

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Sobrepeso en los niños.

Trabajo académico presentado para optar el Título de Segunda
Especialidad Profesional en Educación Inicial.

Autora.

Gloria Mardeli Bacón Castrejón

TUMBES – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES ESCUELA PROFESIONAL DE EDUCACIÓN



Sobrepeso en los niños.

Los suscritos declaramos que la monografía es original en su
contenido y forma.

Gloria Mardeli Bacón Castrejón. (Autora)

Dr. Segundo Alburquerque Silva. (Asesor)

TUMBES – PERÚ

2019



ACTA DE SUSTENTACION DE TRABAJO ACADÉMICO

En Tumbes, a los veintidós días del mes de febrero del dos mil diecinueve, se reunieron en un ambiente de la I.E. José Antonio Encinas, los integrantes del Jurado Evaluador designado, designado según convenio celebrado entre la Universidad Nacional de Tumbes y el Consejo Intersectorial para la educación peruana, al Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo, coordinador del programa; representantes de la Universidad Nacional de Tumbes (Presidente), Dr. Saúl Sunción Ynfante (Secretario) y Mg. Raúl Alfredo Sánchez Ancojima (Vocal), con el objeto de evaluar el trabajo académico denominado: 'Trastornos de aprendizaje en niños menores de 8 años', para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial a la señora Gloria Mardeli Bacón Castrejón

A las QUINCE horas CUARENTA minutos y de acuerdo a lo estipulado por el reglamento respectivo, el Presidente del Jurado dio por iniciado el acto.

Luego de la exposición del trabajo, la formulación de preguntas y la deliberación del jurado lo declararon APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo DIECISEIS

Por tanto, Gloria Mardeli Bacón Castrejón, queda APTA, para que el Consejo Universitario de la Universidad Nacional de Tumbes, le expida el Título de Segunda Especialidad Profesional en Educación Inicial.

Siendo las DIECISEIS horas con VEINTE minutos, el presidente del jurado dio por concluido el presente acto académico, para mayor constancia de lo actuado firmaron en señal de conformidad todos los integrantes del jurado.


Dr. Oscar Calixto La Rosa Feijoo.
Presidente del Jurado


Dr. Saúl Sunción Ynfante.
Secretario del Jurado


Mg. Raúl Alfredo Sánchez Ancojima
Vocal del Jurado

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I.....	8
SOBREPESO EN NIÑOS	8
1.1. Definiendo el sobrepeso infantil	8
1.1.1. Sobrepeso	8
1.1.2. Sobrepeso infantil.....	10
1.2. Causas sobrepeso infantil.....	10
1.2.1. Sedentarismo	11
1.2.2. Comida ultraprocesada	12
1.3. Consecuencias sobrepeso infantil	17
1.3.1. Consecuencias a largo plazo de obesidad en niños	18
1.3.2. Diabetes infantil.....	19
1.3.3. Hipertensión infantil.....	22
1.3.4. Enfermedades cardiovasculares.....	24
1.4. Actividad física y sobrepeso	25
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS CONSULTADAS.....	30

RESUMEN

Esta investigación surge con el propósito de entender un problema fundamental que aqueja a los niños y niñas, del ámbito local, nacional; especialmente asociado a la edad preescolar. Desde los primeros años de vida educativa el sobrepeso es un problema que pocas veces es abordado como parte del análisis y de los estudios de investigación. En ese sentido, se procedió a comprender el problema de sobrepeso empezando por una definición, comprendiendo sus causas, exponiendo sus consecuencias, finalmente se invita a dar la solución a partir de las actividades físicas o deportivas que se debe considerar en el ámbito escolar.

Palabras clave: sobrepeso, edad, sedentarismo.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso en el Perú están alcanzando niveles alarmantes. Según el Observatorio de Nutrición y Estudio del Sobrepeso y Obesidad, el 53.8% de la población peruana tiene un exceso de grasa corporal, es decir que una de cada dos personas pesa más de lo que debe, lo cual pone en peligro su salud. Por ello, no sorprende que, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) , el Perú haya alcanzado el tercer lugar en sobrepeso y obesidad en la región. Sin embargo, sí llama la atención y preocupa que, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), seamos el país de América donde la obesidad infantil creció más rápido en los últimos años. (Sousa, 2018)

Las cifras lo corroboran: en Perú, el sobrepeso y obesidad en niños entre los 5 y 9 años alcanza el 24.6% de la población , es decir que 1 de cada 4 menores ya presenta una acumulación excesiva de grasa en su cuerpo. Entre los niños de 0 a 5 años, la situación también es preocupante, pues la obesidad y el sobrepeso afectan al 7.6% de esa población, lo que significa que, a su corta edad, 1 de cada 10 pequeños ya tiene un problema de peso. (Sousa, 2018)

La OPS en el Perú, informo que el sobrepeso y la obesidad se están convirtiendo en una epidemia y un problema de salud pública que a la larga causará el incremento del número de personas con diabetes, hipertensión, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares. Explicó que esta problemática crece por el sedentarismo y el consumo excesivo de comida ultraprocesada, rica en azúcar, sal y grasas trans y saturadas, productos cuyo consumo en el país, en la última década, aumentó hasta en 265%. (Sousa, 2018)

El presente trabajo académico persigue objetivos que lo guían en su desarrollo y entre ellos tenemos al **OBJETIVO GENERAL**: Comprender los efectos del sobrepeso en niños; asimismo, tenemos **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**: 1. Entender las consecuencias del sobrepeso infantil, también 2. Conocer el marco conceptual de sobrepeso infantil

CAPÍTULO I

SOBREPESO EN NIÑOS

1.1. Definiendo el sobrepeso infantil

1.1.1. Sobrepeso

El sobrepeso, es el aumento de peso con respecto al estándar de talla (Raspini, 2016). “El sobrepeso en niños es, obviamente, solo un primer paso, pero el camino hacia la obesidad es fácil de iniciarse y muy difícil de deshacerse, sobre todo para los niños, con menos fuerza de voluntad que los adultos por reeducar sus hábitos alimentarios”. (Reviriego, 2018)

“Para mantener a raya el sobrepeso, es necesario establecer unos hábitos de vida saludables, no es necesario hacer “dieta”, y es conveniente hacerlo tan pronto como se detecta el problema. Solo cuando el problema va más allá y el sobrepeso es elevado o incluso se puede hablar ya de obesidad será necesario establecer pautas de alimentación más concretas e individuales”. (Reviriego, 2018)

“La Organización Mundial de la Salud estima que la obesidad afecta ya a más de 650 millones de personas en el mundo. Su número se ha triplicado desde 1975 y en el año 2016 ya había 41 millones de niños y niñas menores de 5 años con sobrepeso u obesidad. Además, está vinculada a patologías como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, trastornos del aparato locomotor y el cáncer. La obesidad infantil se asocia con una probabilidad más grande de muerte prematura y discapacidad en la edad adulta”. (IMIM, 2018)

“En muchas ocasiones se utilizan los términos sobrepeso y obesidad como sinónimos, pero no lo son. En ambas situaciones se presenta un incremento del IMC con respecto a la edad y el sexo. No obstante el sobrepeso puede deberse tanto a un incremento de masa grasa como de la masa muscular y ósea a

diferencia de la obesidad en la que tiene cabida un incremento en masa muscular y ósea pero con predominio siempre de masa grasa^{1,8} .” (Ibáñez, 2017)

“A su vez, Pollock y Wilmore (citado en 4, p. 3) consideran el sobrepeso como « condición en la que el peso del individuo excede del promedio de la población en relación al sexo, la talla y el somatotipo».” (Ibáñez, 2017)

“Por otro lado, la OMS¹ categoriza el sobrepeso infantil en función de la edad del siguiente modo: «Desde el nacimiento hasta los 5 años: peso para la estatura con más de 2 desviaciones típicas (DT) por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.»; «Desde los 5 hasta los 19 años: IMC para la edad con más de 1 DT por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS» (p. 5)”. (Ibáñez, 2017)

“Dada la problemática actual de prevalencia de la obesidad y del sobrepeso infantil, es necesario contar con indicadores para poder evaluarlo, la OMS y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) han concluido que el IMC ofrece una medida razonable de estimación de la adiposidad en niños y adolescentes”. (Ibáñez, 2017)

“La evidencia existente para la utilización de valores de referencia de IMC nacionales es lo suficientemente fuerte como para recomendar su utilización, tanto para estudios epidemiológicos como para el cribado clínico, por lo tanto será la herramienta de medición por excelencia en este grupo de edad . El IMC es igual al peso/talla (expresado en kg/m²), según la OMS en la población infantil se define el sobrepeso como un IMC mayor o igual al percentil 85, pero menor del percentil 95 mientras que la obesidad corresponde con un IMC mayor o igual al percentil 95. El IMC en el niño varía sustancialmente reflejando las fases de desarrollo del tejido adiposo. Así, en el recién nacido es de 13 kg/m² , aumenta a 17 kg/m² al año de edad, disminuye a 15,5 kg/m² a los 6 años y aumenta de nuevo a 21 kg/m² a los 20 años, por ello se establecen puntos de corte para cada edad usando las tablas de percentiles”. (Ibáñez, 2017)

El Centers for Disease Control and Prevention (CDC) “han determinado que el sobrepeso en los niños está entre el percentil 85 y 95 para el sexo y la edad en el gráfico de crecimiento del IMC. La obesidad se define como superando el percentil 95 para el sexo y la edad para el IMC. Además del IMC, debe tenerse en cuenta una correcta anamnesis que incluya el análisis de los hábitos alimentarios, la exploración física y antropométrica, el estudio del sedentarismo, la encuesta nutricional y la estimación de ingesta de nutrientes, la valoración del gasto energético basal y la estimación de la actividad física. Recientemente se han iniciado estudios para proponer el perímetro de cintura o la índice cintura/estatura como indicador para evaluar obesidad en niños y adolescentes, particularmente debido a la acumulación de tejido adiposo en la región central”. (Ibáñez, 2017)

1.1.2. Sobrepeso infantil

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”. El sobrepeso se calcula a partir del índice de masa corporal (IMC) que es simplemente el un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (Ireba, 2011)

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

“El IMC es actualmente la medida más útil para evaluar la condición de sobrepeso u obesidad en la población general. Presenta como ventajas el ser aplicable en ambos sexos y en todas las edades”. (Ireba, 2011)

1.2. Causas sobrepeso infantil

“Actualmente, el consumo de frutas y verduras es inferior a lo recomendado por la Sociedad Internacional de Diabetes Pediátrica y Adolescente (ISPAD,

siglas en inglés) que aconseja tomar cinco piezas al día entre frutas y verduras. Cuando la ingesta de frutas y verduras es baja, se tiende a comer alimentos que aportan más energía de la necesaria para mantener el organismo en equilibrio”. (SJDHospital, 2018)

“El aumento del consumo de productos ultra procesados y la disminución del consumo de productos frescos, como las frutas, verduras, hortalizas, cereales no refinados, legumbres y frutos secos, favorece el sobrepeso”. (SJDHospital, 2018)

“En entornos urbanos, la actividad física se ha visto muy reducida debido a un tipo de ocio cada vez más sedentario, nuevas formas de transporte urbano, y, a menudo, dificultades económicas para acceder a actividades lúdicas y deportivas por parte de la población general”. (SJDHospital, 2018)

1.2.1. Sedentarismo

“El sedentarismo se convirtió en una de las cuatro principales causas de muerte en el mundo. Debido al cambio de nuestras costumbres en los últimos años, gran parte de nuestra sociedad lleva una vida sedentaria. ¿Cómo podemos prevenir este problema?” (Meridionaleseguros, 2018)

“Según la Organización Mundial de la Salud, el 23% de los adultos y el 81% de los adolescentes llevan una vida sedentaria, una de las principales causas de obesidad o sobrepeso. De mantenerse esta tendencia, para el año 2025 los especialistas proyectan que el número de bebés y niños con sobrepeso será de 70 millones”. (Meridionaleseguros, 2018)

“El sedentarismo constituye una de las 10 primeras causas de mortalidad, morbilidad y discapacidad, y algunas enfermedades no transmisibles como la obesidad, la diabetes, ciertos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares están relacionadas con la baja o nula realización de actividad física”. (Meridionaleseguros, 2018)

Síntomas del sedentarismo

Como en cualquier problema que se nos presenta en la vida, el primer paso para solucionarlo es reconocerlo (Meridionaleseguros, 2018). Mencionemos entonces algunos síntomas que podemos sufrir a causa del sedentarismo:

- ✓ Falta de capacidad respiratoria
- ✓ Cansancio crónico
- ✓ Aumento de la presión arterial
- ✓ Problemas de colesterol
- ✓ Disminución de la masa muscular
- ✓ Disminución de la masa ósea

Este modo de vida provoca efectos indeseables en la salud de las personas, como es:

- ✓ Sobrepeso y en grado extremo obesidad
- ✓ Debilidad ósea y en gran extremo osteoporosis
- ✓ Cansancio generalizado
- ✓ Hipertensión arterial

Hipercolesteremia que puede desembocar en ateromatosis (acúmulo de grasas en el interior de los vasos sanguíneos, que puede llegar a obstruirlos) y en grado extremo produce estos efectos:

- ✓ Problemas cardíacos
- ✓ Problemas de espalda
- ✓ Propensión a desgarros musculares
- ✓ Distintos problemas metabólicos (diabetes), etc.

“El sobrepeso es una de estas consecuencias, pero que, al tener distintos grados, tiene que ser definido. Aunque su definición es sencilla el aumento del peso corporal por encima del patrón dado a la talla”, lo difícil es determinar “cuánto se tiene y en qué nivel”. (fitnesskit.com, 2018)

1.2.2. Comida ultraprocesada

“El exceso de peso se considera una epidemia. Esto se debe a la mala alimentación, que en la última década se basa en gran medida en productos ultraprocesados”. (Blanco, 2018)

“La probabilidad de desarrollar diabetes, enfermedades del corazón e incluso algunos tipos de cáncer es mayor si una persona es obesa y, sobre todo, si su alimentación no es saludable”. (Blanco, 2018)

“La comida hecha en casa está desapareciendo de nuestro plan alimenticio y, en gran parte, es reemplazada por productos procesados industrialmente, también llamados ultraprocesados, que tienen gran cantidad de calorías, grasas, azúcar y sal y -sin embargo- son pobres en fibra, proteínas y otros nutrientes”. (Blanco, 2018)

“Según el último informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la última década se percibe un alto consumo de alimentos y bebidas ultraprocesados en América Latina y este hábito está reemplazando la dieta tradicional y los efectos enormes que estos cambios están teniendo en la prevalencia de la obesidad”. (Blanco, 2018)

“Por ejemplo, se puede mencionar el maíz: se tiene de un lado unas calorías del que se consume cocido, pero en su estado natural, es decir, que mantiene la fibra, y por el otro, la misma cantidad de calorías, pero ya como un alimento procesado, sin fibra. Se ingiere la misma cantidad de calorías, pero se gasta de manera diferente. Cuando se utiliza una máquina para procesar el maíz, la misma ya gasta la energía que el organismo normalmente utilizaría para romper los componentes de los alimentos; por ende, a mayor consumo de alimentos procesados, mayor reserva de energía en el cuerpo que puede conducir al sobrepeso si no se controla la cantidad”. (Blanco, 2018)

“Los alimentos muy procesados pueden favorecer la aparición del colesterol en el caso de que sean productos muy ricos en grasa saturada. En el caso de la diabetes, los productos ultraprocesados pueden ser un factor, más aún si, además de grasas, aportan azúcares”. (Blanco, 2018)

“Estas “comidas” están elaboradas a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes que contienen poco o ningún alimento natural. Vienen listas para consumirse o para calentar y, debido a nuestro estilo de vida ajetreado, cuanto más rápido, mejor, pero no nos ponemos a pensar si es saludable”. (Blanco, 2018)

“En cuanto a si el consumo de alimentos procesados es más riesgoso en niños o adultos, el nutricionista explicó que durante la niñez se adquieren los hábitos que se mantienen a lo largo de la vida, por lo tanto, es ideal que el plan de alimentación se ajuste al concepto de una nutrición equilibrada, saludable y

completa en la que el niño aprenda a apreciar los alimentos en su estado natural para reducir el consumo de los que estén muy procesados”. (Blanco, 2018)

Tipos de alimentos según el grado de procesamiento

1. Alimentos sin procesar o mínimamente procesados.

“Los alimentos no procesados son partes de plantas o animales que no han sufrido ningún procesamiento industrial, En tanto que los mínimamente procesados son aquellos que se modifican de forma que no se agregan sustancias nuevas en su composición”. (Blanco, 2018)

“En este grupo se incluyen las frutas, verduras frescas, hortalizas, granos y leguminosas, carnes, pescados, mariscos, frutos secos, huevos y leche”. (Blanco, 2018)

2. Alimentos procesados.

“Los alimentos procesados se consiguen al agregar grasas, aceites, azúcares y sal a los alimentos mínimamente procesados, para hacerlos más duraderos y generalmente más sabrosos. Dentro de este grupo se incluyen los quesos sencillos, panes, pescados, mariscos y carnes salados y curados y frutas, leguminosas y verduras en conserva”. (Blanco, 2018)

3. Productos ultraprocesados.

“Estos productos se obtienen a través de formulaciones industriales a partir de sustancias derivadas de los alimentos o sintetizadas de otras fuentes orgánicas”. (Blanco, 2018)

“Además de las grasas, aceites, azúcares y sal, se emplean sustancias obtenidas a partir del procesamiento adicional de ciertos componentes de los alimentos, como la hidrogenación de los aceites (que genera grasas transtóxicas), la hidrólisis de las proteínas y la purificación de los almidones”. (Blanco, 2018)

“Se debe tener en cuenta que la mayor cantidad de ingredientes de los alimentos ultraprocesados son aditivos, como por ejemplo los aglutinantes, emulsificantes, cohesionantes, colorantes, edulcorantes, espesantes, espumantes, estabilizadores, conservadores y solventes”. (Blanco, 2018)

“A los ultraprocesados se les suele añadir aire o agua para que tengan mayor volumen, así como micronutrientes sintéticos para fortificarlos”. (Blanco, 2018)

Otros suelen clasificarlos en cuatro categorías:

1. Mínimamente procesado

Estos son artículos nutritivos, como calabaza precortada y pelada, papas y otras verduras, hojas de ensalada en bolsas, espinacas en bolsas, verduras en rodajas y nueces tostadas sin sal, que a menudo se preparan para cocinar. Estos conservan la frescura, mejoran el sabor y nos ahorran tiempo.

2. Ligeramente procesado

Estos también son nutritivos y convenientes para la gente ocupada. Incluyen aquellos alimentos que han sido enlatados, secos o congelados, como frutas secas, legumbres enlatadas, queso, pasta, sardinas enlatadas, guisantes congelados y otras verduras, leche pasteurizada, cereal de salvado, yogur. Suministran nutrientes y hacen que los alimentos estén disponibles fuera de temporada. Aún se pueden reconocer los ingredientes que van en ellos.

3. Muy procesado

Este es un alimento que no está en su forma original o un alimento que no es natural, como las carnes frías, muchos cereales para el desayuno, barras de cereales, aceites, azúcares y harinas. Además de los ingredientes culinarios como la sal, la mantequilla o el azúcar y los ingredientes de la industria alimentaria como la maltodextrina y el ácido cítrico.

4. Ultraprocesado

Esto es lo que tú y yo reconocemos como "comida chatarra". Estos son los elementos que dan a todo el procesamiento un mal nombre. A menudo denominados "alimentos de conveniencia", incluyen bocadillos fáciles de preparar, como papas fritas, papas fritas, galletas, chocolates, dulces, nuggets, barras energéticas y bebidas azucaradas y azucaradas.

Desde la década de 1990, 'Big Snack', los fabricantes multinacionales de bocadillos empacados de larga duración diseñados para desplazar las comidas, han aumentado considerablemente su penetración, primero en países de altos

ingresos como EE. UU., Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda, y últimamente de países de bajos ingresos como Perú, Chile, México, India, China y muchas naciones de África y Asia.

Todo está en un espectro

Todos los alimentos procesados caen en un espectro desde mínimamente hasta muy procesados. Sin embargo, los que creo que debería evitar para proteger su salud son estos productos ultraprocesados (UPF) que no son saludables y tienden a dañar la calidad nutricional de la dieta.

No todo el procesamiento es malo

No todos los alimentos procesados son poco saludables, pero la mayoría de la gente piensa que es "malo para usted". Cocinar, enlatar, congelar y secar son todos métodos de procesamiento con lados buenos y malos. Por ejemplo, el procesamiento aumenta la disponibilidad de licopeno (un antioxidante clave) en la salsa de tomate (bueno) pero agrega sal y azúcar no deseados (malo).

¿Qué pasa con las UPF?

Aquí están algunos problemas nutricionales identificados por los investigadores:

1. Los UPF son bocadillos listos para comer que: sabe tan bien que es difícil dejar de comerlos una vez que abre el paquete, a menudo se afirma que es la base de la adicción a la comida
2. Son altos en Calorías.
3. Son altos en azúcar agregada, sal agregada, con grasas malas y numerosos sabores, colores y conservantes indeseables.
4. Son bajos en vitaminas y minerales.
5. En su mayoría son hechas, anunciadas y vendidas por grandes compañías multinacionales están listos para consumir, sin necesidad de preparación, lo cual es una ventaja enorme sobre los alimentos integrales frescos y perecederos tienen una larga vida útil con un bajo recuento de bacterias, por lo que son seguros para comer durante años

6. Falta de "alma" y conexión a sus ingredientes crudos, falta de satisfacción a largo plazo ya que son rápidamente digeridos y absorbidos.

1.3. Consecuencias sobrepeso infantil

“En los últimos años, la obesidad infantil se ha asociado con la aparición de alteraciones metabólicas (dislipidemias, alteración del metabolismo de la glucosa, diabetes, hipertensión, entre otras) a edades más tempranas². (Liria, 2012)

“La Asociación Americana de Diabetes informó que el 85% de los niños con diagnóstico de diabetes tipo 2 tienen sobrepeso u obesidad; además, 10% de niños con obesidad podrían sufrir de tolerancia alterada a la glucosa. En adolescentes con obesidad, se encontró que el 25% presentan hipertensión, 39% bajos niveles de HDL, y 46% altos niveles de triglicéridos (frente a 4, 18 y 17% en adolescentes con peso adecuado respectivamente)”. (Liria, 2012)

“Del mismo modo, se ha descrito que adolescentes con oligomenorrea y obesidad están en mayor riesgo de desarrollar síndrome poliquístico ovárico. El 77% de niños obesos en China mostraron hígado graso y en EE.UU. se encontró que casi todos o todos los niños con esteatosis tenían obesidad (en un grupo reducido de niños). El apnea del sueño ha sido observada hasta en 50% de niños con obesidad en EE.UU. También se encontró dos veces mayor prevalencia de asma en niños con obesidad en Alemania, Israel y EE.UU. Otro problema del exceso de peso es el estrés mecánico, haciendo susceptible al niño de anomalías ortopédicas y fracturas”. (Liria, 2012)

“Un niño obeso puede sufrir discriminación social, baja autoestima y depresión. Se ha asociado la obesidad en la infancia y adolescencia con mayor probabilidad de presentar desórdenes de la alimentación (bulimia). Por otro lado, algunos estudios transversales han asociado a la obesidad en este periodo con burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos. Asimismo, se ha descrito que niños y adolescentes con obesidad informan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales lo que repercutiría en una baja

calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud”. (Liria, 2012)

1.3.1. Consecuencias a largo plazo de obesidad en niños

“Se estima que 40%, o más, de los niños, y 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegarán a ser adultos obesos, con un impacto negativo en la salud y en la carga de enfermedad. Niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad tienen mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas (enfermedad cardiovascular, ciertos tipos de cáncer, diabetes y asma) en la edad adulta, aunado a elevada mortalidad por estos problemas de salud”. (Liria, 2012)

“Las enfermedades agudas y crónicas asociadas con el exceso de peso no solo afectan la calidad de vida del individuo, sino que también incrementan el costo individual, de la sociedad, costos de salud y baja productividad. Se ha estimado que la obesidad representa entre el 2 a 8% de los gastos en cuidados de salud (aunque se menciona que los datos son muy conservadores y podrían ser mayores). Asimismo, en EE. UU. se ha estimado que el gasto de un paciente obeso frente a un paciente con peso normal es 46% mayor en hospitalización, 27% mayor en consulta médica y 80% mayor en medicinas. Por otro lado, la obesidad igualmente trae como consecuencia costos indirectos por disminución de años perdidos por discapacidad, incrementada mortalidad antes de la jubilación, jubilación adelantada, pensiones por discapacidad y reducida productividad por ausentismo en el trabajo. Por todas las consecuencias indirectas de la obesidad, se piensa que estos costos son incluso mayores que los costos médicos”. (Liria, 2012)

“La carga de enfermedad es una medida de la brecha entre el estado de salud actual y una situación ideal en donde todos viven hasta una edad avanzada libre de enfermedad y discapacidad. El sobrepeso y la obesidad causan la muerte de alrededor de 2,8 millones de personas en el mundo en forma directa o indirecta, asociadas con enfermedades crónicas no transmisibles (2004). Se estima que 44% de la carga de diabetes, 23% de enfermedad coronaria isquémica y entre 7 a 41% de ciertos tipos de cáncer son atribuidos a la obesidad. Como

consecuencia de la elevada carga de la enfermedad se ha mostrado que la obesidad aumenta la carga económica en un país”. (Liria, 2012)

“La obesidad infantil y juvenil se acompaña de trastornos que comprometen las áreas psicosocial y médica. Los trastornos psicosociales afectan a casi el 50 por ciento de los obesos destacando menos sociabilidad, rendimiento escolar y autoestima”. (Burrows Argote, 2000)

“Los trastornos médicos más frecuentes son: crecimiento y maduración ósea acelerados, presión arterial elevada, dislipidemia, hiperinsulinismo y resistencia a la insulina”. (Burrows Argote, 2000)

“En las últimas dos décadas ha aumentado la obesidad y la diabetes tipo 2 en la población pediátrica, asociada a cambios en los hábitos alimentarios y estilos de vida. La obesidad es un estado de insulinoresistencia por excelencia y ésta se asocia a un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y es predictora de diabetes tipo 2”. (Burrows Argote, 2000)

La OMS recomienda el Índice de Masa Corporal (IMC) “como un método indirecto para evaluar grasa corporal y utiliza como punto de corte para obesidad el percentilo 95. Actualmente se está elaborando un estándar universal de IMC para el diagnóstico del sobrepeso y de la obesidad y de esta forma optimizar una estrategia global de tratamiento y prevención de esta epidemia. Es necesario un criterio más biológico para el diagnóstico de obesidad, que establezca puntos de cortes con relación al porcentaje de grasa corporal asociado al mayor riesgo de trastornos metabólicos”. (Burrows Argote, 2000)

“La asociación directa entre peso corporal, niveles de colesterol, insulina y valores de presión arterial de la niñez con los de la vida adulta, señalan que la prevención de la obesidad en la niñez es la estrategia para disminuir la morbimortalidad del adulto por enfermedades crónicas no transmisibles, mejorando la calidad de los años extras que nos ha regalado el avance de la ciencia y la investigación durante este último siglo (AU)”. (Burrows Argote, 2000)

1.3.2. Diabetes infantil

“El número de personas con diabetes mellitus está creciendo rápidamente en nuestro país y la causa principal de su veloz incremento es el importante cambio en el estilo de vida de la población peruana, caracterizada por una ingesta excesiva de alimentos de alto contenido calórico como la comida chatarra y las bebidas azucaradas, así como una reducción de la actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad”. (Seclén, 2015)

“Los datos epidemiológicos son contundentes, la encuesta ENDES 2013 realizada en cerca de 7 000 hogares a nivel nacional en mayores de 18 años, ha encontrado una prevalencia de sobrepeso de 33,8% y obesidad de 18,3%. Lo más alarmante de todos éstos datos es la afectación de la población infantil; la Encuesta Nacional de Hogares” (ENAHO 2009-2010) “en niños de 5 a 9 años, ha encontrado una prevalencia de 15,5% de sobrepeso y 8,9% de obesidad, y como lo afirma el Prof. Whitaker de una manera general podemos decir que el 50% de los niños obesos, mayores de 6 años, continuarán siendo obesos en la etapa adulta”. (Seclén, 2015)

“Los nocivos cambios de estilos de vida y el fenómeno de obesogenización de nuestra población, en concordancia con una base genética, están dando lugar a alteraciones del homeostasis de la glucosa, como la resistencia a la insulina, que conducen al desarrollo de hiperglicemia, que es el indicador principal de los estados diabéticos y pre-diabéticos. Esta interacción explica las crecientes tasas de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en todos los grupos etarios en los últimos 10 años”. (Seclén, 2015)

“El estudio PERUDIAB 2012 realizado en 1 677 hogares a nivel nacional, representativo de más de 10 millones de adultos mayores de 25 años, ha encontrado una prevalencia de 7% de diabetes mellitus y 23% de hiperglicemia de ayuno” (prediabetes). (Seclén, 2015)

“Si bien es cierto no se han realizado estudios epidemiológicos de prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en población infantil en nuestro medio, el solo hecho de tener a la cuarta parte de la población infantil en sobrepeso y obesidad, explica la aparición de casos de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes, más si se asocia con acantosis nigricans, un componente clínico adicional de insulinoresistencia”. (Seclén, 2015)

“En lo que, si tenemos cifras, es en diabetes mellitus tipo 1 (DM1) en menores de 15 años, investigada en el estudio DIAMOND de la OMS, demostrándose una de las más bajas incidencias de DM1 en el mundo, con <1 caso/100000/año, tendencia que se ha mantenido hasta la actualidad”. (Seclén, 2015)

“La descripción de las características epidemiológicas de los niños peruanos con Diabetes mellitus tipo 2, en el trabajo de Manrique-Hurtado y col en éste número de la revista, están en concordancia con la literatura, sobre todo con el estudio SEARCH, que demuestra que en la población infantil <10 años, existe un predominio de la DM1, mientras que en mayores de 10 a 19 años hay una mayor incidencia de DM2 asociada a fenómenos de resistencia a insulina como la obesidad y la acantosis nigricans”. (Seclén, 2015)

“El futuro no es muy halagüeño para nuestro país, porque con la mitad de la población adulta y la cuarta parte de la población infantil en sobrepeso/obesidad, un millón de personas actualmente con diabetes y los más de 2 millones de pre-diabéticos seguirán aumentando, ya que el manejo de ésta epidemia incontrolable del siglo XXI, pasa por la detección y tratamiento temprano de las personas en alto riesgo para tener diabetes. Estos grupos como lo son las personas con sobrepeso/obesidad, antecedentes familiares de diabetes, hipertensión, hipertrigliceridemia, adultos mayores y mujeres con diabetes gestacional, deberían ser abordados por un programa de prevención principalmente en el nivel primario, situación que no se da actualmente en nuestro sistema público de salud”. (Seclén, 2015)

¿Qué podemos hacer para prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad en niños con diabetes tipo 1?

1. “Asegurarse de que el niño o niña está consumiendo verduras u hortalizas dos veces al día además de revisar la cantidad de hidratos de carbono de la pauta alimentaria.
2. Escoger y comprar alimentos frescos y de calidad, en lugar de alimentos ultra procesados, con el objetivo de seguir una alimentación saludable.

3. Planificar el menú y la compra semanal para evitar utilizar o comprar alimentos poco saludables o de alto contenido energético.
4. Llevar una vida activa: aumentar los trayectos a pie, usar las escaleras o realizar actividades al aire libre son buenos ejemplos.
5. Realizar una hora de ejercicio físico moderado al día, a poder ser programado (actividad dirigida).
6. Reducir las horas diarias delante de una pantalla: televisores, ordenadores, tabletas, móviles, videoconsolas u otros dispositivos.
7. Avisar al equipo de diabetes si, debido a las pautas indicadas, se detecta que el niño o niña no consume verduras u hortalizas o, si, por el contrario, consume alimentos proteicos en exceso”. (SJDHospital, 2018)

1.3.3. Hipertensión infantil

“Aunque es una enfermedad relacionada a las personas mayores, la hipertensión arterial es un mal que también puede afectar a niños entre 0 y 10 años. Una condición que se ve agravada por la falta de diagnóstico oportuno durante el control del niño sano y los trajes de las consultas pediátricas”. (Huerta, 2018)

“Hasta el 5% de los niños tiene presión alta y 75% de las veces no se hace un buen diagnóstico, porque simplemente el pediatra no toma la presión arterial del niño. El nuevo manual de procedimientos expone que se debe tomar la presión arterial, así los niños no tengan historial clínico de hipertensión. Los pediatras tienen que tomar obligatoriamente la presión arterial en todos los niños, así como la toman en los adultos y si el niño tiene cifras elevadas de presión arterial, más de 120 sistólica y más de 80 para la diastólica, tienen que considerar el caso y tratarlo”. (Huerta, 2018)

“Entre los principales factores de riesgo en los niños están la obesidad, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo, este último ligado al tiempo que pasan los menores realizando actividades como ver televisión por más de dos horas diarias. Sus complicaciones afectan a diversos órganos vitales. La

presión arterial puede causar complicaciones severas a nivel del cerebro, el corazón, los ojos y los riñones”. (Huerta, 2018)

2Luchar contra la hipertensión infantil implica no solo tratamiento no farmacológico, sino también reducción de peso, dieta y ejercicio. Controlar la tensión arterial alta evita complicaciones se pueden ver durante la adultez tardía. Ya lo sabe: la prevención es la clave”. (Huerta, 2018)

Hipertensión primaria (esencial)

“La hipertensión esencial es la presión arterial alta que se produce de por sí, sin que haya una enfermedad preexistente. Este tipo de presión arterial alta se presenta, con mayor frecuencia, en niños mayores, por lo general, de 6 años o más. Los factores de riesgo de padecer hipertensión esencial comprenden los siguientes:

1. Sobrepeso u obesidad (índice de masa corporal mayor a 25)
2. Antecedentes familiares de presión arterial alta
3. Diabetes tipo 2 o nivel alto de azúcar en sangre en ayunas
4. Niveles altos de colesterol y de triglicéridos”

Hipertensión secundaria

“La hipertensión secundaria es la presión arterial alta provocada por una enfermedad preexistente. Este es el tipo más frecuente de presión arterial alta en niños pequeños. Otras causas de presión arterial alta comprenden las siguientes:

1. Enfermedad renal crónica
2. Enfermedad renal poliquística
3. Problemas cardíacos, como coartación aórtica
4. Trastornos de la glándula suprarrenal
5. Hipertiroidismo
6. Feocromocitoma, un tumor poco común en la glándula suprarrenal
7. Estrechamiento de las arterias que llegan a los riñones (estenosis de la arteria renal)
8. Trastornos del sueño, en particular apnea obstructiva del sueño

9. Determinados medicamentos, como los descongestionantes, los anticonceptivos orales y los esteroides” (Mayo Clinic, 2018)

1.3.4. Enfermedades cardiovasculares

“Tener sobrepeso o sufrir obesidad incrementa de forma exponencial el riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o cáncer. a epidemia de la obesidad golpea más a las mujeres. Así, las mujeres obesas tienen 5 veces más riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular y 12 veces más posibilidades de desarrollar un cáncer que las que tienen un peso normal. Si tienen sobrepeso, aunque no lleguen a la obesidad, se mantiene un incremento del riesgo del doble de posibilidades en el caso de las patologías cardiovasculares, y cuatro veces más en las oncológicas”. (Jano.es, 2018)

“La influencia del peso en la salud masculina se mantiene en una escala inferior. Así, la obesidad multiplica por dos las posibilidades de desarrollar algún tipo de cáncer, pero no influye de forma significativa en el caso de las enfermedades cardiovasculares”. (Jano.es, 2018)

“La obesidad es un importante factor de riesgo cardiovascular. Por ello se debe hacer una medición física del peso y la estatura para estimar la magnitud del problema”. (Pajuelo, 2013)

“Se menciona que la obesidad generalmente está asociada a trastornos de los lípidos, lo cual empeora el pronóstico, y no sólo eso, sino que ya a los niños se les considera como riesgo cardiovascular. Lamentablemente, la percepción de la población general, en relación a estas enfermedades en los niños, no posibilita el conocimiento pleno de ellas. Por un lado, la obesidad la relacionan a la buena salud y, por otro consideran, a las dislipidemias como enfermedad solamente de adultos”. (Pajuelo, 2013)

2El objetivo del estudio es conocer las relaciones antropométricas y bioquímicas del niño obeso, como también determinar la prevalencia de dislipidemias y su respectiva asociación”. (Pajuelo, 2013)

“En base a la gran documentación existente, la obesidad ha sido reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de Salud Pública. Sus implicancias y su asociación con las dislipidemias, hipertensión

arterial, diabetes mellitus tipo 2 y algunos tipos de cánceres así lo han determinado. Por otro lado, el costo social y económico que significa para los países, amerita una responsabilidad no sólo institucional sino también estatal”. (Pajuelo, 2013)

“Si bien lo mencionado es muy representativo en los países en desarrollo, esto no implica que los países identificados dentro del subdesarrollo estén al margen de este problema. Estudios realizados en el Perú, tanto nacionales y regionales, reportan altas prevalencias de sobrepeso y obesidad, lo que indica una presencia importante de esta patología”. (Pajuelo, 2013)

“No existe tanta información en los niños como en los adultos; sin embargo, reportes de representación nacional y local muestran una mayor presencia en los niveles socioeconómicos altos y en las áreas urbanas que en los niños de áreas rurales”. (Pajuelo, 2013)

“El hecho de que una gran cantidad de estos niños seguirán siendo obesos cuando adultos y, por otro lado, las condiciones que se da con el fenómeno de la transición nutricional, permite pensar que el problema va a ser mucho mayor en el futuro, por lo que corresponde elaborar estrategias preventivo-promocionales”. (Pajuelo, 2013)

1.4. Actividad física y sobrepeso

“De todos los factores que intervienen en el estado de salud de una persona es difícil conocer hasta qué punto en concreto interviene uno de manera aislada. Al margen de cuantificarlo, hay suficiente evidencia que nos muestra la actividad física como un vehículo de salud y de prevención de enfermedades”. (midietacojea, 2018)

“Normalmente cuando hablamos de salud no podemos desvincular muchos factores entre sí, por eso la defensa de la vida sana es el principal objetivo a seguir en promoción de la salud, en nuestro caso en concreto, el dúo actividad física + alimentación es inseparable, y no podemos entender una adecuada prescripción de uno de ellos sin el otro”. (midietacojea, 2018)

Pautas para iniciar la actividad física en el sobrepeso

Cambio de chip: “No podemos mantener un esquema de vida inadecuado al que añadimos media hora de ejercicio y punto. Decidir iniciarse en el deporte para combatir la obesidad debe incluir no sólo el aumento de la actividad física, también una reducción en el sedentarismo, debemos evaluar y plantearnos el tiempo que pasamos con actividades menos activas, como son el ordenador, televisión y videojuegos. Como vimos en la entrada “Cada minuto cuenta” hasta los pequeños tramos temporales dedicados a hacer más actividad física influyen en este tiempo total contabilizado”. (midietacojea, 2018)

“La actividad física como rutina: Debemos incluirla como una tarea más del día que hacemos por salud, al igual que lavarnos los dientes y ducharnos, sabemos que son necesarios para nuestra salud, el deporte debe ser entendido de forma similar. Inculquemos la actividad física en el día a día, no como algo esporádico del fin de semana que sea completamente incoherente con nuestras posibilidades”. (midietacojea, 2018)

“Adaptación del ejercicio: Es crucial marcar los objetivos y estudiar las posibilidades del niño, no podemos tomar decisiones rápidas por vernos agobiados, estudiemos las preferencias, las recomendaciones para su situación, expliquémosle los beneficios de la actividad física para su edad. Esto incluye no sólo la disciplina, también tiene en cuenta las sesiones, su intensidad y duración, por el tipo de patología es mejor realizar entrenamientos largos y de intensidad moderada”. (midietacojea, 2018)

“Por supuesto la actividad física debe de ser una fuente de motivación para el joven, si él no elige el deporte, no le causa satisfacción o no ve evolución puede desmotivarse perder adherencia.” (midietacojea, 2018)

“Combinar con alimentación: La prescripción del ejercicio tiene que combinarse con la de una adecuada alimentación, no basta con reordenar sus hábitos de actividad, la decisión de llevar una vida sana afecta a varias parcelas y si intervenimos en todas ellas a la vez los resultados serán mejores”. (midietacojea, 2018)

Pautas para educar en actividad física

“El ejercicio llevado a cabo de forma independiente y aislada no es sinónimo de obtener una salud adecuada y prevención-tratamiento de la obesidad. Por tanto, no vale cualquier ejercicio, cualquier intervención y de cualquier manera, el ejercicio debe estar adaptado a la situación y a la persona; y es por tanto que no produce los efectos preventivos si no se asocia a un tratamiento nutricional que vaya de la mano con él”. (midietacojea, 2018)

“No obstante, debemos tener en cuenta que el deporte es un vehículo de la instauración de las rutinas de vida activa en niños, razón de peso por la que educar a los niños y niñas en un hábito deportivo sano”. (midietacojea, 2018)

“Para combatir la obesidad hay que intervenir desde distintos ámbitos, ya que no puede haber contradicciones escuela-casa, casa-entrenador deportivo, incluso aquí podríamos incluir los mensajes de los medios de comunicación que tanto ha tratado este blog en estas otras entradas”. (midietacojea, 2018)

“En el caso más cercano a los más pequeños se encuentra en el ámbito familiar, lo ideal es desarrollar modelos de ejemplo que sirvan a los niños como referencia para su futuro. La familia debe ser una pieza activa en la que el niño vea los pasos a seguir y no basta con decirle a nuestro hijo “haz deporte”, el efecto educativo será mucho mayor si la decisión es tomada en conjunto y se convierte en un “hagamos deporte”. Cuanto antes se inicie esta decisión mejor”. (midietacojea, 2018)

“La actividad física en conjunto con una dieta equilibrada e hipocalórica es la mejor manera de prevenir la obesidad, de esta manera cambiaremos el balance energético. No olvidemos que el objetivo de gastar más y consumir menos busca revertir el balance positivo de energía que ha dado lugar al desarrollo del sobrepeso. Debemos conseguir aproximadamente unas 500kcal de déficit (ingesta-gasto) para perder peso a un ritmo adecuado, aunque como hemos dicho la idoneidad debe ser evaluada en cada caso, ya que el peso por sí mismo no nos da mucha información”. (midietacojea, 2018)

“Los niveles de actividad física y condición física desempeñan un papel fundamental en la prevención del sobrepeso y la obesidad durante la infancia y la adolescencia. De cara a un adecuado diseño de programas de prevención del sobrepeso y la obesidad, es necesario analizar la evidencia científica

actualmente disponible, en particular la procedente de estudios epidemiológicos”. (Ortega, 2013)

“La evidencia científica actual sostiene que: (i) niveles elevados de actividad física en la infancia o la adolescencia, especialmente de actividad física de alta intensidad, se asocian con una menor cantidad de grasa corporal total y troncular, y no solo durante estas etapas de la vida sino también en el futuro; (ii) el nivel de condición física en niños y adolescentes, especialmente la capacidad aeróbica, se relaciona inversamente con los niveles de grasa corporal que presentan en ese momento y también con los que presentan años después en la vida adulta; (iii) además, los niños y adolescentes con sobrepeso, pero que poseen un buen nivel de condición física, presentan un perfil de riesgo cardiovascular más saludable que sus compañeros con sobrepeso pero con mala condición física, y similar al que tienen sus compañeros de peso normal y baja condición física”. (Ortega, 2013)

“Estos resultados sugieren que incrementar el nivel de forma física en niños y adolescentes con sobrepeso podría tener efectos beneficiosos presentes y futuros en diferentes indicadores del estado de salud, incluida la cantidad de grasa corporal”. (Ortega, 2013)

CONCLUSIONES

- PRIMERO. -** El sobrepeso se inicien edades muy tempranas y debe ser arrojado de manera multidisciplinaria e interinstitucional lo a fin de ofrecer soluciones concretas y rápidas, en tanto este problema se incrementaría día.
- SEGUNDO.-** El sobrepeso es un tema poco abordado en diversos estudios monográficos y de investigación profunda en el ámbito nacional, es por ello que resulta muy importante y trascendente estudiarlo, interpretarlo y comprender este problema.
- TERCERO.-** El problema de sobrepeso debe ser considerado como tema prioritario en las instituciones educativas, así como las políticas de gobierno para frenar los avances en diversas familias.

REFERENCIAS CITADAS

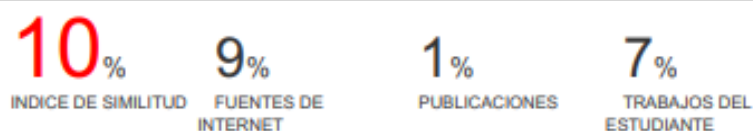
1. Blanco, T. (25 de enero de 2018). *El peligroso auge de la comida ultraprocesada*. Obtenido de <http://www.abc.com.py/especiales/fin-de-semana/alimentos-ultra-procesados--obesidad-1668664.html>
2. Burrows Argote, R. (2000). Obesidad infantil y juvenil: consecuencias sobre la salud y la calidad de vida futura. *Nutricion*, 141-148.
3. fitnesskit.com. (diciembre de 2018). *Sobrepeso y sedentarismo, se puede hacer algo al respecto*. Obtenido de <https://fitnesskit.com/blog/sobrepeso-y-sedentarismo/>
4. Huerta, E. (18 de diciembre de 2018). *La hipertensión arterial también afecta a los niños menores de 10 años*. Obtenido de <https://vital.rpp.pe/salud/la-hipertension-arterial-no-es-solo-una-enfermedad-de-adultos-mayores-noticia-1071638>
5. Ibáñez, L. (2017). *Obesidad y sobrepeso infantil. Labor preventiva del enfermero/a escolar. Revisión bibliográfica* . España: Universidad de Valladolid.
6. IMIM. (16 de enero de 2018). *La obesidad y el sobrepeso multiplican la posibilidad*. Obtenido de https://www.parcdesalutmar.cat/media/upload//pdf//NP_Obesitat_malalties_CAST_editora_35_763_1.pdf

7. Ireba, L. (2011). *Sobrepeso y obesidad infantil: El ejercicio físico como herramienta principal en la prevención del sobrepeso y la obesidad infantil*. Argentina: Tesis, Universidad Nacional de la Plata.
8. Jano.es. (17 de diciembre de 2018). *La obesidad y el sobrepeso multiplican el riesgo cardiovascular y de cáncer*. Obtenido de <http://www.jano.es/noticia-la-obesidad-el-sobrepeso-multiplican-28667>
9. Liria, R. (2012). *Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención*. Lima, Perú : Instituto de Investigación Nutricional.
10. Mayo Clinic. (18 de diciembre de 2018). *Presión arterial alta en niños*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure-in-children/symptoms-causes/syc-20373440>
11. Meridionalseguros. (2 de diciembre de 2018). *como combatir el sedentarismo y el sobrepeso*. Obtenido de <https://www.meridionalseguros.com.ar/nosotros/novedades/combatar-el-sobrepeso/>
12. midietacojea. (18 de diciembre de 2018). *Actividad física en el Sobrepeso y Obesidad: Recomendaciones para iniciarse*. Obtenido de <https://www.midietacojea.com/2014/01/08/actividad-fisica-en-el-sobrepeso-y-obesidad-recomendaciones-para-iniciarse/>
13. Ortega, F. (2013). Actividad física, condición física y sobrepeso en niños y adolescentes: evidencia procedente de estudios epidemiológicos. *Endocrinología y Nutrición*, 423-486.

14. Pajuelo, J. (2013). Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 21 - 26.
15. Raspini, M. (2016). *Fisiopatología y dietoterapia del niño*. Argentina: Mar de plata.
16. Reviriego, C. (18 de enero de 2018). *4 pautas para evitar el sobrepeso en niños*. Obtenido de <https://www.guiainfantil.com/articulos/alimentacion/ninos/4-pautas-para-evitar-el-sobrepeso-en-ninos/>
17. Seclén, S. (2015). Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. *Rev Med Hered vol.26 no.1 Lima ene*, 3-4.
18. SJDHospital. (18 de diciembre de 2018). *Sobrepeso y obesidad en niños con diabetes tipo 1, mejor prevenir que curar*. Obtenido de <https://diabetes.sjdhospitalbarcelona.org/es/diabetes-tipo-1/consejos/sobrepeso-obesidad-ninos-diabetes-tipo-1-mejor-prevenir-curar>
19. Sousa, M. (17 de marzo de 2018). *Perú es el país de América donde la obesidad infantil creció más rápido* . Obtenido de <https://peru21.pe/peru/peru-pais-america-obesidad-infantil-crecio-rapido-informe-399856>

SOBREPESO EN LOS NIÑOS

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	peru21.pe Fuente de Internet	4%
2	docplayer.es Fuente de Internet	2%
3	minutodeporte.com Fuente de Internet	1%
4	midietacojea.com Fuente de Internet	1%
5	uvadoc.uva.es Fuente de Internet	1%
6	misionerasdeenfermeria.blogspot.com Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad San Francisco de Quito Trabajo del estudiante	<1%

Excluir citas Activo Excluir coincidencias < 15 words
Excluir bibliografía Activo