompaña de asistencia médica insuficiente y falta de cumplimiento de los planes terapéuticos (...)” (Wiener, J.; Dulcan, M., 2006: 666 p.).

También se podría pensar en la obesidad como reactiva de la problemática de la identidad sexual; ésta desempeña un papel distinto según el sexo. Esquemáticamente, podríamos decir que “(...) la obesidad de la niña es un medio activo de afirmación viril de su cuerpo, que niega la castración, mientras que en el niño, la obesidad, que oculta el sexo entre la

grasa prepúbica, aparece como una protección pasiva contra los temores de castración, enmascarando la existencia misma del sexo (...)” (Marcelli, D., 2007: 129 p.).

2.2.2. Consecuencias de la obesidad infantil a nivel psicológico

Por lo general, el niño que padece obesidad, presenta diversas afectaciones psicológicas que lo perturban en los diferentes ámbitos de su vida. Entre ellas podemos encontrar: sufrimiento por el rechazo social ya que puede presentar dificultades para integrarse con el grupo de pares (Sanchez, E., 1997.), estigmatización, inseguridad (Woolston, J.L.; Szydlo, D., 2006), agresividad (Cohe, A., 1990), depresión, soledad, nerviosidad (O’ Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005), pesadillas, enuresis (Cohen, A., 1990), etc.

Así mismo, la mayor parte de los niños obesos sufren de prejuicio social y burlas, al ser considerados como “feos” y “pocos saludables” lo cual influye en el desarrollo de una imagen pobre de sí mismos, y en el desencadenamiento de una baja autoestima que afecta tanto las relaciones académicas y familiares, como las personales. A su vez, expresan sensaciones de rechazo e inferioridad (Bermúdez, B., 2011).

La discriminación, rechazo y agresión por parte de sus compañeros puede desencadenar, en estos niños, actitudes antisociales, las cuales desembocan, en algunos casos, en depresión, inactividad, aislamiento, “(...) y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad” (Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M., 2002: 132 p.).

Así mismo, es frecuente percibir en estos niños componentes de ansiedad y angustia donde, tal como queda explicitado en la cita anterior, la comida es un medio para calmar sus problemas, malestares y dificultades (Bermúdez, B., 2011).

De Ajuriaguerra plantea que “el niño ansioso vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Sobre este ‘fondo ansioso’, que hace al niño irritable y fácilmente inquieto por su salud física, puede sobrevenir episodios agudos, auténticos ataques de angustia, cuyo desencadenante puede ser cualquier hecho externo (...) o interno” (de Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D., 1987: 280 p.). En relación a la angustia plantea que “(...) surge cuando la dotación madurativa del individuo no puede responder de forma adecuada a una tensión experimentada como amenazadora (...)” (de Ajuriaguerra, J.; Marcelli, D., 1987: 279 p.).

Los niños con síntomas ansiosos suelen presentar: “inquietud, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, alimentación voraz, reacciones agresivas frente a la negativa del adulto

(restricción del alimento), mala adherencia al tratamiento nutricional (transgresiones frecuentes)” (Bermúdez, B., 2011: 18 p.).

Aquellos con sintomatología más depresiva se caracterizan, en la mayoría de los casos por: “inhibición, pasividad, aburrimiento persistente, alto grado de sedentarismo, alimentación excesiva, llanto fácil y frecuente, sentimientos de no ser querido, baja autoestima, propenso al abandono del tratamiento” (Bermúdez, B., 2011: 19 p.).

En ambos casos suelen presentar distorsión del esquema y la imagen corporal (Bermúdez, B., 2011).

Cabe destacar también que, aquellos niños con obesidad desde edades tempranas, “(...) suelen ser de mayor talla, edad ósea y maduración biológica. Muchas veces debido a su mayor tamaño corporal se les exigen conductas y responsabilidades a las que no pueden responder adecuadamente, como es de lógica, produciendo más efectos negativos sobre su autoestima al no poder responder a exigencias inapropiadas para su edad” (O’ Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005: 103 p.).

2.2.3. Familia

Antes que nada, considero relevante destacar los aportes de Bronfenbrenner sobre el modelo ecológico del desarrollo humano, en donde le da una gran importancia al estudio de los ambientes en donde nos desenvolvemos. Desde este punto de vista, se resalta la importancia de las interacciones y transacciones que se establecen entre el niño y los elementos de su entorno, siendo uno de los más distinguidos el de la familia, ya que es el entorno más próximo en el que se desarrolla el niño, del que recibe mayor influencia y fundamentalmente del que forma parte desde el comienzo (Bermúdez, I.; 2010).

Por eso no podemos mirar el desarrollo del niño en forma aislada, sino siempre en relación al ambiente en el que éste se desarrolla, siendo las relaciones entre el niño y sus padres un factor central para el desarrollo del pequeño (García, F., 2001).

Un patrón relevante que se debe tener en cuenta es que “(...) cuando en una familia hay un niño obeso la enfermedad no está sólo en él, sino que, de alguna manera, la familia ha contribuido o contribuye en tal situación de la cual el paciente es sólo un emergente. La patología del grupo familiar puede variar y el obeso suele ser una expresión de ella” (Zukerfeld, R., 1979: 148 p.). Ésta podría estar relacionada a la sobreprotección y el sometimiento, o a situaciones de falta de atención adecuada o abandono (Zukerfeld, R., 1979). También a “(...) madre dominante, padre ausente real o virtualmente,

sobreprotección, problemas en la comunicación, vínculos insatisfactorios (...), etc.” (Zuckerfeld, R., 1979: 149 p.).

“Frente a un niño obeso, el médico o profesional debe tener siempre presente que, de algún modo, la familia puede contribuir, consciente o inconscientemente a la perpetuidad del cuadro, como también inferir en el adelgazamiento del paciente o bien favorecerlo” (Zuckerfeld, R., 1979: 148 p.).

2.3. Afectaciones psicomotrices

2.3.1. Una mirada psicomotriz del cuerpo

Antes de comenzar, conviene aclarar que las conceptualizaciones sobre cuerpo, cuerpo real, esquema corporal e imagen corporal resultan difíciles de definir y diferenciar ya que muchas veces son utilizadas indistintamente, atribuyéndole diversos significados. Asimismo, al ser parte del lenguaje utilizado por los psicomotricistas, psiquiatras, neurólogos, psicólogos, etc. se hace aún más difícil aunar criterios, ya que son tratados desde diferentes marcos teóricos (García, B., 2000).

García cita a de Ajuriaguerra, quien define al cuerpo como “(...) una entidad física, en el sentido material del término, con su superficie, su peso, su profundidad, cuya actividad propia evoluciona desde lo automático a lo voluntario, volviéndose más tarde a automatizar con una libertad de acción para hacerse económicamente capaz de adquirir incluso, por su capacidad expresiva, un valor semiótico y de diálogo (...) el cuerpo nos es dado, es la sustancia del hombre, sustancia que confirma su existencia” (García, B., 2000: 70 p.).

García cita a Calmels el cual diferencia el concepto de cuerpo del de organismo, siendo éstos conceptos mutuamente implicados. Él plantea “(...) que el médico se ocupa más que nada del organismo, es decir del aspecto anatómico y fisiológico y el psicomotricista del cuerpo” (García, B., 2000: 71 p.). Luego agrega que el psicomotricista, al ocuparse del cuerpo, no puede dejar de lado el organismo; “(...) por ello al psicomotricista le competiría el par cuerpo-organismo” (García, B., 2000: 71 p.).

Para dar ejemplo a lo anteriormente citado, Calmels expresa que “el organismo tiene cara, el cuerpo dispone de un rostro” (Calmels, D., 2001: 81 p.). A su vez, García tomando a Calmels plantea que la vista correspondería al concepto organismo y la mirada al del cuerpo, “(...) el tacto al organismo y el contacto al cuerpo, el gusto al organismo y el sabor al cuerpo (...)” (García, B., 2000: 72 p.).

Por lo tanto, Calmels situaría al organismo en la dimensión anatómica, de la función y la sensibilidad; y al cuerpo en la dimensión de los afectos, la relación, el vínculo, la emoción, la relación (García, B., 2000). Citando a Sara Paín, el autor expresa: “el organismo se domestica, se acostumbra, se medica, el cuerpo ensaya, se equivoca, se corrige, aprende” (Calmels, D., 2001: 80 p.).

Como sabemos, desde el punto de vista psicomotor se toma al cuerpo como una construcción y no como algo que nos es dado, por lo que brevemente hablaré sobre el desarrollo de la noción de cuerpo propio independiente y separado del otro así como del sentir de la unidad corporal.

En un comienzo, el niño:

- No distingue lo que es de lo que no es su cuerpo (su madre, el mundo exterior, los objetos) (García, B., 2000); “(...) al decir de J. de Ajuriaguerra, no se diferencia del otro, se confunde con él y vive su propio cuerpo y el del otro como si ambos fueran un solo cuerpo” (Langon, S., 2007: 13 p.).
- No puede distinguir las sensaciones propias e internas, de las que vienen de afuera (García, B., 2000); todas ellas se confunden entre sí al no poder diferenciar si provienen del exterior o interior de su cuerpo (Langon, S., 2007).
- Vivirá sus partes como totalidades, sin tener el sentir de unidad corporal; vivencia su cuerpo de forma fragmentada (García, B., 2000).

El espacio de su cuerpo estará centrado por momentos en la zona bucal, digestiva respiratoria, “(...) no habiendo aún un espacio corporal global que los reúna a todos ni un espacio exterior que englobe los objetos y a su cuerpo como un objeto más (...) cada zona ocupa un lugar preponderante según las necesidades fisiológicas y los cuidados recibidos” (García, B., 2000: 70 p.).

Blanca García plantea que habría “(...) una vaga y difusa sensación de unidad en las reacciones tónico emocionales, preludio de esta unidad corporal” (García, B., 2000: 73 p.).

De a poco se irán constituyendo conexiones entre la variedad de sensaciones, o sea entre la sensibilidad interoceptiva (hace referencia a lo visceral y su funcionamiento), la sensibilidad propioceptiva (tiene que ver con los movimientos, el equilibrio, las actitudes; ésta se origina a través de la actividad motriz propia del bebé y la que le es impuesta) y las

sensaciones exteroceptivas (proviene del exterior: tacto, auditiva, visual, temperatura) lo que ayudará a que el niño vaya construyendo la noción de su cuerpo (García, B., 2000). A su vez, se establecerán relaciones entre las sensaciones y el movimiento, “(...) entre sensaciones y reacciones tónico emocionales que irán proporcionando un bosquejo de unidad corporal (...) y esbozando la noción de sí mismo corporal” (García, B., 2000: 74 p.).

Es de destacar que para que el niño vaya adquiriendo la noción de cuerpo propio y vaya dominándolo, es fundamental la función del “Otro”. Por lo tanto, es la madre o quien cumpla ese rol, la que a través de las posturas y sus variaciones, el lenguaje, las caricias, los desplazamientos, los gestos, los movimientos, los cuidados y las respuestas que le brinde a partir de sus necesidades, ayudará a la construcción y afirmación de la noción de cuerpo en el niño (Langon, S., 2007).

“El bebe irá poco a poco diferenciando que la fuente de satisfacción de su necesidad proviene de algo “otro” que no es sí mismo e irá conformando esa frontera que limita pero que al mismo tiempo va dando lugar a la comunicación” (García, B., 2000: 75 p.).

Así mismo, es de suma importancia la exploración y manipulación del cuerpo realizada por el propio niño. “Mirarse las manos, tomárselas, llevar la mano a la boca, a su cara, tomarse los pies contribuirán a acrecentar este sentir de unidad corporal así como una organización espacial del propio cuerpo (cimiento del esquema corporal)” (García, B., 2000: 75 p.). La actividad exploratoria del cuerpo del otro también favorece en la construcción de dicha noción (García, B., 2000). Además, “la exploración que el bebé realiza de su propio cuerpo y del cuerpo del otro, le va a permitir oponerse al otro y de a poco poder llegar a una diferenciación e individuación” (Langon, S., 2007: 16 p.).

Otro factor fundamental para la constructividad corporal, es lo que de Ajuriaguerra denominó “diálogo tónico” definiéndolo como “(...) una de las primeras formas de comunicación, el primer sistema de señales, antes de que el niño adquiera el lenguaje verbal” (Langon, S., 2007: 17 p.). Éste “(...) permite que haya un intercambio de tensiones y una acomodación recíproca entre el adulto y el niño, en la que ambos logran una comunicación y esto le va a permitir al sujeto tomar conciencia de sus límites, distinguirse del otro, del mundo exterior y del propio cuerpo” (Langon, S., 2007: 17 p.).

Las reacciones tónico-emocionales, los acuerdos y desacuerdos tónicos y los ritmos contribuirán también a que el niño experimente la sensación de globalidad de su cuerpo (García, B., 2000).

A la vez que se va desarrollando la noción y apropiación del cuerpo, se va a ir construyendo la noción de espacio “(...) como dimensión englobadora de los objetos y de su cuerpo como un objeto más y de la noción de objeto independiente de su acción (noción de objeto permanente de Piaget)” (García, B., 2000: 75 p.).

Además de distinguirse y separarse del otro, de diversificar “(...) sus diferentes espacios y zonas corporales al mismo tiempo que unificarlos en una unidad corporal, el bebe necesitará apropiarse de ese cuerpo, hacerlo suyo. Para hacerlo propio el bebé deberá entre otras cosas disponer de él y dominarlo” (García, B., 2000: 76 p.). Para eso, el niño tendrá que realizar una serie de avances en relación al dominio motor, a su relación con el tiempo y con el espacio (García, B., 2000).

Otro factor indispensable para que el bebe logre un apropiado control y estructuración de su cuerpo, es que se vaya dando una adecuada integración somato-psíquica. Esto ocurrirá en el desarrollo normal, ya que a medida que el niño vaya estructurando su cuerpo, se irá estructurando su psiquis y viceversa (Langon, S., 2007).

No podemos dejar a un lado los aportes de Lacan en relación al estadio del espejo. Echeverría cita a Lacan, él plantea que éste es “el proceso en que el niño reconoce su cuerpo como suyo, propio, diferente a los demás (...)” (Echeverría, M.M., 2011: 29 p.) y a su vez semejante al de los otros, se refiere a la identificación. Se plantea como un momento muy importante en el que se “(...) daría paso de la imagen fraccionada del cuerpo a la comprensión de la unidad de su cuerpo como un todo organizado, a la vez que la confirmación de “sí” en la mirada del otro” (García, B., 2000: 77 p.).

Hacia los 2 o 3 años, dependiendo del niño, “(...) éste sabrá que el cuerpo que siente y ve es el de él (...)” (García, B., 2000: 78 p.) y comenzará a emplear el pronombre “yo” y “mío” a la vez que aparecerán los primeros esbozos de figura humana en el dibujo (García, B., 2000).

Luego de haber definido lo que es el cuerpo y cómo desarrolla y construye el niño la noción de éste, considero relevante puntualizar tres conceptos importantes en Psicomotricidad: Cuerpo Real, Esquema corporal e Imagen del Cuerpo.

Para esto, me centraré en la definición que realiza Blanca García sobre estos términos y tomaré también algunos aportes de Dolto.

“Cuerpo real: es lo visible, con su anatomía, funcionamiento, sensorialidad y motricidad. Cuerpo del aquí y el ahora.

Esquema corporal: representación psíquica de ese cuerpo real estructurado a partir de las percepciones y vinculado al espacio. Percepción compleja de la unidad y la ubicación del cuerpo en el espacio, de sus diferentes partes y la relación espacial entre ellas.

Imagen corporal: es de la dimensión imaginaria, inconsciente de nuestro cuerpo, estructurada por las relaciones, vínculos y la historia afectiva de cada sujeto” (García, B., 2000: 92 p.).

Bermúdez hace referencia sobre la diferenciación que realiza Dolto entre lo que es el esquema y la imagen corporal. En relación al esquema corporal, sostiene que “(...) es el mismo para todos los individuos (de una misma edad o viviendo bajo un mismo clima (...) de la especie humana (...) en parte inconsciente, pero también preconscious y consciente” (Bermúdez, I., 2009: 11 p.).

Dolto describe a la imagen corporal como inconsciente y propia de cada uno, ligada a la persona y su historia (Bermúdez, I., 2009). Esto implica que las diversas experiencias son las que van constituyendo la imagen corporal: “(...) ya sean experiencias corporales, experiencias o fijaciones en las distintas zonas erógenas, experiencias vinculares, (...) experiencias positivas, de placer, de alegría y bienestar, o experiencias negativas, de angustia, de displacer, de tristeza; todas van modelando la imagen corporal que cada uno tiene de sí mismo, dejando inscriptas huellas en el cuerpo, y a la vez, van construyendo la noción de sí mismo corporal. Van formando así la noción que uno crea de sus propias capacidades, destrezas y dificultades, de sus posibilidades de movimiento, de su fuerza, de su agilidad, de su precisión, de su velocidad (...) una imagen de nuestro propio cuerpo y una forma particular de relacionarnos con él y a partir de él con los otros, con los objetos, con el tiempo y con el espacio (...)” (Bermúdez, I., 2009: 11 – 12 p.).

Por lo tanto, ¿qué sucede en un niño obeso?

En base a lo expuesto precedentemente, y siguiendo algunas ideas de Marcelli, se podría pensar que la imagen corporal del niño obeso estaría a menudo alterada, observándose frecuentemente la representación de sí mismo como un cuerpo esbelto y alto (Marcelli, D.; Cohen, D., 2007).

Así mismo, “(...) debido a la mirada y juicios que la sociedad, la familia y sus compañeros le devuelven sobre sí mismo” (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010: 18 p.), la imagen corporal del obeso también podría sufrir distorsiones. Esto sucede, en parte, porque la imagen corporal del niño está modelada, entre otras cosas, por las características de vida y pensamiento propias de la época, la sociedad, la cultura y la civilización a la que pertenece (Echeverría, M. M., 2011).

Como vemos, la obesidad infantil resulta ampliamente atravesada por los mandatos sociales y los ideales culturales de cada época y momento histórico. Existen numerosos mensajes y estereotipos provenientes de la esfera social que, fundamentalmente, influyen en los niños de edad escolar y pre-adolescentes, donde el prestigio a nivel grupal y el estatus social resultan determinantes en la construcción y desarrollo de la autoestima y la autovaloración (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010).

De acuerdo al concepto de cuerpo receptáculo planteado por Bergés, surge que el cuerpo del niño obeso es, en muchos casos, receptáculo de estereotipos sociales, discriminación, agresiones y burlas. Estos aspectos que son adjudicados desde lo social, van inscribiéndose en el cuerpo del niño y constituyendo una determinada manera de enfrentar y presentarse ante el mundo (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010).

Por lo tanto, el cuerpo receptáculo se modela a través del contexto social y cultural en el que se encuentra inmerso el niño obeso, el cual muchas veces no encaja dentro de lo que se espera socialmente, dando como resultado posibles conflictos corporales (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010).

Es importante constatar que tanto las experiencias vinculares como las corporales, “(...) van dejando “huellas en el cuerpo”, determinando la forma en que cada uno se relaciona con su propio cuerpo y la imagen que tenemos de él (...) nuestro movimiento y la relación con nuestro propio cuerpo y con el mundo dependerán de cómo se haya dado la construcción de ese cuerpo a través de las diversas experiencias corporales y vinculares” (Bermúdez, I., 2009: 21 p.).

2.3.2. Modelo de cuerpo hoy en día

Hoy en día en nuestra sociedad, existen cánones estéticos de delgadez muy exagerados (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989), “(...) que sacralizan a la delgadez como paradigma de la belleza humana” (O’ Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005: 102 p.).

Etcheverry y Fernández citan a Gil Hernández el cual plantea que “(...) vivimos en una sociedad que le rinde culto a la imagen” (Etcheverry, M.; Fernández, 2010: 23 p.). El estar delgados como la actualidad impone “(...) ofrece una cierta garantía de ser aceptado y reconocido a nivel social” (Etcheverry, M.; Fernández, 2010: 23 p.). Estar por fuera de estos parámetros y normas sociales implica correr el riesgo de ser juzgado y excluido (Bemúdez, I., 2009). Estos aspectos podrían generar, en un niño con obesidad, problemas como ansiedad, depresión, hostilidad, baja autoestima, mayor marginación y aislamiento (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989).

Paradójicamente, es en ésta época en donde existe una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad en el mundo (O’ Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005). “(...) nos encontramos viviendo una contradicción en donde, por un lado, los medios muestran sus anuncios, promociones y ofertas de comidas rápidas e hipercalóricas, y por otro lado exponen famosos, modelos, que se destacan por su belleza física, con la delgadez como valor fundamental” (Etcheverry, M.; Fernández, 2010: 23 p.).

2.3.3. Alteraciones psicomotrices

Resulta de importancia poder pensar la incidencia de la obesidad del niño en el plano psicomotor. Previo a esto, considero indispensable definir qué entendemos por motricidad y movimiento.

M.A. Rebollo, define la motricidad como “(...) la función del movimiento y resulta de la contracción muscular. Ella es posible por el funcionamiento integrado de estructuras del sistema nervioso actuando sobre el músculo. Es la eferencia del funcionamiento del sistema nervioso (...) que permite al hombre expresar su pensamiento y sus emociones” (Rebollo, M.A., 2003: 3 p.).

De León, C. plantea que Wallon “(...) habla de dos funciones del movimiento: la función efectora y la expresiva” (de León, C., 2010: 19 p.). La primera, “(...) es la que permite los desplazamientos, la acción del individuo sobre el ambiente” (de León, C., 2010: 19 p.). La segunda, refiere a que el movimiento es “(...) un medio de comunicación y de comunicación de afectos” (de León, C., 2010: 19 p.).

Cuando la persona realiza un movimiento, cuando pone el cuerpo en acción, entran en juego mecanismos complejos como ser las percepciones (visuales, auditivas, táctiles, propioceptivas y kinestésicas) que “(...) indican a la persona en qué postura está su cuerpo, cómo es el espacio (el que rodea al cuerpo y el espacio más alejado donde se encuentran los objetos con los cuales quiere relacionarse)” (de León, C., 2010: 20 p.). También entran en juego el ritmo y las secuencias temporales, que contribuirán a que el movimiento pueda realizarse de la manera más eficiente posible (de León, C., 2010).

Además de estos aspectos, la postura y el tono con que se realiza un movimiento también son importantes. Estos elementos están íntimamente ligados al plano emocional, “(...) lo que hace que a través de un movimiento cualquiera, la persona exprese sus contenidos internos. La forma como se va a relacionar con el entorno, fundamentalmente con las otras personas está entonces especialmente condicionada por estos últimos factores” (de León, C., 2010: 20 p.).

Debido a lo expresado anteriormente, me surge la siguiente interrogante: ¿qué sucede cuando el niño obeso pone su cuerpo en acción?

Con frecuencia se puede observar que algunos niños obesos demuestran dificultad para jugar y realizar ejercicios que requieren de actividad muscular. Esto podría deberse a que presentan un investimento particular de la motricidad en la que el niño realiza movimientos pocos eficaces, lo que le genera sentimientos de inseguridad (Schmit, G., 1990). Las experiencias tempranas, tanto emocionales como motrices, “(...) no han facilitado el desarrollo normal de la función muscular, ni el placer atribuido a dicho desarrollo” (Schmit, G., 1990: 213 p.). Existen algunos niños que presentan obesidad, que se encuentran rodeados de cuidados hiperangustiantes, limitados por su entorno que no da lugar a la iniciativa motora y que insiste en los riesgos inherentes al movimiento. Cuando existe inactividad, ésta podría originarse por: “(...) perturbaciones de la función motora con torpeza y pobreza de los aprendizajes psicomotores, simple fatigabilidad, disminución motora en un contexto depresivo, (...) y, sobre todo, prevalencia del interés por los placeres pasivos (...)” (Schmit, G., 1990: 213 p.).

El niño obeso por lo general es sedentario y su escasa actividad física produce un círculo vicioso. El cuerpo torpe y pesado le dificulta moverse con agilidad, acrecentándose estos factores cuando practica deportes. A su vez, la falta de movilidad disminuye el gasto de energía, por lo que genera mayor aumento de peso, menor actividad y más tiempo y tentación de comer (Békei, M., 1986).

En reiteradas ocasiones se observa que la inactividad, a su vez, es fomentada por su madre, que no puede aceptar que su “bebé” crezca; por lo que continúa manteniéndolo en situación de dependencia: lo baña, lo viste, como a un bebito (Békei, M., 1986).

Frente a este panorama me cuestiono si podríamos vincular a la obesidad infantil con la gama de las alteraciones psicomotrices.

Según los autores, existen numerosas definiciones de las alteraciones psicomotrices. Me centraré en algunas de ellas que podrían relacionarse al caso de un niño con obesidad.

Cristina de León manifiesta que: “las alteraciones psicomotrices son trastornos del movimiento en su función efectora y/o en su función expresiva. Estas se van constituyendo a lo largo de la vida del sujeto a partir de una interacción dificultosa entre el cuerpo que actuando sobre el ambiente, vive experiencias que son registradas por el sistema nervioso, el cual se va modificando” (de León, C., 2010: 50 p.). “Es así que podemos decir que las alteraciones psicomotrices son producto de un modo particular del funcionamiento del sistema nervioso que se arma a partir de contactos conflictivos con el entorno” (de León, C., 2010: 50 p.).

Las autoras del texto “La entrevista como estrategia de abordaje” expresan que “en el marco de una visión global del individuo, término que implica concebir al niño como unidad somática, afectiva y cognitiva, con una historia y una situación actual, entendemos que la alteración psicomotriz no es una dificultad aislada sino que se inscribe dentro de la personalidad total. Es una dificultad que se estructura a lo largo del desarrollo, con un significado para el niño, para la familia y para el medio y, que traduce y a su vez condiciona una determinada forma de relacionarse con el mundo, siendo este entorno, uno de los factores que a su vez, posibilitan la estructuración de esta dificultad” (de León; “et al”, 2000: 158 p.).

En conclusión, considerando las definiciones seleccionadas, podemos observar que si bien la obesidad infantil no es considerada una alteración psicomotriz propiamente dicha, sí tiene ciertos aspectos que se relacionan con éstas. De esta forma, y tomando el aporte de Cristina de León, podríamos decir que un niño obeso se puede ver favorecido con un abordaje psicomotor ya que los pacientes que se benefician de este tipo de abordaje son “(...) aquellos que por algún motivo tienen una relación conflictiva con su propio cuerpo y / o con el ambiente por intermedio del cuerpo” (de León, C.; y cols.; 2012: 91 p.).

CAPITULO 3: ABORDAJE PSICOMOTOR DE LA OBESIDAD INFANTIL DENTRO DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

Para desarrollar el último capítulo de mi monografía, considero importante definir, primeramente, qué entendemos por equipo interdisciplinario, qué es la Psicomotricidad y cuáles son sus campos de intervención, para luego centrarme en el abordaje psicomotor de un niño obeso dentro del equipo interdisciplinario.

No ahondaré en el rol del psicomotricista por cuestiones de extensión del trabajo, pero tengo presente la importancia del tema, tanto del aspecto operativo del rol (coordinador, co-coordinador y observador) como del sistema de acciones y actitudes del psicomotricista (ser partenaire simbólico, estar a la escucha del niño a través de la empatía tónica y ser símbolo de ley y seguridad). Así como tampoco desarrollaré, por temas de extensión de la monografía, lo fundamental de la formación del psicomotricista en sus tres pilares básicos: teórico, práctico y personal (tanto por vía corporal como psicoterapéutica). La formación es un factor elemental para poder actuar e intervenir en las diferentes situaciones que se presenten en la práctica psicomotriz. Cabe destacar que ésta es continua y los tres pilares son indispensables, insustituibles y complementarios.

3.1. Equipo interdisciplinario

Desde el punto de vista psicomotor, como ya he explicitado, se concibe al niño como un ser bio-psico-socio-cultural, por lo que al abordar a un sujeto no se debería hacerlo de forma aislada, sino que será necesario apelar al conocimiento de diversas disciplinas para encontrar mejores soluciones diagnósticas y terapéuticas a través de equipos multi, inter, o transdisciplinarios (Tuzzo, R., 2004).

Lo que encontramos más frecuentemente en nuestro país, es el trabajo con un enfoque de *equipo multidisciplinario*, “(...) equipo donde hay diferentes especialistas participando en conjunto, pero cada uno en su área, independiente del otro” (Bermúdez, I., 2010: 2 p.), existiendo una yuxtaposición de diversas disciplinas (Tuzzo, R., 2004) “(...) donde cada técnico abordará al niño desde la especificidad de su saber. Es entonces el propio técnico el que se contactará con otros especialistas, en la medida que necesite el aporte de conocimientos específicos acerca del niño y el intercambio con ellos acerca del diagnóstico, tratamiento y evolución del niño” (Winokur, V., 2006: 6 p.).

El *equipo interdisciplinario* es aquel que está integrado por profesionales de diferentes disciplinas los cuales tienen una misma concepción del desarrollo (Winokur, V., 2006). Existe intercambio e intercomunicación continua entre los profesionales que forman parte del equipo, el cual busca aunar esfuerzos para lograr una mirada ampliada que permita crear la mejor estrategia de abordaje para la evolución favorable del niño (Sassano, M.; Bottini, P., 2000). Se crea así una red para construir entre todos los integrantes del equipo un saber compartido (Tuzzo, R., 2004). Winokur cita a Ravera la cual plantea que los equipos interdisciplinarios “(...) funcionan en un mismo espacio y en un mismo tiempo, que son lo suficientemente flexibles a la vez que sólidos para cuestionar, cuestionarse y aceptar el cuestionamiento de los otros” (Winokur, V., 2006: 6 – 7 p.).

Por último, al hablar de *equipo transdisciplinario* observamos que en él se propone un abordaje con un encuadre clínico particular, “(...) plantea la idea del terapeuta único instalado en el seno del equipo. Es decir que se desdibujan los límites y el perfil de cada especialidad porque cada uno se forma para abarcar e intervenir en diferentes áreas” (Bermúdez, I., 2010: 2 p.); por lo que “consiste en una etapa superior de integración, donde se construye un sistema que puede ser considerado una macrodisciplina” (Tuzzo, R., 2004: 25 p.).

Para el caso puntual de trabajo con niños obesos, considero necesaria la conformación de un equipo interdisciplinario, el cual sería adecuado que esté constituido fundamentalmente por: pediatra, nutricionista, profesor de educación física, psicólogo y psicomotricista. A su vez, se deben tener en cuenta las posibles comorbilidades que puede presentar el niño, las cuales deben ser tratadas por otros profesionales de la salud, especialistas en cada una de ellas (psiquiatra infantil, neuropediatra, endocrinólogo, traumatólogo, cardiólogo, etc.). No hay que dejar de lado la importancia de la familia del niño con obesidad y la institución educativa a la que concurre ya que constituyen su entorno más próximo y son claves para un abordaje óptimo y resultados favorables.

Hay que tener presente que cada individuo es único y particular, diferente a los otros. Es por esto que no podemos generalizar y “meter en la misma bolsa” a todos los niños que presentan obesidad. Es por este motivo, en relación a lo que a nosotros nos compete, que la necesidad o no de un abordaje psicomotor será evaluada y discutida por el equipo interdisciplinario, según lo que requiera la particularidad de cada niño.

3.2. Definición de Psicomotricidad

Definir qué es la Psicomotricidad no resulta sencillo. Esto puede deberse a que distintos autores proponen diferentes definiciones, y/o a que la Psicomotricidad se nutre de diversas disciplinas tales como la neurología, la psicología (fundamentalmente el psicoanálisis), la psiquiatría, entre otras. He seleccionado algunas conceptualizaciones que resultan interesantes para comprender este concepto.

Aucouturier plantea que “(...) cuando hablamos de psicomotricidad, estamos considerando primordialmente la globalidad del ser humano (...)” (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985: 22 p.). Esta globalidad se concibe como el estrecho vínculo que existe entre la estructura somática, cognitiva y afectiva del sujeto la cual se expresa en su accionar (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985), en las “(...) relaciones con el mundo exterior: relaciones corporales, sensaciones, tonicidad, movimiento, gestualidad” (de León, C.; y cols.; 2012: 37 p.). De este modo se hace posible la expresión de la vida interior: pulsiones, emociones, deseos, placer, displacer; plantea que el juego es el mejor ejemplo de esto: “(...) en él el niño proyecta una representación de sí surgida de su historia relacional original” (de León, C.; y cols., 2012: 71 p.). Blanca García plantea que la Psicomotricidad es, antes que nada, un concepto que tiene que ver con “(...) la dimensión del individuo donde se une o se integra la motricidad, con la afectividad e inteligencia” (García, B., 2011: 1 p.). Más adelante plantea que a partir de este concepto se han desarrollado prácticas psicomotrices tanto educativas como terapéuticas (García, B., 2011).

Siguiendo con la misma autora, ella expresa que el campo de estudio de la psicomotricidad es “(...) el cuerpo y la función motriz y las producciones del individuo que tienen que ver con su cuerpo y su accionar” (García, B., 2011: 2 p.). Aclara que cuando habla de cuerpo y función motriz se refiere a “(...) la relación del propio individuo con su propio cuerpo y a la relación del individuo con el entorno a través de su cuerpo, del movimiento y de su acción. Por el entorno entendemos los otros, el espacio, los objetos” (García, B., 2011: 2 p.). Cuando se refiere al cuerpo, lo hace “(...) como lugar de significados, de vínculos, de relaciones” (García, B., 2011: 3 p.).

Berruezo cita a Muniáin, el cual plantea que la psicomotricidad “(...) es una disciplina educativa/reeducativa/terapéutica, (...), que considera al ser humano como una unidad psicosomática y que actúa sobre su totalidad por medio del cuerpo y del movimiento, en el

ámbito de una relación cálida y descentrada, mediante métodos activos de mediación principalmente corporal, con el fin de contribuir a su desarrollo integral” (Berruezo, P., 2000: 45 p.).

Tomando estas variadas definiciones, podemos decir que a la psicomotricidad le interesa la globalidad del sujeto, siendo nuestro desafío en la intervención, considerar esta globalidad a través del trabajo con el cuerpo y el movimiento; cuerpo “(...) como lugar de significados, de vínculos, de relaciones” (García, B., 2011: 3 p.), movimiento tanto en su función efectora pero principalmente expresiva, de relación y comunicación (de León, C., 2010).

3.3. Campos de intervención psicomotriz

Aucouturier plantea que la práctica psicomotriz puede tomar dos orientaciones: la práctica psicomotriz educativa, o sea, la educación psicomotriz; y la práctica psicomotriz terapéutica: terapia psicomotriz (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985).

Plantea que la educación psicomotriz favorece, dentro de un tiempo y espacio particulares y materiales específicos, “(...) la aparición de la expresividad psicomotriz del niño y, posteriormente su desarrollo hacia tres objetivos que se complementan y enriquecen mutuamente: la comunicación, la creación, la operatividad (...)” (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985: 31 p.).

Se entiende por expresividad motriz “(...) la manera de ser y estar, original y privilegiada, del niño en el mundo” (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985: 22 p.).

En relación a la terapia psicomotriz, ésta se encarga principalmente de dos objetivos: “(...) instaurar o restaurar la comunicación e identidad del niño” (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985: 32 p.). En terapia psicomotriz, “(...) intervenimos a partir de lo que es el niño, de sus posibilidades limitadas para comunicar y para afirmarse” (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985: 32 p.). Se buscan medios para que surja en el niño una reapropiación sensoriomotriz y emocional lejana, necesaria para que genere en el niño una dinámica de placer y que ésta sea origen de una nueva apertura al mundo. La terapia psicomotriz debe permitir que el itinerario de maduración se desarrolle con más facilidad (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985).

En la actualidad, se ha ampliado enormemente el campo en el cual el Licenciado en Psicomotricidad puede ejercer su labor, éste abarca la totalidad del ciclo vital de una persona.

El psicomotricista está capacitado para trabajar en diferentes niveles de intervención, éstos son el preventivo, diagnóstico y terapéutico.

El **nivel preventivo** “(...) se destina a la prevención y promoción de la salud y a la detección precoz de dificultades en el desarrollo. (...) se incluye: la educación psicomotriz, la estimulación oportuna y la gerontopsicomotricidad” (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011: 89 p.).

La *educación psicomotriz*, tiene como objetivo principal favorecer un desarrollo psicomotor armónico en niños preescolares, se busca estimular el desarrollo normal del niño y detectar tempranamente posibles alteraciones (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011). Los objetivos específicos de la educación psicomotriz son: la comunicación, la descentración y la creatividad (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985). Dicha práctica se desarrolla en colegios y jardines de infantes (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011).

La *estimulación oportuna*, tiene como principal objetivo promover la construcción de un vínculo madre-padre-bebe armonioso (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011). Se trabaja con niños de 0 a 2 años y sus padres, estimulando el desarrollo psicomotriz integral del niño, promoviendo la comunicación y reasegurando las funciones parentales (Rebollo, M. A.; y cols., 2008). En nuestro país se lleva a cabo en centros CAIF.

En relación a la *gerontopsicomotricidad*, ésta se dirige hacia los adultos mayores tanto sanos como los que presentan alguna patología (Silveira, C., 2012). Según Agustini y Jaso citados por Silveira, “la principal finalidad de la Gerontopsicomotricidad es el abordaje integral de las personas que se encuentran en el proceso de envejecimiento y vejez (...)” (Silveira, C., 2012: 35 – 36 p.). Se buscará aplicar programas de estimulación desde la psicomotricidad, para así retrasar el deterioro psicobiológico vinculado al envejecimiento (Silveira, C., 2012). La gerontopsicomotricidad “(...) se desarrolla principalmente en residenciales de tercera edad” (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011: 89 p.).

En cuanto al **diagnóstico**, éste es necesario antes de cualquier abordaje psicomotor. Consta de una etapa cuantitativa y otra cualitativa que nos permite situarnos en el desarrollo del niño. Esto lo desarrollaré más adelante.

El **nivel terapéutico** se dirige a abordar una amplia gama de patologías (Rebollo, M. A.; y cols., 2008). Abarca tres grandes áreas: la atención temprana, la terapia psicomotriz, y la gerontopsicomotricidad (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011).

La *atención temprana* es “(...) el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar” (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2005: 12 p.).

En cuanto a la *terapia psicomotriz*, su principal objetivo es abordar la totalidad del individuo por intermedio del cuerpo, con efectos motores, afectivos, cognitivos y sociales (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011). En niños y adolescentes se trabajarán los síntomas psicomotores, trastornos de origen sensorial (visión, audición), cuadros asociados a alteraciones neurológicas, etc. (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011). En adultos se destina a personas en tratamiento por adicciones, sujetos con patología neuropsiquiátrica, entre otras (Agustoni, C.; Jaso, J., 2011).

Estos tratamientos pueden ser llevados a cabo en servicios de pediatría, neuropediatría y psiquiatría a nivel hospitalario y / o mutual; clínicas de asistencia privada (equipos interdisciplinarios) o en consultorios privados (ejercicio privado de la profesión) (Cediiap Uruguay, 2013).

En lo que respecta a la *gerontopsicomotricidad*, a nivel terapéutico, su principal objetivo será realizar el diagnóstico y el tratamiento del sujeto que presente alguna patología psicomotriz (Silveira, C., 2012). Desde la intervención psicomotriz, se buscará mejorar la calidad de vida del adulto mayor brindando estrategias para su mejor funcionamiento, pudiendo de esta forma compensar alguno de sus déficits (Silveira, C., 2012).

También se debe incluir como parte del ejercicio profesional de un psicomotricista el campo de la **investigación**. Éste se puede desarrollar en diversas áreas tales como prevención, diagnóstico y tratamiento psicomotor (Cediiap Uruguay, 2013).

3.4. Nivel preventivo desde la Psicomotricidad ante la obesidad infantil

3.4.1. Estimulación oportuna

Como explicité anteriormente, en el Uruguay se lleva a cabo, a nivel preventivo, el programa de Estimulación Oportuna en los Centros CAIF. Desde allí, el psicomotricista tendrá un rol fundamental en la promoción de hábitos de vida saludables que contribuyan a prevenir la aparición y el desarrollo de esta enfermedad.

Dentro de los talleres de Estimulación Oportunas, existe un espacio destinado a la alimentación. Esto, “(...) facilita el trabajo y abre posibilidades varias de intercambio entre los adultos referentes y entre los adultos y el equipo (...)” (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos), lo que permite abordar hábitos saludables en relación a la misma. Se intenta “(...) generar un espacio cómodo en donde cada adulto y cada niño pueda disfrutar del momento de la alimentación” (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos). En los talleres, se busca habilitar un espacio de intercambio y reflexión para que las familias puedan compartir sus saberes y creencias acerca de la alimentación, sin culpabilizar ni condenar, para “(...) luego darles la información necesaria acerca de pautas saludables (...)” (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos). Para esto, se busca “(...) generar espacios de información con nutricionista y equipo de salud de la zona” (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos).

En relación a ésta temática, Solsona expresa que para abordar los hábitos saludables de alimentación, es de utilidad “(...) proponer, durante el espacio de reflexión dinámicas que promuevan la discusión, el diálogo y el pensamiento crítico acerca de temas relacionados a la alimentación saludable. Además, durante el espacio de alimentación, se fomentan por si mismo estos hábitos saludables que implican la correcta higienización previo a la ingesta, la creación de un lugar y tiempo apropiado para comer y el ofrecimiento de alimentos saludables” (Solsona, M., 2013: Entrevista en Anexos).

Los menús que brinda el CAIF para el niño y el adulto referente, son elaborados por las “(...) educadoras alimentarias en coordinación con el equipo. Se basan fundamentalmente en una guía de INDA que explica qué alimentos son los recomendables para los niños en las diferentes edades (...). Así mismo, las educadoras alimenticias, reciben capacitaciones a fin de actualizar esos conocimientos” (Solsona, M., 2013: Entrevista en Anexos). Se intenta que los menús sean balanceados, que en relación a la merienda, esté presente un lácteo, frutas en variedad y algún alimento de repostería (Capobianco, M. N., 2013:

Entrevista en Anexos). En lo que respecta al almuerzo, predominan las verduras, el pollo, el pescado y las frutas (Solsona, M., 2013: Entrevista en Anexos).

Como psicomotricistas, no sólo podemos promover hábitos saludables de alimentación en los talleres de CAIF, sino que también actividades facilitadoras del movimiento. En relación a esto, Capobianco expresa que “(...) constantemente se le da puntual importancia al movimiento y al juego corporal como indicadores de salud dentro de los talleres” (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos). Capobianco plantea instancias dentro de los talleres que constan de la observación por parte de los adultos del juego del niño, resaltando los logros de éstos y la capacidad de resolver situaciones que se les presentan (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos). A su vez, destaca y explicita la importancia “(...) que tiene el movimiento, el juego en estas etapas (...) y la posibilidad de disfrutar de espacios diferentes a la casa” como son plazas y espacios abiertos (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos).

Solsona plantea que ella promueve instancias facilitadores del movimiento generando “(...) un lugar apropiado no solo para, sino que invite a moverse, con objetos que permitan movilidad, con actitud enérgica, no sedentaria” (Solsona, M., 2013: Entrevista en Anexos). Hay que considerar que, ante la presencia de algún niño en los talleres que presente obesidad, se destaca la importancia del trabajo en equipo dentro del CAIF y también del trabajo en red, donde se podrá recurrir a la Pediatra de la Policlínica a la que asiste el niño con el fin de un abordaje integral (Capobianco, M. N., 2013: Entrevista en Anexos).

3.4.2. Educación psicomotriz

En relación a la educación psicomotriz, ésta se encuentra inmersa dentro de una institución educativa. Será trabajando en conjunto con otros integrantes de la misma (directora, maestras, profesor de educación física, cocineras), que el psicomotricista aportará para la prevención del desarrollo de esta enfermedad (García, S. M., 2013: Entrevista en Anexos). Se trabajará en equipo para promover tanto hábitos saludables de alimentación en los comedores de la institución y en los hogares de los niños, como actividades que impliquen movimiento dentro y fuera de la escuela (Enciso, L., 2013: Entrevista en Anexos).

En lo que respecta a la práctica psicomotriz educativa y preventiva, como objetivos generales se promoverán la comunicación, creatividad y descentración (Aucouturier, B.; Darrault, I.; Empinet, J., 1985). En cuanto a lo específico con un niño obeso, entre otras

cosas, se buscará que éste tenga instancias de disfrute y placer por el movimiento, se brindará un espacio en donde se habilite al niño a hacer, a experimentar, a moverse, a desarrollar sus iniciativas, sus destrezas, sus habilidades y superar sus dificultades, se promoverán instancias de juegos con otros, se favorecerá el desarrollo tanto de juegos sensoriomotrices como simbólicos, etc. (Zumpf, A. M., 2011).

3.5. Aspectos que justifican la intervención psicomotriz en el niño obeso

En base al recorrido bibliográfico realizado, se observan numerosos aspectos que hacen pensar lo beneficioso que resultaría para un niño con obesidad un abordaje psicomotor.

La intervención psicomotriz en el niño obeso se justifica por:

- El alto grado de pasividad y sedentarismo que presenta la mayoría de los niños con obesidad (Bermúdez, B., 2011). Por lo general, el niño obeso es sedentario y su escasa actividad física produce un círculo vicioso: el cuerpo torpe y pesado le dificulta moverse con agilidad, acrecentándose estos factores cuando practica deportes. A su vez, la falta de movilidad disminuye el gasto de energía, por lo que genera mayor aumento de peso, menor actividad y más tiempo y tentación de comer (Békei, M., 1986).
- La inactividad, que cuando existe podría originarse por: “(...) perturbaciones de la función motora con torpeza y pobreza de los aprendizajes psicomotores, simple fatigabilidad, disminución motora en un contexto depresivo (...)” (Schmit, G., 1990: 213 p.). Así mismo, en reiteradas ocasiones se observa que la inactividad es fomentada por la madre, que no puede aceptar que su “bebé” crezca. Esto lleva a fomentar una situación de dependencia: lo baña, lo viste, como a un bebito (Békei, M., 1986).
- La existencia, en algunos casos, de experiencias tempranas, tanto emocionales como motrices, que “(...) no han facilitado el desarrollo normal de la función muscular, ni el placer atribuido a dicho desarrollo” (Schmit, G., 1990: 213 p.). Existen algunos niños que presentan obesidad, que se encuentran rodeados de cuidados hiperangustiantes, limitados por su entorno que no da lugar a la Iniciativa motora y que insiste en los riesgos inherentes al movimiento.
- La dificultad para jugar y realizar ejercicios que requieren movimiento (Schmit, G., 1990).

- Un investimento particular de la motricidad, en la que el niño realiza movimientos pocos eficaces, lo que le genera sentimientos de inseguridad (Schmit, G., 1990).
- La distorsión del esquema y la imagen corporal (Bermúdez, I., 2011), “(...) debido a la mirada y juicios que la sociedad, la familia y sus compañeros le devuelven sobre sí mismo” (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010: 18 p.).
- En relación a lo anterior, y tomando el concepto de “cuerpo receptáculo” planteado por Bergés, el cuerpo del niño obeso es, en muchos casos, receptáculo de estereotipos sociales, discriminación, agresiones y burlas. Estos aspectos que son adjudicados desde el contexto socio-cultural en el que se encuentra inmerso el niño obeso, van inscribiéndose en el cuerpo del niño y constituyendo una determinada manera de enfrentar y presentarse ante el mundo (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010).
- Los cánones estéticos de belleza y delgadez extremos, impuestos por nuestra sociedad (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989), en donde se rinde culto a la imagen idealizada que deja por fuera, a través de la discriminación, la situación del niño obeso (O’ Donnell, A. M.; Grippo, B., 2005). Estar por fuera de estos parámetros y normas implica correr el riesgo de ser juzgado y excluido (Bermúdez, I., 2009), pudiendo generar en un niño con obesidad diversos problemas: ansiedad, depresión, hostilidad, baja autoestima, mayor marginación y aislamiento (Fernández Santiago, C.; Vera Guerrero, N., 1989).
- Tener una relación conflictiva con su propio cuerpo y / o con el ambiente por intermedio del cuerpo (de León, C.; y cols.; 2012).

3.6. Abordaje de un niño que presenta obesidad

3.6.1. Evaluación

Previo a cualquier tratamiento, es indispensable la etapa de **evaluación** del niño dentro del **equipo interdisciplinario**. Se deberá, entonces, presentar el caso en la reunión del equipo, elaborar dentro del equipo una hipótesis diagnóstica global del niño, para luego coordinar en conjunto un abordaje terapéutico óptimo y posible (de León, C., “et al”; 2012). La evaluación la realizamos para “(...) constatar, para observar comportamientos, aprendizajes, para situarnos en el desarrollo de ese niño y así poder tomar decisiones y

planificar nuestra intervención” (Winokur, V., 2006: 19 p.). “La evaluación debe contribuir a apreciar las competencias y hacer emerger las potencialidades del niño, al mismo tiempo que poner en evidencia sus disfuncionamientos” (Winokur, V., 2006: 19 p.).

En lo que respecta a la **evaluación psicomotriz**, por lo general en el Uruguay se conforma por entrevista a los padres, una instancia cuantitativa, de aplicación de pruebas estandarizadas, y otra instancia a nivel cualitativo, de observación psicomotriz, “(...) llevada a cabo en un encuadre especial, encuadre que promueve la actividad y la expresividad motriz, el juego y la implicación corporal” (García, B., 2007: 10 p.).

La **entrevista a los padres** es muy importante en psicomotricidad ya que es una “(...) instancia de investigación clínica, en la cual el psicomotricista, manteniendo una actitud de escucha y receptiva, que favorezca el diálogo, le da un lugar a los padres y facilita el aporte de datos del desarrollo psicomotor” (de León, C.; “et al”, 2000: 159 p.).

Con la realización de un protocolo de entrevista, se busca organizar los datos del desarrollo del niño, los cuales son útiles y fundamentales para realizar una aproximación diagnóstica y así poder establecer los objetivos del tratamiento para ese niño (de León, C.; “et al”, 2000). “Las áreas a investigar son las siguientes: identificación del niño, motivo de consulta, historia de consultas médicas, paramédicas y otros tratamientos, núcleo familiar, principales actividades e intereses del niño, escolaridad, antecedentes personales y desarrollo psicomotor” (de León, C.; “et al”, 2000: 159 – 160 p.).

Si bien es imprescindible realizar una entrevista completa para recabar la mayor cantidad de datos de la historia del niño con el fin de conocer en profundidad su globalidad, o sea, el aspecto emocional, motor, cognitivo y social, en este caso específico de un niño obeso, será de suma importancia indagar exhaustivamente los siguientes aspectos: en relación al motivo de consulta, por quién y por qué fue derivado, cómo vive tanto el niño como sus padres ésta enfermedad, qué valor tiene para ellos (de León, C.; “et al”, 2000). En cuanto a las consultas médicas y tratamientos actuales y anteriores, se torna relevante conocer si el niño ha ido a otros profesionales de la salud y / o ha realizado algún otro tratamiento para conocer si éste tiene dificultades a otros niveles del desarrollo (de León, C.; “et al”, 2000). A su vez, es de importancia conocer los antecedentes de enfermedades familiares, por ejemplo si existe algún miembro de la familia que presente obesidad, diabetes, hipertensión (Olivera, R., 2011). En cuanto al núcleo familiar interesa saber: cómo está constituido, cómo es el relacionamiento del niño con los integrantes de la familia, si existen instancias compartidas entre los familiares (paseos, actividades lúdicas, etc.), si ha

ocurrido algún problema familiar (separación de los padres, muerte de familiar cercano), con quién y dónde pasa la mayor parte del día, características de la vivienda y si existe un espacio que le posibilite al niño o no experiencias psicomotrices (de León, C.; “et al”, 2000). En relación a los principales intereses y actividades del niño, se deberá investigar sobre “cuál es el tiempo ocupado en actividades preestablecidas (escolares, clases paralelas, otros tratamientos), con qué tiempo cuenta fuera de estas actividades y en qué lo ocupa” (de León, C.; “et al”, 2000: 161 p.), si son juegos que involucren actividad corporal, qué tipo de juegos son, si juega solo o en grupo (de León, C.; “et al”, 2000), “qué valor le dan los padres al juego del niño, si lo posibilitan o estimulan” (de León, C.; “et al”, 2000: 161 p.). También es de importancia indagar sobre la “tolerancia y miedos de los padres a la motilidad y la exploración del niño y posibilidades de experimentar que le brindaron” (de León, C.; “et al”, 2000: 165 p.); todo esto nos ayudará a conocer la forma “(...) en que el niño ha investido el movimiento, el espacio y los objetos” (de León, C.; “et al”, 2000: 165 p.).

En relación a los antecedentes personales tanto prenatales, perinatales como postnatales, en la entrevista con los padres, es relevante indagar si la mamá tuvo algún tipo de enfermedad durante el embarazo, alguna internación, si tuvo que hacer reposo, si consumió alguna sustancia o si fumó (Olivera, R., 2011). En cuanto a lo perinatal: de cuántas semanas nació el niño, cuánto pesó, cuál fue su talla (Olivera, R., 2011). En lo que respecta a lo postnatal, cómo fue el amamantamiento, cómo fueron los primeros contactos niño-madre, el tipo de sostén y manipulación (de León, C.; “et al”, 2000).

En relación a las diferentes etapas del desarrollo, se preguntará por las características personales del niño, juegos predilectos, conductas del sueño, conducta alimentaria (de León, C.; “et al”, 2000). En cuanto a la alimentación, al ser un niño que presenta obesidad, es importante investigar más detalladamente ésta área. Por lo que se interrogará sobre: cuándo se produjo el destete, cuándo comenzó a comer alimentos sólidos y si los aceptó bien, qué alimentos consume, cómo es el tamaño de las porciones, cómo come el niño, si la comida es casera o no, si desayuna, si come las cuatro comidas, si come entre comidas, si toma abundante agua durante el día, cuándo comenzó la obesidad (Olivera, R., 2011).

La *etapa cuantitativa*, se caracteriza por la aplicación de **pruebas estandarizadas** las cuales están dirigidas a efectuar “(...) un examen objetivo sobre la ejecución y las funciones motrices, perceptivas, gnósicas y práxicas” (García, B., 2007: 11 p.).

La instancia de evaluación psicomotriz se caracterizará por ser completa, o sea, se explorarán las siguientes áreas:

- **Motricidad de base:** utilizando como guía la “Ficha de exploración de la motricidad de base de Bermúdez, I., Carriquiry, M. del Instituto Universitario CEDIIAP” (de León, C.; y cols., 2013: 16 p.) en donde se indaga sobre el tono muscular de base (sus tres propiedades: pasividad, extensibilidad y consistencia), equilibrio tanto estático como dinámico, coordinación manual y global, praxia ocular y persistencia motriz (de León, C.; 2010) y las pruebas de Nivel y estilo Motor de Mira Stambak (de León, C., 2010).
- **Imagen del cuerpo:** entrevista con los padres, el dibujo libre, dibujo de figura humana los ítems emocionales y la observación en sala de psicomotricidad (de León, C.; y cols., 2013).
- **Esquema corporal:** Batería Piaget Head, el Test de imitación de gestos de Bergés y Lezine, y el dibujo de figura humana los ítems evolutivos (de León, C.; y cols., 2013).
- **Espacio y praxia constructiva:** “test de Bender, test de Mendilaharsu, Copia de cubo y rancho, construcciones y uso del espacio en sala de psicomotricidad” (de León, C.; y cols., 2013: 17 p.).
- **Tiempo:** “Test de Ritmo de Mira Stambak, uso del tiempo en sala de psicomotricidad” (de León, C.; y cols., 2013: 17 p.).
- **Percepción visuo-espacial:** “Test de Frostig y Reversal” (de León, C.; y cols., 2013: 17 p.).
- **Gráficos:** dibujos, Prueba de Escritura de Ajuriaguerra y observación de los cuadernos de clase (de León, C.; y cols., 2013).

En cuanto a lo *cualitativo*, es de suma importancia en la evaluación psicomotriz la **observación** del niño en la sala de psicomotricidad. Cabe destacar que la observación psicomotriz “(...) no sólo ha cobrado importancia en la evaluación psicomotriz, sino en todas las áreas de intervención de la psicomotricidad” (D’ Andrea, M. F., 2012).

D’ Andrea cita a Gómez quien plantea que observar es “mirar y estudiar algo detenidamente, concentrando nuestra atención en aquello que nos proponemos conocer. Nuestros sentidos ejercen todas sus posibilidades, capturan lo que no descubre una

mirada casual o impremeditada, aprehenden una multitud de datos que de otro modo no llegaríamos a hacer plenamente consciente” (D’ Andrea, M. F., 2012: 3 p.).

La observación “(...) es una técnica de obtención de datos en la que están implicados todos nuestros sentidos, pero también nuestra capacidad intelectual, conocimientos teóricos, historia cultural, emocional, creencias, mitos, valores, etc.” (Bermúdez, I., 2010: 1 p.).

Ésta se realiza en forma individual, y si es posible una de las sesiones en grupo de pares (de León, C.; “et al”, 2012) y “(...) se centra en la observación de la actividad espontánea del niño” (García, B., 2007: 11 p.), con un “(...) encuadre que promueve la actividad y la expresividad motriz, el juego y la implicación corporal” (García, B., 2007: 10 p.).

Utilizaremos los parámetros psicomotrices para guiar nuestra observación. Éstos son, tal como cita Bermúdez a Arnaiz Sánchez, el “conjunto de elementos a partir de los cuales puede ser analizada la expresividad motriz” (Bermúdez, I., 2010: 2 p.). Recordemos, que la expresividad motriz es, tal como plantea Aucouturier citado por D’ Andrea, “(...) la manera que cada niño tiene de manifestar el placer de ser él mismo, de construirse de una manera autónoma y de manifestar el placer de descubrir y de conocer el mundo que lo rodea” (D’ Andrea, M. F., 2012: 24 p.). Para indagar sobre la expresividad motriz del niño, recurriremos entonces a los parámetros psicomotrices los cuales nos permitirán observar el “(...) investimento que el niño realiza de su propio cuerpo y del mundo exterior a él, constituido por el espacio, el tiempo, los objetos y los otros” (Bermúdez, I., 2010: 2 p.); por lo que nos servirán de herramienta “(...) para conocer y aprender acerca de ese niño” (D’ Andrea, M. F., 2012).

La observación del niño en la sala de psicomotricidad nos permitirá “(...) realizar hipótesis vinculadas a la historia del cuerpo, la relación del individuo con su cuerpo y su accionar, a la estructuración de la imagen corporal, a la relación existente entre el cuerpo real y el cuerpo imaginario” (García, B., 2007: 9 p.).

Ésta tendrá que “(...) ser lo más objetiva posible para luego relacionar los datos obtenidos con los datos recogidos en la instancia de pruebas y en la entrevista con los padres así como con las verbalizaciones que sobre la actividad, sus angustias y el juego realiza el niño” (García, B., 2007: 12 p.).

3.6.2. Encuadre de trabajo

En relación al encuadre de trabajo, se establecerá el lugar, día y hora del tratamiento psicomotor, siendo éste de sesiones de 50 minutos aproximadamente cada una. Se tendrá que evaluar, según el caso específico de cada niño, sus necesidades y posibilidades, la cantidad de veces que éste concurrirá a tratamiento por semana, si será un abordaje individual o grupal y si se realizarán actividades en la sala de psicomotricidad, en el taller de grafomotricidad o en ambos espacios (Zumpf, A. M., 2011).

Luego de haber realizado la evaluación psicomotriz completa y de haber llegado a una hipótesis diagnóstica, se establecerán los objetivos específicos y generales para el abordaje psicomotor del niño y las estrategias para llevar a cabo esos objetivos planteados (de León, “et al”, 2012). Hay que tener presente que los niños son todos diferentes, por lo que no es posible trabajar con todos de la misma manera. Será necesario entonces conocer profundamente a cada uno de ellos y ajustar los objetivos y las estrategias del abordaje a la situación que nos enfrenta cada paciente (García, V., 2011). De esta forma, el tratamiento psicomotor deberá ser pensado, formulado, evaluado y modificado en razón del niño al que esté dirigido (García, B., 2010).

Hay que tener en cuenta, que la práctica psicomotriz es una disciplina que requiere de “(...) un ajuste a la expresividad motriz del niño, un sistema de actitudes y de acción del psicomotricista, una tecnicidad, una manera de hacer específica y muy personalizada” (Zumpf, A. M., 2011: 8 p.). A su vez, es necesario “(...) dar respeto, seguridad y confianza tanto al niño como a sus padres, respetar los tiempos del niño, su manera original de ser y estar en el mundo, de vivirlo y descubrirlo” (Zumpf, A.M., 2011: 14 p.). Así mismo, se buscará crear un vínculo adecuado entre el psicomotricista y el niño, aspecto fundamental que favorecerá al tratamiento y a la mejoría del paciente (Zumpf, A.M., 2011).

Cabe destacar que el abordaje terapéutico no acaba en la sala de psicomotricidad sino que es importante que exista una coherencia y una ejercitación tanto a nivel familiar como a nivel de la institución educativa a la que concurre el niño (Zumpf, A. M., 2011).

Se torna relevante, para lograr lo anteriormente explicitado, “(...) explicarle a los padres las dificultades que tiene el niño, el origen, sus posibilidades de evolución y su importancia. Así ellos comprenderán mejor el trastorno y colaborarán más para que sea posible una evolución favorable en el niño” (Zumpf, A. M., 2011: 6 p.).

3.6.2.1. Objetivos generales para la intervención psicomotriz

Siguiendo a Zumpf (2011), los objetivos generales para cualquier intervención psicomotriz son:

- “Aceptar al niño tal cual es con su manera de ser y estar en el mundo” (Zumpf, A. M., 2011: 2 p.).
- Promover y potenciar el desarrollo psicomotor (Zumpf, A. M., 2011).
- “(...) favorecer que el niño invista el espacio, los objetos y las personas” (Zumpf, A. M., 2011: 13 p.).
- Favorecer la comunicación (Zumpf, A. M., 2011).
- Promover la creatividad (Zumpf, A. M., 2011).
- “Favorecer el acceso al pensamiento operatorio” (Zumpf, A. M., 2011: 2 p.).

3.6.2.2. Objetivos y estrategias específicas para el abordaje psicomotor de un niño obeso

Centrándome específicamente en el tratamiento de un niño con obesidad, considero importante, desde la Psicomotricidad, formularnos las siguientes metas:

- Acompañar al niño “(...) al descubrimiento y redescubrimiento de su propio cuerpo, experimentando sus posibilidades, mejorando su destreza corporal” (Zumpf, A. M., 2011: 2 p.).
- Trabajar el imaginario, las fantasías y los miedos que el niño tiene en relación a su propio cuerpo, de forma tal de promover la evolución de las situaciones conflictivas hacia situaciones de mayor bienestar y de fortalecimiento de su autoestima e imagen corporal (Zumpf, A. M., 2011).
- Brindar un espacio placentero y de disfrute en donde se habilite al niño a hacer, a experimentar, a moverse, a desarrollar sus iniciativas, sus destrezas y superar sus dificultades (Zumpf, A. M., 2011). Con esto, “(...) favorecemos que el niño descubra sus posibilidades que hasta el momento fueron escasamente habilitadas” (Zumpf, A. M., 2011: 13 p.).
- Favorecer la vivencia del placer sensoriomotor. Esto contribuirá a vivenciar su cuerpo como una globalidad y a beneficiar en el niño la evolución hacia una dinámica de comunicación y de creación (Zumpf, A. M., 2011).
- Promover la conciencia del cuerpo propio y la globalidad del mismo (Zumpf, A. M., 2011).

- Favorecer el pasaje del estado de contracción al de distensión de todo el cuerpo, logrando así una postura más ajustada frente a las tareas a realizar (Zumpf, A. M., 2011).

En cuanto a las estrategias para llevar a cabo los objetivos planteados, considero de relevancia:

- Favorecer actividades sensoriomotrices tales como: saltos, balanceos, desplazamientos (caminar, correr, gatear), giros, caídas, trepar, rodar, entre otras (D' Andrea, M. F., 2012).
- Uso de diversos materiales como: pelotas, aros, cuerdas, prismas, telas, escalera, espaldar, etc., que promuevan e incentiven actividades varias como la realización de circuitos de dificultad variable (Zumpf, A. M., 2011).
- Favorecer el juego simbólico (Zumpf, A. M., 2011).
- Realizar técnicas de relajación o entradas en calma (Zumpf, A. M., 2011).

CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES

Al comienzo de este trabajo monográfico, me formulé las siguientes interrogantes: ¿Qué se entiende por obesidad infantil? ¿Qué complicaciones presenta un niño con esta enfermedad? ¿Cómo vive su cuerpo un niño obeso? ¿Cómo se presenta ese niño ante el mundo? ¿Qué recibe de su entorno? ¿Cómo se puede intervenir ante esta situación? ¿Qué es lo que se puede aportar desde la Psicomotricidad?

Considero que a lo largo de este recorrido bibliográfico, he podido responder algunas de estas preguntas y profundizar diferentes conceptos relacionados con la obesidad infantil que me han ayudado a comprender esta enfermedad desde la Psicomotricidad, pero también desde otras disciplinas.

En lo personal, decidir ahondar en dicha temática implicó un gran desafío, entre otras cosas debido a que, por no haber sido una temática trabajada durante la formación de grado, carecía de conocimientos y datos fiables previos.

A pesar de lo anterior, el desafío me resultó interesante y me impulsó a indagar e investigar esta realidad que, día a día, se hace más visible a nivel mundial en general y en nuestro país en particular.

La obesidad puede definirse como “(...) un aumento de grasa corporal, que se traduce en un incremento de peso, debido a un ingreso energético en la alimentación que supera el gasto calórico (es decir, un balance de energía positivo) a lo largo de un período de tiempo prolongado” (Pérez de la Cruz, A.; Moreno-Torres, R.; Mellado, C., 2004: 529 p.). Ésta puede medirse a través del Índice de Masa Corporal (IMC), el cual considera que existe obesidad infantil en aquel niño que presenta un IMC mayor al percentil 97 (Etcheverry, M.; Fernández, C., 2010).

De acuerdo a diversos estudios estadísticos, los índices de obesidad infantil vienen aumentando significativamente con el correr de los años. Estos datos resultan alarmantes frente a los equipos sanitarios, si además consideramos que la obesidad en los niños puede desencadenar variadas enfermedades y limitaciones a nivel bio-psico-social, configurando de este modo un cuadro complejo que requiere de abordajes interdisciplinarios, los cuales deben ser adecuados a las características y necesidades de cada niño en particular.

Resulta importante que el Licenciado en Psicomotricidad, como un profesional más del campo de la salud y formando parte del equipo interdisciplinario, aporte su mirada psicomotriz tanto a nivel preventivo como terapéutico, ya que desde nuestra disciplina, la obesidad atañe al cuerpo real del niño, al esquema corporal, a la imagen del cuerpo, así como a la relación del individuo con el movimiento.

En el plano preventivo, buscará promover hábitos de vida saludables que contribuyan a prevenir la aparición y el desarrollo de esta enfermedad.

A nivel terapéutico, aportará a la elaboración de un diagnóstico global del niño y al diseño de objetivos y estrategias óptimas para el tratamiento integral del mismo.

Más allá del rápido crecimiento de la obesidad infantil, y de lo alarmante que resultan las perspectivas a futuro, he encontrado que desde la Psicomotricidad, los aportes teóricos y prácticos en relación a esta temática han sido prácticamente nulos. Debido a esto, espero con este trabajo, poder dejar abiertas nuevas interrogantes que aporten y enriquezcan este campo, donde las posibilidades de profundización, investigación e intervención son amplias.

BIBLIOGRAFIA CITADA

LIBROS:

- ◆ **Calmels, D.**; *“Cuerpo y saber: capítulos de Psicomotricidad”*. 3era edición. Argentina. Novedades Educativas. (2001).
- ◆ **De León, C.**; *“Las Alteraciones Psicomotrices: Diagnóstico en Psicomotricidad”*. Uruguay. Tradinco S.A. (2010).
- ◆ **De León, C.** (coord.); y cols.; *“Diálogos con Bernard Aucouturier”*. Uruguay. Tradinco S.A. (2012).
- ◆ **Navarro-Beltran Iracet, E.**; y cols.; *“Diccionario terminológico de ciencias médicas”*. 12^a edición. Barcelona. Salvat editores, S.A. (1984).
- ◆ **Torresani, M. E.**; **Somoza, M. I.**; *“Lineamientos para el cuidado nutricional”*. 2^a edición. Buenos Aires. Editorial Universitaria de Buenos Aires. (2003).

CAPÍTULO DE LIBROS:

- ◆ **Berruezo, P.**; *“El contenido de la Psicomotricidad”*. En: **Bottini, P.**; “et al”; *“Psicomotricidad: prácticas y conceptos”*. Madrid. Niño y Dávila Editores. (2000) 43 – 99 pp.
- ◆ **Cohen, A.**; *“Obesidad Infantil”*. En: **Meneghello, J.**; *“Diálogos en Pediatría Vol. III”*. Chile. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. (1990) 180 - 187 pp.
- ◆ **Fernández Santiago, C.**; **Vera Guerrero, N.**; *“Introducción y conceptos básicos”* En: *“Prevención y tratamiento de la obesidad”*. Barcelona. Martínez Roca S.A. (1989) 13 – 31 pp.
- ◆ **García, B.**; *“El cuerpo. Cuerpo real, esquema corporal, imagen corporal”*. En: De León, C.; “et al”; *“Cuerpo y Representación: Espacio de reflexión en terapia psicomotriz”*. Montevideo. Psicolibros (2000). 69 – 96 pp.
- ◆ **Marcelli, D.**; **Cohen, D.**; *“Obesidad”*. En: *“Manual psicopatología del niño”*. 7ma edición. Barcelona. Masson. (2007). 127 – 130 pp.
- ◆ **O'Donnell, A. M.**; **Grippe, B.**; *“Complicaciones de la obesidad infantil”*. En: *“Obesidad en la niñez y la adolescencia”*. Argentina. Editorial científica interamericana S.A.C.I. (2005). 99 – 112 pp.

- ◆ **Rebollo**, M. A.; y cols.; *“Alteraciones de los procesos del desarrollo”*. En: *“Alteraciones del desarrollo neurológico”*. Montevideo. Prensa Médica Latinoamericana. (2010). 37 - 214 pp.
- ◆ **Rebollo**, M.A., y cols.: *“Definición, concepto y tipos de movimientos”* En: *“La motricidad y sus alteraciones en el niño”*. Uruguay. Prensa Médica Latinoamericana. (2003). 3 – 10 pp.
- ◆ **Sánchez**, E.; *“Obesidad”*. En: **Meneghello**, J.; *“Diálogos en Pediatría Vol. XII”*. Chile. Publicaciones Técnicas Mediterráneo Ltda. (1997). 47 – 63 pp.
- ◆ **Sassano**, M.; **Bottini**, P.; *“Apuntes para una historia de la Psicomotricidad: breve recorrido por los principales referentes, históricos y actuales, de la práctica y los conceptos de la psicomotricidad”*. En: **Bottini**, P.; “et al”; *“Psicomotricidad: prácticas y conceptos”*. Madrid. Niño y Dávila Editores. (2000) 13 – 38 pp.

TRABAJOS MONOGRÁFICOS:

- ◆ **Agustoni**, C.; **Jaso**, J.; *“Psicomotricistas, artesanos de una evolución: una mirada sobre la historia de la psicomotricidad en Uruguay”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay. (2011). 89 h.
- ◆ **Bermúdez**, I.; *“El cuerpo del psicomotricista. La influencia de su historia y su formación personal - académica y continua - en el desempeño de su rol”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2010). 11; 12; 21 hh.
- ◆ **D' Andrea**, M. F.; *“La observación en la práctica psicomotriz educativa: a observar se aprende observando”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2012). 3 h.
- ◆ **Echeverría**, M. M.; *“Una mirada global sobre el cuerpo: construcción – desarrollo - cambios”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2011). 29 h.
- ◆ **Etcheverry**, M.; **Fernández**, C.; *“Trastornos psicomotores y obesidad infantil. Diagnóstico psicomotor en niños de segunda infancia que asisten al Programa de Atención del Niño y del Adolescente Obeso en el Centro Hospitalario Pereira Rossell”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Universidad Católica del Uruguay. (2010). 7; 9; 17; 18; 23 hh.
- ◆ **García**, V.; *“La Intervención Psicomotriz en el Autismo”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2011).
- ◆ **Langon**, S.; *“Desarrollo de la noción de cuerpo en el niño”* . Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2007). 13; 16; 17 hh.

- ◆ **Márquez, D.;** *“El cuerpo y la relación temprana madre - hijo”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2005).
- ◆ **Soto, C.;** *“El cuerpo y la Imagen Corporal en la Post-Modernidad”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2010).
- ◆ **Winokur, V.;** *“Intervención Psicomotriz: Abordaje Preventivo y Terapéutico en el Desarrollo temprano”*. Lic. en Psicomotricidad. Montevideo. Instituto Universitario CEDIIAP. (2006). 6; 7; 19 hh.

ARTÍCULOS DE REVISTAS:

- ◆ **Acosta, V.;** “et al”; *“3^{er} Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente”*. Archivos de Pediatría. 77 (3): 300 – 305 (2006). Uruguay.
- ◆ **Asqueta, M.;** *“Sobrepeso y obesidad infantil”*. Calidad de vida. 36 – 39 pp. Edición 3 de 3. (2011). TERARE LTDA.
- ◆ **Bello, C.;** *“Cómo preparar meriendas y viandas saludables”*. Calidad de vida. 36 – 48 pp. (Otoño 2010). TERARE LTDA.
- ◆ **Díaz, F.;** *“¡A moverse!”*. Calidad de Vida. 4 – 8 pp. (Verano 2009 / 2010). TERARE LTDA.
- ◆ **Duhagon, P.;** “et al”; *“Promoción de la salud cardiovascular en la infancia”*. Archivos de Pediatría. 76 (1): 51 – 58. (2005). Uruguay.
- ◆ **Elissalde, A.;** *“Señales de alarma en el desarrollo psicomotor temprano”*. Psicomotricidad. Revista de Estudios y Experiencias. 60 (3): 25 - 65 (1998). CITAP. España.
- ◆ **Gadea, S.;** *“Actividad Física Vs. Sedentarismo”*. Calidad de vida. P 24 – 29. (Otoño 2009). TERARE LTDA.
- ◆ **Gambetta, J. C.;** y cols.; *“Obesidad y factores de riesgo cardiovascular en la edad pediátrica”*. Archivos de Pediatría. 79 (1): 7 – 14. (2008).
- ◆ **Kaufmann, P.;** *“Obesidad: ¿Qué hay de nuevo? ¿Qué se está haciendo? ¿Qué más se puede hacer?”*. Calidad de vida. (Otoño 2010). 20 - 27. TERARE LDTA.

DOCUMENTO PRESENTADO EN CONGRESO:

- ◆ **Peregalli, F.;** *“Estrategias de Alimentación del Niño con Sobrepeso”*. En: (3^o curso de actualización en entrenamiento deportivo y actividad): 3^o, 2011, Hotel NH Columbia, Montevideo. [En línea]. Disponible en:

<http://documentos.nutriguia.com.uy/CursoDeporte/3Curso/Estrategiasdealimentaciondelnio.pdf> [Consulta: 20 de marzo de 2012].

♦ **Bermúdez, B.;** “*Rol del psicólogo frente al niño con sobrepeso*”. [En línea]. En: (3º curso de actualización en entrenamiento deportivo y actividad): 3º, 2011, Hotel NH Columbia, Montevideo. Disponible en: <http://documentos.nutriguia.com.uy/CursoDeporte/3Curso/RoldelPsicologofrentealninoconsobrepeso.pdf> [Consulta: 20 de marzo de 2012].

♦ **García, B.;** “*De la ética en el tratamiento psicomotor: reflexiones sobre aspectos de nuestra práctica*”. [En línea]. En: (Congreso La Psicomotricidad y su Contexto). Instituto Universitario CEDIIAP. 13 – 15 mayo 2010. Montevideo, Uruguay. Disponible en: <http://www.psicomotricidaduruguay.com/descargas/documentos/2012-3-28-19-2-8.pdf> [Consulta: 14 de marzo de 2013].

MATERIAL DE CLASE:

♦ **Bermúdez, I.;** *Evaluación del desarrollo*. Licenciatura en Psicomotricidad. Instituto Universitario CEDIIAP. (2010).

♦ **Zumpf, A.M.;** *Tratamiento psicomotor*. Licenciatura en Psicomotricidad. Instituto Universitario CEDIIAP. (2011).

ARTÍCULOS DE PUBLICACIONES SERIADAS EN LINEA:

♦ **Cediiap Instituto Universitario – Sitio Oficial;** “*Licenciatura en psicomotricidad: Instituto Universitario CEDIIAP*” [En línea]. 2013. Disponible en: <https://www.facebook.com/pages/Cediiap-Instituto-Universitario-Sitio-Oficial/376334172457318?fref=ts> [Consulta: 07 de febrero de 2013].

♦ **Chueca, M.; Azcona, C.; Oyarzábal, M.;** “*Obesidad Infantil*”. [En línea]. ANALES Sis. San Navarra. 25 (Supl.1): 127 – 141. (2002). Disponible en: <http://granat.boumort.cesca.es/index.php/ASSN/article/view/5495> [Consulta: 31 de mayo de 2012].

♦ **Dalmau Serra, J.;** y cols.; “*Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Parte II. Diagnóstico. Comorbilidades. Tratamiento*”. [En línea]. Anales de Pediatría. 66 (3): 294 – 304. (2007). Barcelona. Disponible en: <http://www.gastroinf.com/obesidad-2007.pdf> [Consulta: 14 de julio de 2012].

- ◆ **de León, C.**; “et al”; *“Psicomotricidad en Interdisciplina. La observación psicomotriz como vía de acceso al conocimiento del sujeto-clínico”*. [En línea]. 2012. Montevideo. Disponible en: <http://www.psicomotricidaduruguay.com/descargas/documentos/2012-3-6-8-11-51.pdf> [Consulta: 11 de diciembre de 2012].
- ◆ **de León, C.** (coord.); y cols.; *“Revisión de la estrategia diagnóstica en Psicomotricidad”*. [En línea]. 2013. Montevideo. Disponible en: <http://www.psicomotricidaduruguay.com/descargas/documentos/2013-2-6-15-14-25.pdf> [Consulta: 11 de marzo de 2013].
- ◆ **Delbono, M.**; y cols.; *“Manual práctico de obesidad en el adulto. Atención primaria”*. [En línea]. Comisión honoraria para la salud cardiovascular. (2009). Montevideo. Disponible en: <http://www.supeso.org.uy/manual%20practico%20de%20obesidad%20en%20el%20adulto.pdf> [Consulta: 18 de mayo de 2012].
- ◆ **Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención;** *“Libro blanco de Atención temprana”*. [En línea]. 3^a edición. Madrid. Real Patronato sobre Discapacidad. (2005). Disponible en: https://www.fcsd.org/fichero-69992_69992.pdf [Consulta: 13 de marzo de 2013].
- ◆ **García, B.**; *“Bases y fundamentos de la evaluación psicomotriz en preescolares y escolares como herramienta clínica que sustente las hipótesis teóricas del campo de la psicomotricidad”* [En línea]. En: Jornadas Organizadas por el Cediap: “Debilidad Motriz, TAC, Dispraxias”. Mesa Redonda: Evaluación Psicomotriz. (6 y 7 septiembre 2007). Montevideo – Uruguay. Disponible en: <http://www.psicomotricidaduruguay.com/descargas/documentos/2012-3-28-18-7-2.pdf> [Consulta: 18 de enero de 2013].
- ◆ **García, B.**; *“Entrevista realizada a Blanca García por la estudiante de la licenciatura de psicomotricidad de la UDELAR Erika A. Prieto para su trabajo monográfico final”*. [En línea]. 2011. Uruguay. Disponible en: <http://www.psicomotricidaduruguay.com/descargas/documentos/2012-6-30-11-45-3.pdf> [Consulta: 18 de setiembre de 2012].
- ◆ **Laguna Camacho, A.**; *“Determinantes del sobrepeso: Biología, psicología y ambiente”*. [En línea]. Revista de Endocrinología y Nutrición. 13 (4): 197 - 202. (Octubre – Diciembre de 2005). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2005/er054e.pdf> [Consulta: 22 de mayo de 2012].

- ◆ **Lama More, R. A.**; y cols.; “*Obesidad Infantil. Recomendaciones del Comité de Nutrición de la Asociación Española de Pediatría Parte I. Prevención. Detección precoz. Papel del Peditra*”. [En línea]. Anales de Pediatría. 65 (6): 607 – 615. (2006). Barcelona. Disponible en:
[http://www.suc.org.uy/emcc07/Prevencion%20CV%20en%20ninos_archivos/Obesidad%20infantil-Partel-An%20Pediatr\(Barc\)2006.pdf](http://www.suc.org.uy/emcc07/Prevencion%20CV%20en%20ninos_archivos/Obesidad%20infantil-Partel-An%20Pediatr(Barc)2006.pdf) [Consulta: 22 de mayo de 2012].
- ◆ **Mardones, F.**; “*Obesidad en la niñez en Chile: un tema pendiente*”. [En línea]. Centro de Políticas Públicas UC. (41): 1 - 16. (Diciembre de 2010). Disponible en:
<http://www.politicaspublicas.uc.cl/media/publicaciones/pdf/20110126112637.pdf> [Consulta: 14 de mayo de 2012].
- ◆ **Martínez, A. L.**; y cols.; “*Primer informe nacional de monitoreo y evaluación de impacto social del Plan Ceibal, 2009*”. [En línea]. (Diciembre de 2009). Uruguay. Disponible en:
http://www.ceibal.org.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=165&Itemid=58 [Consulta: 22 de mayo de 2012].
- ◆ **Ministerio de Sanidad y Consumo**; “*Estrategia NAOS: Invertir la tendencia de la obesidad*”. [En línea]. (2005). España. Disponible en:
<http://www.naos.aesan.mssi.gob.es/naos/ficheros/estrategia/estrategianaos.pdf> [Consulta: 12 de mayo de 2012].
- ◆ **Mora, J.**; **Torres, S.**; “*Hipertensión en el embarazo*”. [En línea]. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. 24 (002): 64 – 70. (2005). Buenos Aires. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/912/91224203.pdf> [Consulta: 17 de julio de 2012].
- ◆ **Moreno Aznar, L.**; **Alonso Franch, M.**; “*Obesidad*”. [En línea]. Asociación Española de Pediatría. Segunda edición. Ergón S.A. (2010). 319 – 323 pp. Disponible en:
<http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/obesidad.pdf> [Consulta: 19 de junio de 2012].
- ◆ **Olivera, R.**; “*Tratamiento Nutricional en Sobrepeso Infantil*”. [En línea]. Dpto. Nutrición Clínica - Escuela de Nutrición y Dietética. 2011. Disponible en:
http://www.universidadur.edu.uy/Gen2011/gen_2011_general.php?action=fullnews&id=2567 [Consulta: 07 de marzo de 2012].
- ◆ **Pérez de la Cruz, A.**; **Moreno-Torres Herrera, R.**; **Mellado Pastor, C.** “*Nutrición y Obesidad*”. 2004. [En línea] Disponible en:
<http://eva.universidad.edu.uy/course/category.php?id=93> [Consulta: 17 de abril de 2012].

- ◆ **Pisabarro, R.**; y cols.; “*ENSO niños 1: Primera encuesta nacional de sobrepeso y obesidad en niños uruguayos*”. [En línea]. Revista Médica del Uruguay. 18 (3): 244 - 250. (Diciembre 2002). Uruguay. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/18/3/2/es/8/> [Consulta: 22 de mayo de 2012].
- ◆ **Tuzzo, R.**; “*Abordaje interdisciplinario en la salud y la educación*”. [En línea]. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y técnicas Corporales. 4 (13): 13 - 40; febrero de 2004. Disponible en: <http://psicomotricidadum.com/index.php> [Consulta: 05 de febrero de 2013].
- ◆ **Urrejola, P.**; “*¿Por qué la obesidad es una enfermedad?*” [En línea]. Revista Chilena de Pediatría. 78 (4): 421 – 423. (2007). Chile. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000400012 [Consulta: 27 de agosto de 2012].

SITIOS WWW:

- ◆ **Babycenter**; “*Luxación de cadera*”. [En línea]. 2012. Disponible en: http://espanol.babycenter.com/baby/enfermedades/luxacion_de_caderas/ [Consulta: 05 de agosto de 2012].
- ◆ **Cardiosalud**; “*¿Qué es el colesterol?*” [En línea]. 2012. Disponible en: http://www.cardiosalud.org/factores_riesgo/colesterol.htm [Consulta: 04 de julio de 2012].
- ◆ **Gruenberg, M.**; “*Diccionario de enfermedades*”. [En línea]. 2009. Disponible en: <http://www.pediatradefamilia.com.ar/b.htm#bron2> [Consulta: 17 de julio de 2012].
- ◆ **Medicopedia: el diccionario médico interactivo de portalesmedicos.com**; “*Tibia en sable*”. [En línea]. 2012. Disponible en: http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Tibia_en_vaina_o_en_hoja_de_sable [Consulta: 24 de agosto de 2012].
- ◆ **Medline Plus: información de salud para usted**; “*Accidente cerebrovascular*” [En línea]. 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000726.htm> [Consulta: 05 de agosto de 2012].
- ◆ **Medline Plus: información de salud para usted**; “*Pie plano*”. [En línea]. 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001262.htm> [Consulta: 24 de agosto de 2012].

- ◆ **OMS;** “*Obesidad y Sobrepeso*”. [En línea]. Nota descriptiva N° 311. Marzo de 2011. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> [Consulta: 30 de abril de 2012].
- ◆ **OMS;** “*Inactividad física: un problema de salud pública mundial*”. [En línea]. 2012. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/index.html [Consulta: 31 de mayo de 2012].
- ◆ **Galeon;** “*Infecciones respiratorias*”. [En línea]. 2012. Disponible en: <http://respiratorias.galeon.com/aficiones1504599.html> [Consulta: 05 de agosto de 2012].

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

LIBROS:

- ◆ **Mila, J.;** *“De profesión psicomotricista”*. Argentina. Miño y Dávila srl. (2008).
- ◆ **Unicef Uruguay;** *“33 meses en los que se define el partido: 33 ideas para jugarlo”*. Uruguay. (Noviembre de 2008).
- ◆ **Rebollo, M. A.;** *“La Psicomotricidad”*. Montevideo. Prensa Médica Latinoamericana. (2007).

CAPÍTULO DE LIBROS:

- ◆ **Békei, M.;** "Obesidad". En: *“Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia”*. 2da edición. Bs. As. Nueva Visión. (1986). 185 – 198 pp.
- ◆ **De León, C.;** *“Concepto de alteración psicomotriz”* En: *“Las Alteraciones Psicomotrices: Diagnóstico en Psicomotricidad”*. Uruguay. Tradinco S.A. (2010).
- ◆ **Schmit, G.;** *“La expresión somática: la obesidad infantil”*. En: *“Tratado de psiquiatría del niño y el adolescente IV”*. Paris. AGS Diseño y Producción Editorial, S.A. (1990) 209 – 232 pp.
- ◆ **Zukerfeld, R.;** *“Obesidad e imagen corporal”*. En: *“Psicoterapia de la obesidad”*. Bs. As. Letra Viva. (1979) 53 – 68 pp.
- ◆ **Zukerfeld, R.;** *“Trastornos del esquema corporal en obesidad”*. En: *“Psicoterapia de la obesidad”*. Bs. As. Letra Viva. (1979) 69 – 70 pp.
- ◆ **Zukerfeld, R.;** *“Imagen corporal y deseo en obesidad”*. En: *“Psicoterapia de la obesidad”*. Bs. As. Letra Viva. (1979) 71 – 79 pp.
- ◆ **Zukerfeld, R.;** *“La familia del niño y del adolescente obeso”*. En: *“Psicoterapia de la obesidad”*. Bs. As. Letra Viva. (1979) 148 – 153 pp.
- ◆ **Zukerfeld, R.;** *“Estudio sobre perturbaciones psicológicas agregadas en obesos infantiles”*. En: *“Psicoterapia de la obesidad”*. Bs. As. Letra Viva. (1979) 154 – 158 pp.

ARTÍCULO DE REVISTA:

- ◆ **Gribov, D.;** *“Entre las inestabilidades y los trastornos de la conducta alimentaria”*. Revista cuerpo psicomotriz. 2 (6): 10 – 13 (Junio de 2009).

♦ **Valsagna, A.**; “Reflexiones sobre la mediación corporal de la intervención psicomotriz, en el abordaje de los trastornos alimentarios”. Revista Cuerpo psicomotriz. 2 (5): 35 – 38 (2009).

ARTÍCULOS DE PUBLICACIONES SERIADAS EN LINEA:

♦ **Berruezo Adelantada, P. P.**; “El cuerpo, eje y contenido de la Psicomotricidad”. [En línea]. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 4 (16): 35 – 50 (2004). Disponible en: <http://psicomotricidadum.com/index.php> [Consulta: 16 de diciembre de 2012].

♦ **Bottini, P.**; “Todos los cuerpos: el cuerpo. Consideraciones críticas acerca de la acepción de cuerpo como fundamento para la práctica psicomotriz”. [En línea]. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 7(3): 57 - 68 (2007). Disponible en: <http://psicomotricidadum.com/index.php> [Consulta: 08 de octubre de 2012].

♦ **Caggiani, M.**; **Farré, Y.**; “3er Consenso Uruguayo de Hipertensión Arterial en el Niño y el Adolescente”. [En línea]. Archivos de Pediatría. 77 (3): 300 – 305 (2006). Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp77-3/pdf/adp77-3_16.pdf [Consulta: 14 de junio de 2012].

♦ **Duhagon, P.**; “et al”; “Promoción de la salud cardiovascular en la infancia”. [En línea]. Archivos de pediatría. 76 (1): 51 – 58 (2005). Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp76-1/pdf/adp76-1_10.pdf [Consulta: 05 de junio de 2012].

♦ **Franc, N.**; “Apuntes para una reconceptualización del cuerpo y el movimiento”. [En línea]. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 3 (11): 51 – 64 (Agosto de 2003). Disponible en: <http://psicomotricidadum.com/index.php> [Consulta: 08 de octubre de 2012].

♦ **Gambetta, J. C.**; y cols.; “Obesidad y factores de riesgo cardiovascular en edad pediátrica”. [En línea]. Archivos de pediatría. 79 (1): 7 – 14 (2008). Disponible en: http://www.sup.org.uy/Archivos/adp79-1/pdf/adp79-1_3.pdf [Consulta: 07 de junio de 2012].

♦ **Mila, J.**; “La interdisciplina y los contenidos de la formación del psicomotricista”. [En línea]. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 5(19): 7 – 18 (Agosto de 2005). Disponible en: <http://psicomotricidadum.com/index.php> [Consulta: 08 de octubre de 2012].

- ◆ **Mir Pozo, M.; Urtasun Barberena, L.;** “*La observación de la imagen del cuerpo en las sesiones de psicomotricidad*”. [En línea]. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. 4 (14): 71 – 84 (Mayo de 2004). Disponible en: [Consulta: 01 de junio de 2012].
- ◆ **Santos Muñoz, S.;** “*La educación física escolar ante el problema de la obesidad y el sobrepeso*” [En línea]. Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. 5 (19): 179 – 199 (2005). Disponible en: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista19/artobesidad10.htm> [Consulta: 14 de junio de 2012].
- ◆ **Silvestri, E.; Stavile, A.;** “*Aspectos psicológicos de la obesidad: importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*”. [En línea]. Córdoba. (Abril de 2005). Disponible en: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf> [Consulta: 01 de junio de 2012].

DOCUMENTO PRESENTADO EN CONGRESO

- ◆ **Delgado, L.;** “*Trabajo interdisciplinario frente a la obesidad infantil*”. En: (“3er curso de actualización en entrenamiento deportivo y actividad física”). 3º, 2011, Hotel NH Columbia, Montevideo. [En línea]. Disponible en: <http://documentos.nutriguia.com.uy/CursoDeporte/3Curso/Trabajointerdisciplinariofrentealaobesidadinfantil.pdf> [Consulta: 18 de junio de 2012].

ANEXOS

Anexo I) Entrevista a la Licenciada en Psicomotricidad María Noel Capobianco, Psicomotricista del CAIF de Nuevo París, realizada el 5 de marzo de 2013.

1) Para el niño y su familia: ¿Cómo promueve usted, como psicomotricista, hábitos saludables de alimentación?

Desde el Plan CAIF y más precisamente desde el Programa de Experiencias Oportunas considero que la alimentación tiene un lugar fundamental. El que haya un espacio dentro del taller destinado a esto facilita el trabajo y abre posibilidades varias de intercambio entre los adultos referentes y entre los adultos y el equipo (educadora y psicomotricista). Intentamos crear un espacio cómodo en donde cada adulto y cada niño puedan disfrutar del momento de la alimentación. Así mismo me parece fundamental diferenciar los utensilios que cada diada o tríada use. Por ejemplo, se intenta que cada niño tenga su vaso, su plato, su cuchara. Esto parece obvio pero generalmente los referentes prefieren compartirlo. Desde este lugar en los talleres de bebés de 12 a 24 meses se promueve la autonomía en la alimentación y uso de cubierto y vaso así como también la exploración de los diferentes alimentos que se ofrecen, algo que no siempre está habilitado.

En el espacio de alimentación se intercambian recetas. Inicialmente las compañeras de cocina nos facilitan las recetas de los alimentos que ellas producen y poco a poco surgen recetas que los adultos conocen.

Creo que lo fundamental es partir también de los saberes y de las creencias de las familias, sin culpabilizar ni condenar y luego darles la información necesaria acerca de pautas saludables para que puedan elegir.

Un tema que surge frecuentemente es la incorporación de los alimentos sólidos antes de los 6 meses. Generalmente a los pediatras no les cuentan que los bebés ya comenzaron a comer. A partir de esto es preciso indagar si conocen por qué el bebé no debe ingerir alimentos sólidos. En este momento entendemos que al no saber los efectos que esto puede traer en el crecimiento y desarrollo del bebé, lo continúan haciendo, generalmente se transmite de una generación a otra y los abuelos también incentivan esta práctica.

Es imprescindible generar espacios de información con nutricionistas y equipo de salud de la zona. Puntualmente se intentan realizar coordinaciones con

especialistas y a partir de éstas se hacen talleres dentro de los espacios de reflexión del taller mismo.

2) Para el niño y su familia: ¿Cómo promueve usted, como psicomotricista, actividades facilitadores del movimiento?

Considero que constantemente se le da puntual importancia al movimiento y al juego corporal como indicadores de salud dentro de los talleres. Algo que he incorporado en la práctica diaria es brindar la oportunidad a los adultos de observar a los bebés jugando. Desde este lugar se sorprenden de sus logros y sobretodo de la capacidad de resolver dificultades que se le presentan. A veces expresan el miedo de ir a las plazas o espacios abiertos porque piensan que son muy chiquitos o se pueden caer y lastimar. Desde ésta observación y desde la explicitación de la importancia que tiene el movimiento y el juego en estas etapas, creo que se promueve directamente la actividad física y sobretodo la posibilidad de disfrutar de espacios diferentes a la casa.

3) ¿Cuáles son los menús que brinda el CAIF para el niño y la madre en el momento de la alimentación? ¿Por quién fueron realizados?

Los menús los elaboran las compañeras de cocina teniendo en cuenta las franjas etéreas de los talleres. Mensualmente nos entregan la planificación y la miramos con todo el equipo.

Se intenta que sean balanceados, presentando un lácteo, siempre está presente la fruta en gran variedad y luego algún alimento de repostería o alguna tarta.

4) A lo largo de su experiencia por CAIF, ¿Ha tenido usted algún niño en los talleres que presente obesidad? ¿Qué características podría mencionar sobre éste? ¿Existe alguna modalidad de encare, a nivel del grupo de técnicos, de esta situación?

Si, muchos y cada vez más. Cuando comencé a trabajar en CAIF mi preocupación estaba, desde el punto de vista nutricional, en los niños con bajo peso. Actualmente no es así. Son cada vez más los niños con sobrepeso. Desde bebés puede existir una dificultad importante en la adquisición de las conductas motrices esperadas. La dificultad en el movimiento, para realizar cambios posturales es notoria. También

puede ocurrir que debido a esta dificultad surge una falta de motivación por los objetos que los rodean o aparece mucha frustración al no lograr tomar lo que desean. Aquí se produce un círculo ya que generalmente los adultos facilitan éstas acciones y resuelven las dificultades que se le presentan al niño, por lo que la quietud es cada vez mayor y la dependencia de los adultos también.

El año pasado en un taller había una beba que iba con su mamá. La beba tenía una obesidad importante. Cuando tenía sueño se ponía muy irritable. En un taller, la mamá estaba con los demás adultos en el espacio de reflexión y le dije que si quería que la durmiera. Me dijo que sí. Cuando la cargué me dijo: “sos la única persona que la quiere agarrar a upa, nadie quiere porque pesa mucho, ni el padre”. Con esta beba se realizó una coordinación con la Pediatra de la Policlínica a la que asiste y le dieron pase a Nutricionista. Actualmente está yendo a controles pero continúa con obesidad. Así mismo, comenzamos a realizar intervenciones más precisas en relación al vínculo en el juego, apuntadas al desarrollo de su autonomía y tolerancia a la frustración en conjunto con la psicóloga.

5) ¿Cree usted que en el correr de los últimos años ha aumentado la cantidad de niños con obesidad? ¿Cuál o cuáles entiende que puede ser la/las causa/causas?

Creo que sí. Considero que una de las causas es la falta de información en relación a pautas saludables de alimentación y sobre todo a las consecuencias que puede tener una alimentación no adecuada. Es significativo los cambios que se logran al ponerlo en palabras y comenzar a hablar del tema.

Las pautas de alimentación se transmiten sobretodo de una generación a otra y los hábitos también. Por eso creo que es preciso primero poder escuchar las creencias y la información que los adultos tienen para poder, luego, con respeto y no desde un lugar de saber, ni mucho menos juzgando, comenzar a proponer otras ideas.

Por otro lado, los medios de comunicación también bombardean con productos poco saludables. Hay adultos que creen que, si bien son caros, el poder comprar alguno de ellos es lo mejor que pueden ofrecerles a sus hijos. Hay algo que se ha dejado de lado: LA COMIDA CASERA. Desde mi lugar, siempre intento transmitir que la comida casera, además de ser mucho más económica, es lo mejor para sus hijos y para ellos.

Anexo II) Entrevista a la Licenciada en Psicomotricidad Magdalena Solsona, Psicomotricista del CAIF Casa Cuna Nuestra Señora de Guadalupe - Canelones, realizada el 12 de marzo de 2013.

1) Para el niño y su familia: ¿Cómo promueve usted, como psicomotricista, hábitos saludables de alimentación?

En primer lugar, fue indispensable informarme sobre este tema, ya que nuestra formación no abarca directamente esta área. Fue así que recurrí a las guías publicadas por INDA, material de Unicef (específicamente “Los primeros olores de la cocina de mi casa”) y una serie de material lúdico y didáctico llamado Nutrijuegos. En segundo lugar, mi manera de abordar este tema es proponer, durante el espacio de reflexión, dinámicas que promuevan la discusión, el diálogo y el pensamiento crítico acerca de temas relacionados a la alimentación saludable. Además, durante el espacio de alimentación, se fomentan por sí mismo estos hábitos saludables que implican la correcta higienización previa a la ingesta, la creación de un lugar y tiempo apropiado para comer y el ofrecimiento de alimentos saludables.

2) Para el niño y su familia: ¿Cómo promueve usted, como psicomotricista, actividades facilitadoras del movimiento?

Generando un lugar apropiado no solo para, sino que invite a moverse, con objetos que permitan movilidad, con actitud energética, no sedentaria.

3) ¿Cuáles son los menús que brinda el CAIF para el niño y la madre en el momento de la alimentación? ¿Por quién fueron realizados?

Se proponen menús variados según la etapa evolutiva de los niños, donde predomina la verdura, el pescado, el pollo y las frutas, preparadas de diferentes maneras. La elaboración de los mismos, está realizada por las educadoras alimentarias en coordinación con el equipo. Se basan fundamentalmente en una guía de INDA que explica qué alimentos son los recomendables para los niños en las diferentes edades, la forma de cocción y propone diversas recetas. Así mismo, las educadoras alimentarias, reciben capacitaciones a fin de actualizar esos conocimientos.

- 4) A lo largo de su experiencia por CAIF, ¿Ha tenido usted algún niño en los talleres que presente obesidad? ¿Qué características podría mencionar sobre éste? ¿Existe alguna modalidad de encare, a nivel del grupo de técnicos, de esta situación?**

No he tenido ninguna experiencia directa de este tipo.

- 5) ¿Cree usted que en el correr de los últimos años ha aumentado la cantidad de niños con obesidad? ¿Cuál o cuáles entiende que puede ser la/las causa/causas?**

Seguramente exista un aumento, como pasa con los adultos. Creo que las causas son múltiples, y van desde la creciente oferta de comida no nutritiva, artificial y/o hipercalórica (que tiene la ventaja de ser mas fácil y rápida de preparar o servir) hasta la actual cultura del sedentarismo, que fomenta pasar un tiempo excesivo enfrente a una computadora o la televisión, en detrimento de actividades que exigen movimiento y gasto de energía.

- 6) Desde la psicomotricidad y en los planos preventivos y asistenciales: ¿cómo cree usted que podemos encarar la problemática de la obesidad infantil?**

Creo que como Psicomotricistas, el tema de la correcta nutrición infantil nos compete en tanto es uno de los pilares fundamentales para el correcto crecimiento y desarrollo físico y psíquico. Desde la psicomotricidad y en el ámbito preventivo como es el Caif, en el trabajo con niños de entre 0 y 2 años y sus familias, podemos promover correctos hábitos de alimentación a través de la adecuada organización del niño en la rutina que implica el comer, fomentar la alimentación saludable y promover el disfrute por el movimiento.

Anexo III) Entrevista realizada el 7 de marzo de 2013 a la Licenciada en Nutrición Laura Núñez, Nutricionista del Centro de Educación Inicial de la Intendencia de Montevideo y, conjuntamente, a Liliana Enciso, Maestra Directora del Centro de Educación Inicial de la Intendencia de Montevideo

1) ¿Cómo favorecen prácticas saludables de alimentación en la institución educativa?

Se promueven estas prácticas a través de educación continua, brindando una alimentación completa y balanceada en los tiempos de comida que se realizan en la institución; así como a través de actividades puntuales contextualizadas en la currícula de los diferentes niveles.

Por otra parte se realizan comunicados y publicaciones dirigidas a los niños/as y sus familias, y todos los años se implementa la merienda compartida, en donde se dan pautas generales y una vez por semana una familia envía la merienda para el grupo que le corresponde (*Laura Núñez*).

2) ¿Existe un comedor en donde los niños puedan comer allí?

Si, la institución brinda dos tiempos de comida: almuerzo y merienda (*Laura Núñez*).

3) De ser afirmativa la respuesta, ¿Cómo se compone el menú de cada día?

El menú se encuentra pautado, el almuerzo se compone de un plato principal y un postre. El plato principal cuenta con un componente proteico (carne, pollo, pescado o huevo), energético (arroz, fideos, polenta o papas, en días alternos) y vegetales para completar el aporte de vitaminas y minerales. El postre es tres a cuatro veces a la semana frutas, una vez por semana un postre lácteo y cada quince días un postre en base a dulce.

La merienda se compone de un lácteo (cuatro veces por semana leche con saborizador, una vez por semana yogur) y un componente sólido (tres a cuatro veces por semana pan y un agregado como queso, dulce, manteca; y una vez por semana una preparación casera) (*Laura Núñez*).

4) ¿Este fue realizado por una nutricionista?

Si (*Laura Núñez*).

5) ¿Qué tipo de merienda y / o vianda suelen llevar los niños a la escuela?

Toda la alimentación dentro de la institución la brinda la misma, a excepción de la merienda compartida (*Laura Núñez*).

6) Dentro de la institución, ¿Se fomenta la actividad física en el niño? ¿De qué manera?

La planificación anual, de unidades y la diaria se rige por el programa de Educación inicial y primaria del Consejo de Ed. Pública. En este programa existe un capítulo específico referido a la Educación Física y a las diferentes actividades, a realizar en los diferentes niveles de educación Inicial y primaria.

Además de las actividades planificadas se estimula el juego libre en el patio promoviendo actividades que impliquen movimiento y ejercicios de los grandes músculos (juegos con pelotas, correr, trepar, saltar etc.).

También existe un convenio con el CEDIIAP por el cual los niños de todos los niveles participan de la sala de psicomotricidad una vez por semana (*Liliana Enciso*).

7) Por lo general ¿Qué actividades realizan los niños en el recreo?

Queda contestada con la anterior (*Liliana Enciso*).

8) Si llega un niño obeso a la institución, ¿Existe alguna modalidad de encarar ante esta situación?

Se intenta detectar el problema a través de la entrevista de ingreso y durante la concurrencia del niño/a, se orienta a los padres y se deriva si es necesario (*Laura Núñez*).

9) ¿Cómo se relaciona habitualmente un niño que presenta obesidad con sus pares? ¿Y viceversa?

Generalmente son niños que presentan dificultades con el manejo de su cuerpo para realizar las actividades físicas propias de la edad, lo cual los lleva a relacionarse con sus pares en forma torpe, empujando o cayéndose. Esto sucede en las edades más pequeñas. A medida que van creciendo y adquiriendo lenguaje

su actividad se torna más sedentaria y la relación y comunicación con los demás pasa a ser a través de lo intelectual y no a través del cuerpo.

En mi experiencia como docente de educación Inicial no he observado casos de rechazo hacia los niños obesos por parte de sus pares. Aunque quizás se vea sutilmente a la hora de elegir a un compañero para algún juego que implique actividad física. Es muy posible que no sea elegido o sea elegido último (*Liliana Enciso*).

10) ¿Cree usted que en el correr de los últimos años ha aumentado la cantidad de niños con obesidad? ¿Cuál o cuáles entiende que puede ser la/las causa/causas?

Hay estudios que demuestran el aumento de sobrepeso en niños/as (Ver ENSO I y II, y del M.S.P. para más datos). Esto es multicausal, pero según estudios, fundamentalmente se debería a un cambio cultural en lo que respecta a la alimentación (aumento de consumo de alimentos con alta densidad energética, así como azúcares refinados y grasas de mala calidad) y un cambio de estilo de vida en lo que respecta a la actividad física (disminución de la misma y un aumento de actividades de tipo sedentario como diversos tipos de audiovisuales) (*Laura Núñez*).

Anexo IV) Entrevista realizada a la Maestra Directora de Escuela Habilitada de Práctica N° 194 de Pando y Profesora de Didáctica de 2º año en CFE (Consejo de Formación Docente de Pando) Silvia María García el día 28 de febrero de 2013.

- 1) ¿Cómo favorecen prácticas saludables de alimentación en la institución educativa? ¿Existe un comedor en donde los niños puedan comer allí? De ser afirmativa la respuesta, ¿Cómo se compone el menú de cada día? ¿Éste fue realizado por una nutricionista?**

Si, en las Escuelas Públicas hay comedor. En las Escuelas de Tiempo Completo se les da desayuno, almuerzo y merienda.

Los menús están elaborados y o guiados por Nutricionistas. En las escuelas donde no son elaborados directamente los alimentos, se encargan Empresas contratadas que tienen Nutricionista y son supervisadas por el Departamento de Alimentación de Primaria.

- 2) ¿Qué tipo de merienda y / o vianda suelen llevar los niños a la escuela?**

Llevan alfajores, snacks.

- 3) Dentro de la institución, ¿Se fomenta la actividad física en el niño? ¿De qué manera?**

Hay Profesores de Educación Física desde Nivel Inicial a 6' año, una vez por semana de Inicial a 3' y dos veces de 4' a 6'.

- 4) Por lo general ¿Qué actividades realizan los niños en el recreo?**

Saltan a la cuerda, juegan al agarre, a veces ping pong, juegos de mesa.

- 5) Si llega un niño obeso a la institución, ¿Existe alguna modalidad de encare ante esta situación?**

No es fácil. La maestra intenta hablar con la madre para ver si ella se ha dado cuenta de la realidad, igual muchas veces no son conscientes o no quieren ver la realidad.

A veces la madre plantea que está en tratamiento y si va al comedor, desde la Dirección se habla con quien sirve la comida para disminuir las porciones, no se le da repetición y el niño sabe por qué.

También se habla con la profesora de educación física para que esté enterada y si puede incidir a la hora del trabajo, lo hace; siempre respetando al niño.

6) ¿Cómo se relaciona habitualmente un niño que presenta obesidad con sus pares? ¿Y viceversa?

Suele relegarse en muchas actividades y es relegado por sus compañeros a la hora de formar grupos o parejas para bailar.

7) ¿Cree usted que en el correr de los últimos años ha aumentado la cantidad de niños con obesidad? ¿Cuál o cuáles entiende que puede ser la/las causa/causas?

- Si, por la soledad en que pasa el niño muchas horas en su casa.
- La angustia oral se sacia con comida chatarra, snacks, bebidas cola.
- No hay hábitos de horarios para comer.
- Muchos comen en el comedor pues sus padres plantean como necesidad y llegan a la casa y vuelven a almorzar.

Anexo V) Observación de un niño de 8 años que presenta obesidad en tratamiento psicomotor

Primera observación: Fecha: 14 de diciembre de 2012. Lugar: Centro Prado. Psicomotricista: Verónica Winokur.

El niño llega a la sesión de psicomotricidad acompañado por su abuela (la cual presenta obesidad), y su hermana.

Se lo percibe desganado, desmotivado, arrastrando su cuerpo mientras camina.

Entra a la sala y durante el ritual de entrada habla poco, respondiendo puntualmente las preguntas que se le plantean.

Solicita jugar a la paleta con la psicomotricista, juego que acostumbra realizar en las sesiones. Se entusiasma con esta actividad aunque se observan frecuentes caídas y resbaladas, la pelota se le cae al piso reiteradas veces.

La psicomotricista, al ver que el niño no inviste el espacio sensorio-motor y que se mantiene repetitivamente en este juego, propone realizar una “prenda” al que pierde el tanto en el juego de la paleta (realizar alguna actividad sensorio-motriz, como por ejemplo: subir al espaldar, tirarse del tobogán, saltar del tablón).

Se observa en el niño dificultad en el manejo con su cuerpo durante estas actividades, se muestra temeroso, no sube más de dos escalones del espaldar, pero cuando le toca subir a la psicomotricista, le dice sonriendo “dale, ¡más alto que es una pavada!”. Al subir al tobogán, entra ajustadamente en el mismo.

Mientras juega a la paleta y luego del pacto acordado, realiza trampa y miente cuando pierde para evadir las actividades propuestas por la psicomotricista.

En reiteradas ocasiones la psicomotricista le pide que acomode su ropa, ya que la bermuda que utiliza es de tiro muy bajo, se le cae y no permite que se mueva cómodamente.

También se observa que la psicomotricista indaga si ha realizado actividad física durante la semana, motivándolo de que así sea.

En el momento de distanciaci3n, la psicomotricista le solicita que se dibuje a 3l mismo, demora en comenzar y dice “no se dibujar”, realizando otro dibujo.

Al finalizar el dibujo, se pone los championes y se retira de la sala.

Segunda observaci3n: Fecha: 8 de marzo de 2013. Lugar: Centro Prado. Psicomotricista: Ver3nica Winokur.

El ni1o llega a la cl3nica con su abuela, entra a la sala de psicomotricidad con entusiasmo y se dirige junto a la psicomotricista al taller de grafomotricidad. All3 conversan de la tarea que hab3a realizado el ni1o en su casa a pedido de la psicomotricista, en donde se observa dificultad en el trazo de los n3meros.

Luego la psicomotricista le propone realizar una actividad que consiste en encontrar las diferencias entre una imagen y la otra, y dibujar en la imagen de la derecha lo que le falta para que quede igual a la de la izquierda. El ni1o tiene dificultad ante esta tarea, requiere de la ayuda de la psicomotricista para poder finalizarla. Culminada esta actividad, la psicomotricista le plantea unos ejercicios de pr3ctica para que realice en su casa, luego se dirigen a la sala de psicomotricidad.

En la sala, el ni1o quiere jugar a las paletas (mismo juego que la sesi3n observada en diciembre de 2012). Al no encontrarse las raquetas, se le propone una variante en el juego, golpear la pelota con la mano.

A lo largo de dicha actividad, se observa que el ni1o se agita, transpira y se cansa.

Presenta dificultad en medir la fuerza con la que tira la pelota y en coordinar los movimientos para dicha acci3n. En esta oportunidad, no se observaron ni ca3das ni resbaladas del ni1o, como s3 se hab3a registrado en la observaci3n anterior.

Luego de esta actividad, surge por parte del ni1o el deseo de jugar al b3squetbol. Utilizan un canasto como cesto en donde tienen que embocar la pelota para lograr el tanto. La psicomotricista pone como regla el picar tres veces la pelota, antes de tirar; regla que le dificulta respetar. El ni1o presenta dificultad en calcular la fuerza, direcci3n, coordinaci3n y precisi3n para embocar la pelota en el canasto. Lo intenta numerosas veces, siendo pocas de ellas la que lo logra.

Culminada la instancia de juego, la psicomotricista conversa con el niño sobre un nuevo fonoaudiólogo que va a comenzar en la clínica, el cual él concurrirá al tratamiento. Se calza sus championes y se retira de la sala.