

# EmásF

*Revista Digital de Educación Física*

ISSN: 1989-8304 Depósito legal: J 864-2009

## **FACTORES A CONSIDERAR EN LA PLANIFICACION DE LAS CLASES DE EDUCACIÓN FÍSICA CUANDO EN EL GRUPO HAY NIÑOS O NIÑAS CON OBESIDAD**

**Khaled Malas Tolsa**

Maestro de Educación Física. España.

Email: [khaled.malas@uvic.cat](mailto:khaled.malas@uvic.cat)

### **RESUMEN**

La obesidad se combate mediante un control nutricional y ejercicio físico individualizado y adaptado a la necesidad del niño o niña afectado o afectada. Este ejercicio físico transcurre de forma paralela pero diferenciada de las clases de educación física impartidas en la escuela, las cuales van destinadas a un grupo clase en el que puede haber niños o niñas con obesidad. La planificación de la terapia física, propiamente dicha, contra la obesidad se sale del ámbito de trabajo del maestro de educación física, por lo que en este artículo no se ha profundizado en ella, centrandolo en los contenidos en lo que son las clases de educación física habituales en una escuela de primaria. Estas clases deben planificarse con una visión inclusiva, siguiendo el currículum escolar, el cual debe adaptarse teniendo en cuenta las limitaciones y problemas originados y/o causados por la obesidad. A este fin, en este artículo se analizan los problemas físicos y psicológicos ligados a la misma, así como los efectos secundarios originados por la práctica física habitual en las escuelas, con el objetivo de que el maestro de educación física pueda enfrentarse mejor a su trabajo diario.

### **PALABRAS CLAVE:**

Obesidad, Educación Física, Primaria, Educación inclusiva, Adaptación curricular, Problemas físicos, Problemas psicológicos.

## 1. INTRODUCCIÓN.

La obesidad es una enfermedad nutricional que comporta complicaciones médicas, psicológicas y sociales en los niños y niñas que la padecen. Ésta es cada vez más frecuente en la población infantil, particularmente en los países desarrollados, donde un 5-10% de los niños y niñas en edad escolar y un 10-20% de los adolescentes son obesos (Chueca, 2002; Ruiz, 2003). Según el último estudio *enKid* sobre obesidad infantil y juvenil en España, la tasa se sitúa en un torno al 14% (Salas, 2007). En 2010, alrededor de 43 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. Esta tendencia está en alza, por lo que la Organización Mundial de la Salud procedió, hace ya algunas décadas, a advertir del peligro que ello supone para la población mundial (OMS, 2011).

Los niños y adolescentes con obesidad pueden presentar problemas patológicos asociados de naturaleza clínica y psicológica. Dentro de los de naturaleza clínica podemos hablar de alteraciones del desarrollo puberal, con una pubertad adelantada, pseudohipogonadismo y ginecomastia, problemas en las articulaciones por el exceso de peso, problemas dermatológicos, como la presencia de estrías o infecciones por hongos en las zonas de pliegues y problemas respiratorios más o menos graves. Además, si la obesidad persiste hasta la edad adulta, aumenta en gran medida el riesgo de sufrir, entre otros, problemas cardíacos y diabetes (Chueca, 2002).

En todo caso, es su menor capacidad motriz lo que acaba originando los problemas psicológicos, ya que suele ser la causa de burlas por parte de compañeros y compañeras o de que estos y estas prefieran jugar y compartir experiencias con otras personas antes que con ellos o ellas. Esto menoscaba su autoestima y facilita el desarrollo de actitudes antisociales. Son propensos y propensas a la depresión, al aislamiento y a la inactividad, lo cual frecuentemente origina un aumento en la ingesta de alimentos, agravándose el problema.

Teniendo en cuenta que los índices de obesidad se hallan en alza, podemos decir que ésta constituye un problema sanitario de primer orden. Por desgracia, su tratamiento es difícil y con tendencia a la recaída por lo cual la prevención pasa a ser una pieza clave dentro de este puzzle y la prevención pasa por la educación de los niños y niñas en cuanto a alimentación y actividad física, de modo que adquieran hábitos saludables en ambas disciplinas.

Esto nos da una idea de la importancia que adquiere la información y la formación de los profesionales de educación física para impartir su docencia en una clase donde se halle presente un niño o niña con obesidad. El conocimiento del problema, y la adaptación de las actividades a su necesidad, facilitará la inclusión en el grupo, con el consiguiente beneficio psicológico y social del conjunto de niños y niñas de la clase.

## 2. LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO.

Con el fin de actuar de forma consecuente conviene tener una idea clara de que es la obesidad y que el sobrepeso, ya que en tanto la primera puede tener consecuencias patológicas más o menos severas, el segundo no necesariamente las comporta.

Aunque habitualmente se confunden, existen diferencias significativas. Para explicarlo de un modo sencillo podemos decir que ambas son un incremento del índice de masa corporal (IMC) con respecto a la edad y al sexo. Pero el sobrepeso se debe tanto a un incremento de masa grasa como a un incremento de masa muscular y ósea. En tanto que en la obesidad, aunque es posible observar un incremento en masa muscular y ósea, lo que predomina siempre es un incremento en la masa grasa.

Un ejemplo claro para ilustrar este tema es el de los luchadores de sumo. Estos deportistas, en principio, no están obesos, pero si presentan un considerable sobrepeso. Ello se debe a que al hacer mucho ejercicio presentan una elevación de masa corporal a nivel de todos los tejidos, no solo el graso.

En el día a día, el problema surge porque el método usado para medir este incremento de masa corporal no permite saber si se trata de masa muscular, ósea o grasa. Así pues, ante un dato de índice de masa corporal más elevado de lo normal es preciso ir al pediatra y que éste proceda a efectuar otros ensayos y mediciones más complejos, pero también más precisos, con el fin de establecer la presencia o no de obesidad.

Este incremento de masa grasa puede deberse a un proceso patológico de naturaleza genética o endocrina o bien a un exceso de hidratos de carbono y/o grasas en la dieta. Lo más significativo de la obesidad infantil es que, según los muchos estudios efectuados sobre el tema (Buesa, 1999; Chueca, 2002; Ruiz, 2003), el 95% de los casos entran dentro del grupo de la obesidad simple. La obesidad simple, también llamada común, exógena o nutricional, es aquella ligada a la ingesta de dietas hiper-calóricas, a una vida sedentaria y a una predisposición genética a almacenar energía.

La importancia de este hecho radica en que este tipo de obesidad tiene mejor tratamiento y esta ligado de forma casi exclusiva a un control de la ingesta y del gasto energético mediante la dieta y el ejercicio respectivamente.

### **3. CONTROL Y PREVENCIÓN DE LA OBESIDAD**

La finalidad del control de la obesidad en niños y niñas es la de conseguir que éstos presenten un peso adecuado a su talla y edad, al mismo tiempo que mantiene un crecimiento y desarrollo normales. Esto que parece sencillo es en realidad muy complicado y exige la participación voluntaria del niño o niña a tratar así como de su familia. También precisa de la colaboración del pediatra, del nutricionista, del psicólogo y de todos los maestros implicados en el proceso educativo de estos niños y niñas, particularmente los de educación física. Para comprender la amplitud del problema debemos hacer uso de las estadísticas, las cuales indican recaídas en más de un 80% de los casos (Chueca, 2002). El conseguir incrementar el porcentaje de éxitos depende de nuestra capacidad para impartir una buena educación, que sea capaz de inculcar comportamientos nutricionales y de actividad física más saludables y acordes a sus necesidades.

Como ya se ha indicado en la introducción, la presencia o ausencia de obesidad esta ligada a la ingesta y al gasto energético. El aporte energético se efectuará a través de la dieta. Será misión del pediatra y del dietista-nutricionista establecer la dieta más adecuada a su edad y a sus necesidades.

En todo caso, y como norma general, los comedores escolares deben vigilar las dietas administradas a los niños y a las niñas que hacen uso de ellos con el fin de prevenir el sobrepeso y ayudar en su educación nutricional. La experiencia nos demuestra que queda trabajo por hacer en esta área ya que son todavía muchos los comedores donde se observa una dieta excesivamente rica en hidratos de carbono y pobre en fibra y vitaminas, al presentar niveles excesivamente bajos de verduras frescas y de frutas.

El cuerpo humano, en reposo, precisa de aproximadamente 1 Kcal/Kg/hora (gasto metabólico basal). A partir de ahí la ingesta dependerá de factores tales como nuestro estado fisiológico, de la temperatura ambiente y particularmente de nuestra actividad motriz. Así, un deportista, en momentos puntuales, puede llegar a consumir 200 Kcal/Kg/hora. Cuando la ingesta de energía se ajusta a la demanda energética decimos que se alcanza el balance energético. Cuando la ingesta excede a la demanda ésta se almacenara en forma de grasa (lípidos), de tal modo que el organismo dispone de una fuente energética interna de reserva para cuando la demanda sea superior a la energía ingerida. El problema surge cuando predomina el balance positivo sobre el negativo, ya que ello origina un almacenaje reiterado de grasa que acabará causando obesidad. Así, por ejemplo, un balance positivo de 100 Kilocalorías por día, a lo largo de un año, incrementará el peso corporal en aproximadamente 5 Kg (Peña, 2001; Silva, 2008).

Una vez implantada la dieta que aporte las necesidades calóricas debemos proceder a controlar el gasto energético. Como todos sabemos ya, el organismo precisa energía para desempeñar todas sus funciones. La energía ingerida a través de los alimentos y apta para ser metabolizada es utilizada por el organismo para mantener el metabolismo basal, para sustentar el efecto térmico del cuerpo, para mantener la termogénesis corporal y para la actividad física o movimiento del cuerpo con respecto al entorno (Tabla I).

<b>Tabla I. Consumo energético del cuerpo humano</b>		
<i>Tabla de elaboración propia confeccionada en base a los datos aportados por Chueca 2002 y Silva 2008</i>		
<b>Consumo energético</b>	<b>Finalidad</b>	<b>Factores que influyen en el consumo</b>
<b>Metabolismo basal</b>	<b>Mantenimiento de los procesos vitales del cuerpo en reposo</b>	<b>Influenciado por edad, sexo, masa corporal, gestación, lactancia.</b>
<b>Efecto térmico corporal</b>	<b>Energía necesaria para la digestión, metabolismo, distribución y almacenamiento de nutrientes tras la ingestión de alimentos en las comidas</b>	<b>No se aprecia influencia significativa entre obesos y no obesos</b>
<b>Termogénesis</b>	<b>Energía necesaria para mantener constante la temperatura corporal</b>	<b>Se ve afectado por cambios en la temperatura ambiente, estrés, enfermedad, etc.</b>

Actividad física	Energía necesaria para moverse	Los obesos precisan de más energía para hacer lo mismo que los no obesos.
------------------	--------------------------------	---

Así, una vez establecida una dieta hipocalórica, podemos únicamente incrementar el consumo energético mediante un incremento de la actividad física ya que ésta, además de suponer un mayor consumo *per se*, ayuda a elevar el gasto metabólico basal. Esta técnica combinada ha mostrado ser más efectiva en el mantenimiento de los logros que la aplicación de una dieta o de ejercicio de forma separada.

#### 4. EJERCICIO FISICO Y OBESIDAD

Como se ha indicado, el ejercicio es una parte esencial en el control y en la prevención de la obesidad, ya que se ha comprobado que aumenta el gasto energético, disminuye los depósitos grasos y mejora la sensibilidad a la insulina. Ahora bien, no es lo mismo prevenir que controlar. Aunque se haga especial hincapié en aquellos grupos de mayor riesgo, la prevención va asociada al ejercicio físico en sí y se aplica sobre el conjunto de todos los niños y niñas de la clase. Por el contrario el control se aplica sobre niños y niñas con obesidad o un sobrepeso elevado. Tampoco debemos confundir el ejercicio programado de forma específica para un niño o niña con obesidad con las clases de educación física para una clase donde se hallen presentes niños y niñas con obesidad junto con otros/as que no la presentan, como es el caso que aquí nos ocupa.

En muchas ocasiones, los niños o niñas con obesidad practican, como parte de su terapia, un deporte o siguen una pauta de actividad física desligada o paralela a las clases de educación física impartidas en la escuela, no existiendo una verdadera comunicación entre terapeutas y maestros de educación física, como si lo que en la clase se hace no hubiera de tener repercusiones sobre el niño o niña. Lo cierto es que todo influye y todo se ve influido, por lo cual el entendimiento y la comunicación son muy importantes.

Para poder controlar la obesidad es necesario establecer pautas alimentarias y pautas de actividad física adaptadas a cada situación. A la vez, ambas deben aplicarse de forma conjunta y perfectamente controladas con el fin de prever, evitar y si procede compensar de forma inmediata cualquiera de los efectos secundarios ligados al tratamiento (Tabla II).

Tabla II. Efectos secundarios más habituales ligados al tratamiento de la obesidad primaria en niños y niñas mediante régimen hipocalórico y ejercicio físico (en base al artículo de Chueca, 2002)	
A corto plazo	A largo plazo
Depresión Debilidad Cefaleas Cansancio Estreñimiento Dificultad para respirar Ahogo	Pérdida de autoestima Reducción del crecimiento natural Anorexia nerviosa

Náuseas Sudoración exagerada Fuertes dolores de cabeza Desmayo	
---	--

Para entenderlo, debemos tener claro que un tratamiento no necesariamente implica la administración de un fármaco. Un tratamiento es todo proceso, químico, físico o psicológico, destinado a contrarrestar un proceso mórbido. Por tanto la implantación de una dieta, y una pauta de ejercicio, pasa a ser un tratamiento y como tal puede presentar efectos secundarios que deben ser controlados y contrarrestados.

En primer lugar debemos tener en cuenta que la implantación de una dieta para perder peso requiere de un periodo de adaptación. Con estas dietas se intenta que el niño o niña no sienta hambre y se basan en la sustitución de alimentos hipercalóricos por alimentos hipocalóricos, pero saciantes. A pesar de ello a veces hay que restringir la cantidad de lo ingerido o establecer horas definidas para hacerlo. Por eso el niño o niña puede sentir un mayor desasosiego, ya que puede sentir, sino hambre, necesidad de comer. Esta sensación se podrá ver acrecentada por la ansiedad al saber que no va a poder hacerlo o que no podrá hacerlo en la cantidad acostumbrada.

En segundo lugar debemos tener en cuenta que las capacidades de estos niños y niñas para el ejercicio físico son menores que las de los niños y niñas sin obesidad. Toda persona obesa sometida a un ejercicio moderado puede mostrar síntomas mayores de cansancio que otras personas no obesas. Ésta es la primera señal. Si no tomamos medidas de forma inmediata y le hacemos proseguir con el ejercicio puede pasar a presentar dificultad para respirar y ahogo, náuseas, sudoración exagerada, fuertes dolores de cabeza y dificultad para respirar que puede acabar con un simple desmayo o en un cuadro más grave debido a intoxicación por dióxido.

## 5. PLANIFICACIÓN Y PRECAUCIONES A TOMAR

En la clase podemos tener niños o niñas con obesidad o con sobrepeso y al mismo tiempo éstos o éstas pueden estar o no siguiendo una dieta para adelgazar. Sería adecuado estar al tanto de estos hechos con el fin de adaptar las actividades físicas de una forma adecuada a las necesidades de la persona afectada.

En un principio, la planificación de las clases se efectuará teniendo en cuenta el currículum establecido por la ley, considerando la edad, el desarrollo y el sexo de los niños y niñas presentes en el grupo clase. A partir de aquí procederemos a su adecuación sin perder de vista las limitaciones físicas y psicológicas de los niños y niñas con obesidad de la clase y estableciendo controles y medidas para prevenir los riesgos físicos y psicológicos ligados a la misma y a los tratamientos implantados para conseguir una reducción de peso.

Las limitaciones físicas y psicológicas a considerar son:

## 5.1. EL ESTADO DE SU APARATO LOCOMOTOR

El aparato locomotor de estos niños y niñas soporta un sobrepeso que puede dar lugar a alteraciones en las articulaciones y aparato locomotor en general. Conviene conocer el estado físico de todo niño o niña con obesidad ya que estas alteraciones pueden verse agravadas por la práctica de ciertas actividades físicas.

En la clase debemos estar al tanto de los síntomas de dolor a este nivel. Cuando un niño o niña se queje debemos averiguar dónde se produce (el tobillo, la rodilla, la espalda, el hombro, etc.) y adaptar las actividades de la clase para evitar sobrecargas sobre el hueso o articulación afectada (especialmente evitar sobrecargar los tendones).

La marcha, la carrera y el salto, son las actividades que pueden producir una mayor sobrecarga en las articulaciones de tobillos, rodillas y en la columna vertebral. Por ello se desaconsejan las actividades físicas que supongan correr, correr y saltar y darse largas caminatas o marchas a una velocidad de ejecución de moderada a elevada. Estos ejercicios deben trabajarse a intensidades bajas o de bajas a moderadas, siempre adaptadas a su nivel y con paros para facilitar la recuperación.

Cuando existe alguna alteración o existe un riesgo de ello conviene adaptar las clases incluyendo actividades de bajo impacto osteoarticular tales como caminar, patinar o ir en bicicleta o la práctica de deportes como la natación, el remo o el jockey sobre patines. Son adecuadas las tablas gimnásticas en general. También son adecuadas actividades para el desarrollo de la fuerza muscular, como el lanzamiento de objetos poco pesados, adecuados a la edad.

## 5.2. SU CAPACIDAD RESPIRATORIA

En las personas obesas las paredes de la caja torácica y el diafragma se expanden menos y por ende el pulmón, dificultando a la persona para tomar respiraciones profundas. A causa de ello, la sangre puede presentar un déficit de oxígeno y una acumulación de dióxido de carbono.

Debemos prestar atención en el caso de que además de obesidad el niño o niña sufra asma ya que en este caso un intento de incrementar la velocidad de ventilación pulmonar por parte del niño o niña puede acabar con la aparición de un ataque asmático.

Así pues, a la hora de planificar las clases debemos evitar todo ejercicio que suponga un esfuerzo elevado y controlar el estado de los niños y niñas en aquellas fases de ejercicio moderado, en particular síntomas de falta de aire y pérdidas de equilibrio asociadas a mareos o debilidad.

En estos casos, si forzamos la situación, puede ocurrir un colapso respiratorio, con intoxicación por dióxido de carbono, de consecuencias más o menos graves. Los casos moderados pueden contrarrestarse administrando oxígeno mediante mascarilla, pero en casos de más gravedad solo pueden ser contrarrestados mediante ventilación asistida suministrada por los servicios de asistencia sanitaria.

En caso de observar dificultad respiratoria, debemos cesar de forma inmediata el ejercicio, colocar al niño o niña a la sombra, sentado en un banco o taburete que permita doblarlo sobre si mismo y colocar la cabeza entre las piernas. No debemos forzar la situación y si esto origina problemas para respirar será mejor tumbarlo en el suelo.

En los casos leves el niño o niña podrá continuar con su actividad normal tan pronto recupere el ritmo respiratorio normal. Pero en caso de desmayo será adecuado trasladarlo a un centro médico. No debemos olvidar que, si el niño o niña está sometido a una dieta hipocalórica, puede presentar alteraciones metabólicas que deben ser controladas por un especialista.

### 5.3. SU GRADO DE TOLERANCIA AL CALOR

Las personas obesas presentan un mayor consumo energético, que las no obesas, durante la práctica de cualquier actividad física, en particular si la citada actividad supone cargar con el propio peso del cuerpo. Este exceso de calor desprendido está ligado a un incremento del metabolismo basal.

El problema surge cuando el cuerpo no tiene la capacidad necesaria para compensarlo. Es por ello que durante las clases de educación física o durante excursiones o marchas debemos prestar especial cuidado con los niños obesos.

A la hora de planificar las clases debemos evitar, dentro de lo posible, su exposición al sol y a ambientes con calor y humedad. También deben evitarse ejercicios que supongan mucho esfuerzo. Una vez planificada la clase debemos tener en cuenta que también necesitan tiempos de recuperación más largos entre ejercicios y beber mucha agua.

Un comportamiento diferente puede originar que sufran una lipotimia. En estos casos, si el niño o niña se ha desmayado, debemos proceder a tumbarlo a la sombra, en una zona bien ventilada y elevar las piernas por encima del corazón, hasta que recobre el conocimiento, lo cual debe ocurrir en escasos minutos. Una evolución diferente puede indicar colapso cardiaco y exige hospitalización inmediata.

Durante el desmayo debemos mantener la cabeza de lado para evitar que se ahogue con su propia lengua, o por si vomita. Si esta afectado por algún catarro o resfriado será preferible tumbarlo de costado, con el fin evitar ahogos por ataques de tos o por dificultad respiratoria por tener los conductos respiratorios tapados por la mucosidad. Tras recuperar el conocimiento debe permanecer tumbado durante unos minutos y después levantarse despacio, ya que en caso contrario puede darle un mareo y desmayarse nuevamente.

En caso de mareo, o de forma inmediata a la recuperación de un desmayo, será preciso proceder a una hidratación de forma inmediata, mojando con un trapo húmedo cara, brazos, piernas y se le dará de beber agua o una solución salada tan pronto se sienta con ánimos de hacerlo. No conviene forzar la ingestión de líquidos en tanto no se restablezca una respiración normal y desaparezcan las nauseas.



#### 5.4. SU FLEXIBILIDAD, AGILIDAD Y RESISTENCIA

En general, su mayor volumen y peso dificultará los movimientos, lo que hará que tengan una menor agilidad y flexibilidad de movimientos. Con todo, esto no se puede generalizar, ya que son competencias que pueden mejorarse mediante la práctica de ejercicio. El caso más significativo es la facilidad para el baile que tienen ciertas personas obesas o con sobrepeso.

Además, el mayor peso les supone una mayor necesidad de energía para moverse. Por ello tienden a cansarse antes que otros niños. En este caso, al igual que en el anterior, no se puede generalizar. Ya que la resistencia también se incrementa con la práctica habitual de ejercicio.

Por tanto, a la hora de planificar nuestras clases debemos tener en cuenta que el objetivo subyacente de las mismas es la educación. Enseñar y ayudar a implantar unas costumbres de vida sanas que incluyan la actividad física. Será la práctica habitual la que incrementará de forma progresiva la flexibilidad, agilidad y resistencia necesaria frente al esfuerzo físico.

El éxito a la hora de alcanzar este objetivo dependerá de nuestra capacidad para hacer que los niños y niñas disfruten la clase, que les guste y se queden con ganas de repetir la experiencia. Con ello facilitaremos la implantación de prácticas físicas, fundamentales para el control de la obesidad y el sobrepeso en edades infantiles y con posterioridad en la vida adulta.

Con el fin de trabajar estos aspectos de la práctica física debemos incluir en las clases actividades lúdicas y de motivación intrínseca. Las actividades más monótonas o reiterativas, deben adaptarse para incrementar la motivación y reducir los riesgos de sobrecarga del aparato locomotor. La danza o los juegos pueden ser una buena herramienta. Puede ser adecuado el planteamiento de circuitos que incluyan actividades diversas y de diferentes niveles de intensidad, de modo que tras una actividad más intensa, se plantee una actividad de menor intensidad, lo cual les dará tiempo a recuperarse.

#### 5.5. SU NIVEL DE AUTOESTIMA

Su falta de autoestima hace que se esfuercen menos ya que al estar convencidos de que no lo van a conseguir no consideran necesario poner un mayor empeño para lograr los objetivos marcados.

Como es bien sabido la clase de educación física es el lugar ideal para acabar con la autoestima de una persona obesa. Para ello, basta con no hacerle caso cuando muestra mayores niveles de cansancio que el resto de la clase. Podemos agravar el problema instándolo a superar su incapacidad para seguir al resto de compañeros y compañeras abogando a su espíritu de superación o, peor aun, menospreciando su capacidad (etiquetándolo).

No debemos tampoco pasar por alto si está siguiendo una dieta. Como ya se ha indicado, la implantación de una dieta supone pasar por un periodo de adaptación fisiológica ligada a cuadros de ansiedad. Por eso, en estas primeras fases conviene realizar actividades más lúdicas y participativas, como son los

juegos, que aporten una mayor distracción y les haga olvidar su problema, reduciendo así la ansiedad y facilitando la implantación de la dieta.

En todo caso, sería adecuado valorar su nivel de autoestima y consultar con el psicólogo la mejor manera de ayudarlo a superar esta deficiencia, sin olvidar la importancia de las relaciones interpersonales en la superación del problema.

Al igual que en el caso anterior, los circuitos de actividades pueden ser una buena opción, ya que será posible incluir actividades donde sobresalgan de los demás, compensando aquellas donde son menos hábiles. También se pueden incluir actividades con una progresión del nivel de manera que vayan viendo a diario sus mejoras. Así, conseguiremos incrementar su autoestima y su propensión favorable al ejercicio.

Ciertas actividades, como la práctica de partidillos de fútbol, de balonmano o baloncesto, pueden ser sustituidas por la práctica de lanzamientos a puerta o a canasta, con el fin de trabajar la elasticidad y los reflejos. Tengamos en cuenta, que dicha adaptación facilitará la inclusión de otros niños y niñas a las que no les gusta participar en este tipo de actividades por estar menos capacitados para la carrera y el regate. En contrapartida pueden servir para incrementar su autoestima ya que estos niños y niñas pueden ser muy buenos porteros o lanzadores.

## 6. CONCLUSIONES

Aunque a todo maestro de educación física le gustaría explorar las posibilidades de aquellos más dotados o se sienten más realizados cuando consiguen que sus niños y niñas muestren progresos psicomotrices visibles, la realidad es que no son preparadores físicos, son maestros y su misión es la de enseñar e inculcar hábitos físicos saludables.

Los niños y niñas con obesidad o sobrepeso son uno o una más dentro del grupo clase y son los maestros de educación física los que deben hacer que se sientan parte de ese grupo al que pertenecen. Por ello, el gran reto es el de saber adaptar un curriculum estándar a las necesidades del grupo clase, de modo que todos sean capaces de alcanzar los objetivos prefijados sin menoscabar la integridad física y psicológica de todos los integrantes del grupo. Dentro de este contexto no puedo dejar de señalar la importancia de la existencia de un trabajo de sensibilización para el resto del alumnado como herramienta de apoyo al alumnado obeso y al propio maestro.

Si efectuamos una revisión de lo expuesto en este artículo comprobamos que, aunque no siempre es fácil, la adaptación del curriculum es posible y necesaria. Los niños y niñas con obesidad pueden participar en la mayoría de los juegos tradicionales que no supongan persecución, muchos de ellos son especialmente hábiles para la danza y el baile, están especialmente dotados para el desempeño de actividades de lanzamiento o de parada de objetos, no tienen especiales dificultades para practicar la natación, el remo o el patinaje o para participar en circuitos de actividades donde no se exijan tiempos de ejecución.

Por otra parte, el conocimiento de sus capacidades y los riesgos ligados a la actividad física nos permitirá prevenir posibles problemas y nos ayudará a actuar con rapidez y eficacia en caso necesario. Por ello, la comunicación con la familia y si procede con el psicólogo u otros profesionales será vital para conseguir el éxito de nuestro trabajo.

## **7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

Buesa I. (1997). Intervención dietética en el niño obeso. En Introducción a la nutrición infantil. Pág. 261-289. Ed. Con. Sal. Com. Valencina.

Chueca M., Azcona C., Oyarzábal M. (2002) Obesidad infantil. Vol.25. Suplem.1, Anales del sistema sanitario de Navarra. 127-141.

Gómez, M.A. y Pérez, J.C. (1992). Actividad física escolar y control de peso. Apunts: Educación Física y Deportes, 27: 17-23.

Organización Mundial de la Salud (2011), Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. <http://www.who.int/topics/obesity/es/>

Peña L., Madruga D., Calvo C. (2001). Alimentación del preescolar, escolar y adolescente. Situaciones especiales: dietas vegetarianas y deporte. Anales Españoles de Pediatría. Vol. 54 (5): 484-496.

Río Navarro B.E., Berber E., Sierra J.J.L. (2011). Relación de la obesidad con el asma y la función pulmonar. Bol Med Hosp Infant Mex 2011;68(3):171-183

Ruiz Giménez M.A. (2003). Factores de riesgo cardiovascular en niños y adolescentes. Obesidad infantil. Pág. 143-297. Ed. Díaz de Santos S.A.

Salas-Salvadó J.; Rubio M.A.; Barbany M.; Moreno b. (2007) Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med. Clin (Barc); 128 (5): 184-96

Sánchez, R.O. (1992). Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud. Madrid: Díaz de Santos.

Sánchez A. (2011). Implicación de la Educación Física en la obesidad infantil. EmásF, Revista Digital de Educación Física. Año 2, Num. 8

Silva C.; Pujante P. (2008). Fisiopatología de la obesidad. Jano 29. N° 1684.

Varo J.J., Martínez-González M.A., Marínez J.A. (2002) Prevalencia de la obesidad en Europa. Anales Sis San Navarra. Vol. 25. Suplemento 1

**Fecha de recepción: 23/9/2011**  
**Fecha de aceptación: 16/10/2011**