

## Mesa Redonda: Obesidad en la infancia

### Tratamiento de la obesidad infantil en Atención Primaria

A. MARTÍNEZ RUBIO

*Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Camas (Sevilla). Grupo PrevInfad.*

#### INTRODUCCIÓN

La obesidad infantil sigue siendo un importante problema de salud pública y una preocupación para los pediatras que a diario deben diagnosticar y tratar nuevos casos. Contamos con gran número de guías de práctica clínica y revisiones sobre el tema y continuamente se publican ensayos diversos tanto para el tratamiento como para la prevención.

La principal dificultad es su multicausalidad. No es el resultado de una única conducta o condición sino que son muchos los factores determinantes: genéticos, antenatales, conductuales, psicológicos, educativos, ambientales y socioeconómicos. Y por eso no es fácil ni la prevención ni el tratamiento.

En este texto no se va a revisar la etiología, el diagnóstico, la clínica o complicaciones de la obesidad (OB), remitiendo al lector a otras publicaciones más completas<sup>(1-4)</sup>. Se trata de una reflexión sobre las diversas oportunidades que tenemos los pediatras de Atención Primaria para prevenir y manejar la OB en las consultas, día a día. Por el momento no hay una receta única, ni rápida. Sin embargo, podemos implementar poco a poco una selección de consejos y unas pocas habilidades, las principales de las cuales están relacionadas con el estilo de la comunicación en la clínica. Solo cambiando nuestra forma de trabajar podremos ayudar a nuestros pacientes y a la sociedad.

#### EL SÍNDROME DE RESISTENCIA A LA OBESIDAD

Así ha descrito Baur<sup>(5)</sup>, una pediatra australiana, a un conjunto de actitudes detectadas entre sus colegas: por una parte, sensación de nihilismo terapéutico (*No puedo cambiar nada de la*

*sociedad; no puedo hacer que cambien los pacientes*); por otro, una cierta culpabilización de los propios pacientes o sus familias (*Es que es un desastre como comen. Es que no les preocupa la salud de sus hijos. Es que no están motivados*). A ello se suma un poco de ignorancia sobre los recursos o instrumentos disponibles junto con la sensación de que consume mucho tiempo. En los países con otros sistemas sanitarios, además, puede que no esté claro el modo de financiación de muchas de las intervenciones para prevenir o tratar la obesidad.

#### CARGA DE TRABAJO QUE SUPONE

Las cifras de prevalencia del sobrepeso (SP) y la obesidad infantil son 26,1% y 9,1%, respectivamente, según el estudio Aladino<sup>(6)</sup>. Es decir, que el 45,2% de los niños y niñas españoles del grupo etario comprendido entre 6 y 9 años tiene exceso de peso. Leer esas cifras contribuye al desánimo de los profesionales pues se nos antoja una tarea ímproba.

Es como decir que la mitad de los niños que nacen cada año y que atendemos los pediatras de Atención Primaria están en riesgo de desarrollar OB o SP a lo largo de su infancia.

Para todos ellos, es esencial fortalecer las estrategias preventivas. Proporcionar consejo. Eso es algo a lo que estamos habituados y constituye una de nuestras actividades principales en el día a día. Solamente habrá que modificar algunos detalles que comentaremos más adelante.

Sin embargo, todos los expertos están de acuerdo en que no es posible un tratamiento exitoso de la OB si el paciente (y en nuestro caso la familia y el paciente forman un todo) no es consciente de que debe cambiar y tiene un cierto grado de

*Correspondencia:* Ana Martínez Rubio. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Camas. C/ Santa María de Gracia, 54. 41900 Camas (Sevilla)

*Correo electrónico:* nrubiorama@gmail.com

© 2013 Sociedad de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla y León

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Reconocimiento-No Comercial de Creative Commons

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/es/>), la cual permite su uso, distribución y reproducción por cualquier medio para fines no comerciales, siempre que se cite el trabajo original.

motivación. Es decir, que no hay que embarcarse en esfuerzos terapéuticos intensivos sin un compromiso de cooperación entre ambas partes<sup>(4)</sup>.

## RESUMEN DE LA EVIDENCIA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL

Dado que la obesidad infantil es un problema multifactorial, resulta muy difícil determinar el peso relativo que los diferentes factores aportan a la tendencia a ganar peso en exceso para las personas concretas. Además, las intervenciones planificadas para la prevención de la OB a nivel de población general o grupos concretos son demasiado variadas; algunas ambiguas (no siempre está bien definido en qué consiste el consejo, con qué intensidad se emite, si va en algún soporte...); que pueden ir enfocadas a más de un objetivo y, sobre todo, que para conocer los resultados a largo plazo hay que esperar demasiado tiempo, durante el cual pueden hacer su efecto tanto a favor como en contra, otras muchas variables, que resulta muy difícil determinar el impacto de cada uno de los componentes.

En la guía de práctica clínica elaborada en nuestro país por la fundación Cochrane Iberoamericana<sup>(4)</sup> se revisaron las publicaciones relacionadas, concluyendo en una serie de recomendaciones que se resumen en la tabla I.

A continuación se ofrecen algunas sugerencias concretas sobre actividades a realizar en las consultas de Atención Primaria.

## LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD PASO A PASO

Parece estar claro que el riesgo de desarrollar OB tiene componentes genéticos pero de momento poco se puede hacer sobre ellos, excepto a nivel de investigación y para tenerlo en cuenta en casos concretos. No es posible modificar los genes, pero sí el ambiente en que se gesta el bebé.

## LOS CUIDADOS ANTENATALES

De cara a la prevención de la OB, deben centrarse en tres aspectos principales:

- Proporcionar una educación nutricional a la madre (y a su pareja y familia cercana), que incluya aspectos relativos a las ventajas de la lactancia materna.
- Evitar la ganancia excesiva de peso y vigilar la aparición de diabetes gestacional puesto que el peso elevado al nacer es un factor de riesgo.
- Vigilar el crecimiento del feto, para detectar cuanto antes los signos de desnutrición fetal, porque el peso bajo para la edad

gestacional, especialmente si se sigue de una recuperación rápida, también predispone a OB y síndrome metabólico.

## EL PRIMER AÑO DEL BEBÉ

Fomentar y apoyar la lactancia materna debe ser una de las principales preocupaciones de los pediatras. Eso significa aprender a resolver las dificultades que surjan; proporcionar alternativas al destete; contribuir a la formación de otros colegas para evitar que se retire la LM sin una indicación objetiva. Especialmente si la madre desea continuar amamantando.

La introducción de la alimentación complementaria no debe hacerse en función de unos criterios relacionados con la curva de peso del bebé o ni con el patrón de sueño. Tampoco deben proponerse calendarios rígidos. Ante todo se debe proteger la continuidad de la LM y adaptarse a las habilidades e interés de cada bebé. Los padres deben entender y atender a las señales de su hijo, tanto para el hambre como para la saciedad.

Las curvas de crecimiento de la OMS<sup>(7)</sup> son el mejor estándar de comparación, destacando la normalidad y la tendencia ascendente. Tras décadas de hablar de percentiles, ahora nos damos cuenta de que son una medida estadística que no tiene casi nada que ver con la salud de un individuo concreto y que obsesionarse con ellos puede conducir a yatrogenia.

Sí parece comprobado que una ganancia rápida de peso en el primer año o bien, cruzar por encima del Pc 50 pueden ser indicadores de riesgo<sup>(8)</sup>.

## EL SEGUNDO AÑO

Casi siempre hemos sido menos rigurosos en las recomendaciones de esta etapa, pero si se pretende una transición natural a la alimentación normalizada, conviene comenzar con el primer cumpleaños: masticar, evitar los triturados, retirar los biberones y papillas y compartir la mesa familiar deben ser consejos unánimes en ese momento. Las familias suelen ser influidas por la publicidad y la industria que produce alimentos "para bebés". Sin embargo, éstos no son imprescindibles y pueden encerrar algunos riesgos, especialmente retrasar la masticación, ingerir raciones de mayor tamaño y el elevado contenido en azúcares de muchos de ellos.

## CONSEJOS SOBRE ALIMENTACIÓN FAMILIAR Y POR ETAPAS

A lo largo de las etapas preescolar, escolar y adolescente, tanto en las visitas en salud como en las consultas a demanda, se deben proporcionar consejos claros y coherentes sobre alimentación saludable. La importancia de los alimentos de origen vegetal, que deben ser la base de la alimentación: frutas, verdu-

TABLA I. INTERVENCIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD INFANTIL.

		FR <sup>1</sup>
<b>Ámbito sanitario</b>	Promocionar y apoyar la <b>lactancia materna</b> .	A
	Incluir en las visitas de seguimiento de salud infantil <b>consejo nutricional</b> y de fomento de la <b>actividad física</b> adecuado a la edad.	B
	Promover buenos hábitos alimentarios y de ejercicio de niños y niñas y de toda la familia.	√
	Implicar a todos los profesionales del equipo de Atención Primaria.	√
	Favorecer una imagen positiva del propio cuerpo y reforzar la autoestima de los menores.	√
	<b>Evitar la estigmatización y la culpabilización</b> de los menores con sobrepeso o de sus familiares.	√
	Destacar los aspectos lúdicos y enriquecedores de la actividad física y de una alimentación variada, dejando en un segundo término los mensajes relacionados con la salud o la enfermedad.	√
	Facilitar material de apoyo a los profesionales y las familias (escrito o audiovisual), con contenidos no discriminatorios y adaptados culturalmente a distintos colectivos sociales.	√
<b>Ámbito escolar</b>	Incluir programas educativos orientados a la mejora de la dieta, la actividad física y la disminución del sedentarismo, que incluyan a la familia y al personal académico.	C
	Las intervenciones escolares deben ser mantenidas en el tiempo, a lo largo de los cursos escolares y continuadas fuera del ámbito escolar.	C
<b>Ámbito comunitario</b>	Restringir las <b>bebidas azucaradas</b> y fomentar el consumo de <b>agua</b> .	B
	Establecer programas de actividad física fuera del horario escolar, adaptados a la edad y preferencias de los menores.	B
	Desarrollar medidas para restringir la oferta y la promoción de productos alimentarios con alto contenido en grasas o en azúcares.	√
	Fomentar la producción y la accesibilidad a frutas y verduras por medio de políticas fiscales o subvenciones.	√
	Controlar la publicidad dirigida a los menores de productos con alto contenido en grasas o azúcares.	√
	Etiquetar los alimentos procesados con información nutricional y sobre los potenciales efectos dañinos para la salud.	√
	Crear espacios seguros y agradables adecuados para el juego y también infraestructuras para el deporte en espacios públicos, para los menores y los adolescentes.	√
	Impulsar actuaciones específicas (gratuidad, ayudas...) para facilitar el acceso a instalaciones deportivas municipales para niños y niñas, adolescentes, sus familias y también para colectivos socialmente desfavorecidos.	√
<b>Ámbito familiar</b>	Implicar a padres y madres en los programas orientados a mejorar la dieta y aumentar la actividad física para prevenir la obesidad.	B
	Desarrollar programas educativos dirigidos a las familias para fomentar un estilo de vida saludable, incidiendo en la alimentación sana, conocimientos sobre la información nutricional contenida en el etiquetado de los alimentos y la promoción del ocio activo.	√
	Implicar a los niños y las niñas en la compra de los alimentos y el aprendizaje de técnicas culinarias simples.	√
	Procurar que niños y niñas realicen comidas regulares, junto con su familia y sin elementos de distracción (como la televisión).	√

<sup>1</sup>FR: Clasificación de la fuerza de la recomendación de la *Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN)*

A: Se fundamenta en al menos un metaanálisis, RS o ECA clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencias compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran consistencia entre ellos.

B: Basado en un volumen de evidencia compuesto por estudios clasificados como 2++, directamente aplicables a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 1++ o 1+.

C: Basada en un volumen de evidencia compuesto por estudios clasificados como 2+ directamente aplicables a la población diana de la guía que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2++.

D: Evidencia de nivel 3 o 4; o evidencia extrapolada desde estudios clasificados como 2+

√: Buena práctica clínica. Es una práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

ras y legumbres, junto con los cereales y féculas. Proporcionar proteínas de diversas fuentes alimenticias pero en pequeñas cantidades. Evitar las bebidas dulces, el picoteo y las chucherías.

Y respetar el apetito de cada niño, por lo que se debe dejar claro que las raciones deben ser proporcionales al tamaño o edad del niño y su nivel de actividad<sup>(4,8)</sup>.

TABLA II. RECOMENDACIÓN O INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

Tipo de intervención	Recomen- dación	Comentarios
<b>Intervenciones dietéticas aisladas</b> - Dietas hipocalóricas - Dietas con modificación de otros nutrientes: Hiperproteicas, con aumento de fibra, con disminución de grasa, con alimentos de Índice glicémico bajo. - <i>Traffic-Light Diet</i> . Alimentos verdes, amarillos o rojos según su contenido en grasas	B	Ninguna publicación de calidad sobre intervenciones con dieta aislada. No parece haber diferencia entre un tipo de dieta y otro. La clave está en la adherencia. Ningún estudio con seguimiento > 2 años.
<b>Reducción del sedentarismo</b>	B	Es uno de los pilares principales para el tratamiento.
<b>Aumento de la actividad física</b>	B	
<b>Tratamiento psicológico</b>	B	Se recomienda el tratamiento de apoyo psicológico (con terapia conductual o cognitivo-conductual) en menores y adolescentes
<b>Tratamientos combinados</b>	B	Se recomienda llevar a cabo intervenciones combinadas con dieta, ejercicio físico y modificación conductual para la pérdida de peso en niños y niñas y adolescentes de 6 a 16 años con sobrepeso u obesidad, con la implicación de la familia.
<b>Tratamiento farmacológico.</b> Alternativas: - Sibutramina (10 mg/día) - Orlistat (120 mg x 3) (con las comidas) - Metformina (500-850 mg/12 h)	C	En adolescentes (de 12 a 18 años) con <b>obesidad</b> y <b>comorbilidades graves</b> que no han respondido al tratamiento con dieta y cambios en el estilo de vida, puede valorarse el tratamiento farmacológico dentro de un programa de modificación del estilo de vida supervisado por especialistas en endocrinología y nutrición, medicina de familia o pediatría con formación en el tratamiento de la obesidad.
Estar atentos a los posibles factores de riesgo o indicadores de que se pueda desarrollar un TCA.	D	
Los tratamientos farmacológicos solo deben intentarse en caso de comorbilidades importantes y el fracaso de otras intervenciones previas durante al menos 6 meses.	D	

El agua debe proponerse como la única bebida necesaria.

La leche, elevada a alimento esencial en la dieta infantil, debe tener menos protagonismo, pues puede llegar a sustituir a otros alimentos también necesarios, haciendo más monótona la dieta.

#### CONSEJO SOBRE JUEGO ACTIVO, ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Han de ser inseparables del consejo nutricional. Deben adecuarse a la edad e intereses de los menores y tener sobre todo un componente lúdico<sup>(4)</sup>. El juego activo contribuye, además, al desarrollo psicomotor y social de los niños<sup>(9)</sup>.

#### RESUMEN DE LA EVIDENCIA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIÓNES PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL

En la tablas II y III se resumen muy escuetamente las recomendaciones de la guía de práctica española<sup>(4)</sup>. Parece quedar claro que ninguna intervención ha mostrado ser eficaz por sí sola y que parecen preferibles los enfoques combinados.

Pero debe señalarse que el grupo de trabajo hace notar que los documentos revisados hasta la fecha tenían carencias que debían ser enmendadas de cara a nuevos ensayos. Así, por ejemplo, señalaba que la calidad de los estudios era irregular; la gran heterogeneidad en los diseños de los trabajos y la escasez de estudios de suficiente duración.

Este documento, publicado en 2009, está en fase de actualización y se están terminando de revisar nuevas evidencias. Entre las publicaciones más recientes, aparecen intervenciones novedosas con soporte en las redes sociales o las nuevas tecnologías de la comunicación (TIC). También se han publicado muchas que están enfocadas a sub-poblaciones concretas con necesidades o circunstancias específicas.

Otra revisión, en 2011, pone en valor la eficacia de las intervenciones realizadas en el marco de la atención primaria<sup>(10)</sup>.

#### EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN LA PRÁCTICA: LUCES Y SOMBRAS

El primer paso necesario es comunicar el diagnóstico. Pero lo difícil es hacerlo de manera que no genere rechazo sino cooperación<sup>(11)</sup>. De ahí la importancia de las habilidades de comunicación.

**TABLA III.** RECOMENDACIONES CATALOGADAS COMO “BUENAS PRÁCTICAS” (✓) PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL.

<b>Sobre alimentación</b>	Recomendar una dieta sana y equilibrada siguiendo la pirámide de la alimentación saludable.
	La intervención dietética no debe ser una actuación aislada, sino que debe llevarse a cabo en el contexto de un cambio en el estilo de vida, que incluya ejercicio físico, tratamiento conductual y abordaje familiar.
	La ingesta energética debe ser inferior al gasto energético, teniendo en cuenta la edad y nivel de actividad. Adaptarlo individualmente.
	Evitar las dietas restrictivas y desequilibradas porque no son efectivas a largo plazo y pueden ser peligrosas.
	Los consejos en los cambios dietéticos deben ser proporcionados por profesionales de la salud que habitualmente atienden a la población infantil y juvenil.
<b>Sobre actividad física</b>	Aumentar la actividad física espontánea más de una hora al día (juego, tareas de casa, ir caminando al colegio...)
	Recomendar tipos de ejercicio físico adecuados a la edad y al interés de cada menor, empezando lentamente y aumentando de forma progresiva la intensidad y su duración.
<b>Para reducir el sedentarismo</b>	Retirar la TV, las videoconsolas y ordenadores de las habitaciones de niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad.
	Emplear terapias dirigida al estrés y otras técnicas psicológicas (formulación de objetivos, automonitorización, etc.)
	Incluir el tratamiento psicológico individual o grupal en los programas de intervenciones combinadas para menores y adolescentes con obesidad.

**TABLA IV.** TIPOS DE HERRAMIENTAS UTILIZADAS POR ALGUNAS TÉCNICAS PSICOLÓGICAS.

<b>Tratamientos conductuales</b>	<b>Entrevista motivacional</b>
Autovigilancia: diarios y registros.	Preguntas abiertas.
Formulación de objetivos.	Escucha reflexiva: reflexiones, afirmaciones y resúmenes.
Auto-instrucciones.	Detectar fase de predisposición al cambio.
Rotura de cadenas.	Favorecer la expresión de la ambivalencia.
Control de estímulo.	Gestionar las resistencias.
Reestructuración cognitiva.	Construir hipótesis.
Manejo de las contingencias.	Favorecer las automotivaciones y la autoeficacia.
Prevención de recaídas.	
<b>Comunes</b>	
Cuidar el lenguaje.	
Evitar etiquetas.	
Proteger la autoestima.	
Atender a las emociones.	
Negociación de objetivos y tareas.	

El segundo, será valorar el interés del menor o de la familia en recuperar un peso saludable. O, dicho de otro modo, determinar el estadio de predisposición al cambio. La actitud de la familia es lo que debe determinar los siguientes pasos a seguir.

Las técnicas de entrevista motivacional pueden ser un modelo sencillo y respetuoso para indagar sobre las expectativas, las conductas y, sobre todo, la ambivalencia<sup>(12-14)</sup>. Sirven para guiar al paciente (o a las personas adultas de la familia) a tomar sus propias decisiones, detectar sus propias dificultades, mientras que el clínico se encargará de abrir oportunidades.

Los consejos acerca de cambios conductuales deben ser negociados y deben estar relacionados con sugerencias para mejorar la alimentación, estrategias para aumentar la actividad física y

disminuir el sedentarismo, y otros consejos sobre autocuidados (sueño, higiene,...).

Hay también modelos de corte más conductual con sus estrategias propias que tienen los mismos objetivos. Pero en todos los casos se debe preservar la autoestima de los menores y sus familias, evitando la estigmatización, señalamiento o culpabilización (ver tabla IV).

Algunos profesionales han optado por modelos grupales para el tratamiento. Este enfoque tiene algunas ventajas, como el ahorro de tiempo para los clínicos. Además, proporciona un ambiente más seguro, de iguales, para las familias.

Parte de las recomendaciones pueden ser generales. Otras deberán ser más concretas y adaptadas a cada paciente o familia. Lo ideal es que abarquen todos los aspectos de la salud: alimen-



tación, ocio, juego, sueño, escolaridad, relaciones familiares y emociones. Toda la familia debe involucrarse en los cambios. Y debe existir, al menos al principio, un seguimiento cercano, para detectar las barreras y buscar nuevos enfoques.

No hay ninguna dieta que ofrezca mejores resultados a largo plazo. La clave está en la adherencia a los cambios propuestos.

#### PAPEL DE LOS FÁRMACOS PARA LA OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA INFANCIA

Por el momento parece razonable reservar estos elementos del arsenal terapéutico para consultas especializadas y en caso de que hayan fracasado otros intentos de conseguir un peso saludable.

Posiblemente el más fácil de utilizar sea la metformina, especialmente si se trata de adolescentes con algún criterio de síndrome metabólico<sup>(4)</sup>.

#### CONDICIONES IDEALES PARA MEJORAR LA EFICACIA DE LOS PEDIATRAS DE AP EN LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA OB

1. Tener acceso a formación actualizada sobre obesidad infantil, especialmente relacionada con habilidades comunicacionales para la motivación.
2. Disponer de más tiempo para consultas programadas. Agendas flexibles, gestionadas por los propios profesionales.
3. Posibilidad de convocar y realizar consultas grupales.
4. Contar con el apoyo de otros profesionales.
5. Disponer de herramientas de ayuda en el escritorio de trabajo: tablas de IMC, encuestas, dietas...
6. Colaboración activa con centros escolares y otras entidades de la comunidad cercana. Participación en intervenciones comunitarias.
7. Disponer de material educativo para padres.
8. Implementar sistemas de recordatorio de metas, citas...
9. Formar grupos de investigación.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. August GP, Caprio S, Fennoy I, Freemark M, Kaufman FR, Lustig RH, et al. Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J*

2. Clin Endocrinol Metabol. 2008; 93: 4576-99. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18782869>
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. A national clinical guideline. Edimburgh; 2010. Disponible en: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
3. Oude Luttikhuis H, Baur L, Jansen H, Shrewsbury V, O'Malley C, Stolk R, et al. Interventions for treating obesity in children (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (1): CD001872
4. Grupo de trabajo de la guía sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. Centro Cochrane Iberoamericano. Guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil. 2009. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_452\\_obes\\_infantojuv\\_AATRM\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_452_obes_infantojuv_AATRM_compl.pdf)
5. Baur LA. Changing perceptions of obesity –recollections of a paediatrician. *Lancet [Internet]*. 2011; 378(9793): 762-3. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673611613652>
6. Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estudio ALADINO. Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2011. Madrid; 2013. Disponible en: [http://www.naos.aesan.msp.es/naos/ficheros/investigacion/aladino\\_final.pdf](http://www.naos.aesan.msp.es/naos/ficheros/investigacion/aladino_final.pdf)
7. De Onis M (Coord). New Child Growth Standards [Internet]. 2006. Disponible en: [http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical\\_report.pdf](http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf)
8. Lama More RA, Alonso Franch M, Gil-Campos M, Leis Trabazo R, Martínez Suárez V, Morais López A, et al. Obesidad Infantil. Recomendaciones Asociación Española de Pediatría. Parte I: Prevención. Detección precoz. *Ann Pediatr (Barc)*. 2006; 65: 607-15.
9. Burdette HL, Whitaker RC. Resurrecting Free Play in Young Children. *Arch Pediatr*. 2005; 159: 46-50.
10. Sargent GM, Pilotto LS, Baur LA. Components of primary care interventions to treat childhood overweight and obesity: a systematic review of effect. *Obes Rev*. 2011; 12: e219-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20630025>
11. Dutton GR, Tan F, Perri MG, Stine CC, Dancer-Brown M, Goble M, et al. What words should we use when discussing excess weight? *J Am Board Fam Med*. 2010; 23: 606-13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20823355>
12. Barnes AJ, Gold MA. Promoting healthy behaviors in pediatrics: motivational interviewing. *Pediatr Rev*. 2012 ; 33: e57-68. Accesible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22942370>
13. Gold MA, Kokotailo PK. Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. *Am Acad Pediatr*. 2007; 20: 1-10.
14. Pollak KI, Alexander SC, Østbye T, Lyna P, Tulsy JA, Dolor RJ, et al. Primary care physician's discussions of weight-related topics with overweight obese adolescents: results from the Teen CHAT pilot study. *J Adolesc Health*. 2010; 45: 205-7.