



Universidad Autónoma de Nuevo León



Facultad de Psicología

Doctorado en Filosofía con especialidad en Psicología

Tesis Doctoral

EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

Presentada por:

Mtra. Edith Gerardina Pompa Guajardo

Director de tesis: Dra. Mónica Teresa González Ramírez

Monterrey, Nuevo León.

Dedicatoria

A mi esposo Víctor por su amor y apoyo incondicional para la realización de este proyecto.

Para mis adorables hijas Cynthia y Edith por su entusiasmo apoyo y paciencia.

A mis yernos Cesar y Tomas por su apoyo

Y a mis pequeños nietos que son todo mi amor Cesar y Eugenio

Gracias a todos ellos

“EL CUERPO GRITA... LO QUE LA BOCA CALLA”

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la Beca que hizo posible la realización de este Proyecto de Investigación.

A la Dra. Mónica Teresa González Ramírez por su disciplina, conocimiento, paciencia y entusiasmo.

Al Dr. Benito Estrada Aranda por compartir sus conocimientos a lo largo de los estudios de doctorado y el tiempo dedicado a este proyecto.

Al Dr. José Moral de la Rubia por cada uno de sus señalamientos y el tiempo dedicado a la revisión de este trabajo.

Al Dr. René Landero Treviño por sus conocimientos, por su entusiasmo y por tiempo empleado en esta Investigación.

A la Dra. Martha Leticia Cabello Garza por haber aceptado revisar este trabajo, y por su entusiasmo y motivación.

Al Mtro. José Armando Peña Moreno por creer en mí y apoyarme para la realización de esta Investigación.

Al Mtro. Arnoldo Téllez López por su invitación para el trabajo de Niños con Sobrepeso y Obesidad.

A Emma, Griselda, Cipatly y Leonardo por sus apoyos y conocimientos.

A mis alumnos de psicología del área clínica y de la Maestría en Clínica Psicoanalítica por su apoyo constante y extraordinaria disposición.

INDICE

1 INTRODUCCIÓN	
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	9
1.2.1 Objetivo General.....	9
1.2.2 Objetivos Específicos.....	9
1.3 Justificación.....	10
2 MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Obesidad.....	20
2.2 Clasificación de la Obesidad.....	20
2.3 Características de la Obesidad.....	20
2.4 Aspectos psicológicos relacionados a la Obesidad.....	21
3 MÉTODO.....	25
3.1 Procedimiento.....	25
3.2 Intervención Psicológica.....	27
3.3 Participantes.....	28
3.4 Instrumentos.....	29
4 RESULTADOS.....	36
4.1 Estadísticos Descriptivos.....	36
4.2 Encuesta Infantil.....	37
4.3 Estadísticos descriptivos de la variables de estudio.....	39
4.4 Percentiles de los Tests de Ansiedad y Depresión.....	42
4.5 Evaluación del Programa Multidisciplinario.....	49
5 DISCUSIÓN.....	51

6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	58
6.1 Aportaciones de la Investigación a la Psicología de la Salud o al Estudio de la Obesidad.....	60
6.2 Limitaciones.....	61
6.3 Futuras líneas de Investigación.....	62
6.4 Recomendaciones.....	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
ANEXOS	
Anexo 1 Actividades del Campo de Verano “Vacaciones Saludables”.....	72
Anexo 2 Entrevista Infantil.....	77
Anexo 3 Intervención Psicológica.....	82
Anexo 4 Leyes.....	85

Índice de Tablas

Tabla 1 Estadísticos Descriptivo.....	36
Tabla 2 Estadísticos Descriptivo.....	36
Tabla 3 Estadísticos Descriptivos.....	37
Tabla 4 Consistencia interna de las escalas.....	40
Tabla 5 Estadísticos Descriptivos de las Variables de estudio.....	41
Tabla 6 Percentiles Test de Ansiedad Grupo 2007.....	42
Tabla 7 Percentiles Test de Depresión Grupo 2007.....	43
Tabla 8 Percentiles Test de Ansiedad Grupo 2008.....	44
Tabla 9 Percentiles Test Depresión Grupo 2008.....	45
Tabla 10 Percentiles Test Ansiedad Grupo Control.....	46
Tabla 11 Percentiles Test Depresión Grupo Control.....	48
Tabla 12 Evaluación de normalidad de las variables.....	49
Tabla 13 Comparación de los puntajes iniciales y a los seis meses	50

Índice de Figuras

Figura 1 Comparación de los puntajes de ansiedad grupo 2007.....	43
Figura 2 Comparación de los percentiles de depresión grupo 2007.....	44
Figura 3 Comparación de percentiles de las subescalas de ansiedad grupo 2008.....	45
Figura 4 Comparación de los percentiles de depresión grupo 2008.....	46
Figura 5 Comparación de los niveles de ansiedad grupo control.....	47
Figura 6 Comparación de los niveles de depresión grupo control.....	48

Lista de Símbolos y Abreviaturas

CDS Cuestionario de depresión para niños

CMAS-R..... Escala de ansiedad manifiesta en niños

DSM-IV-TR..... Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

ENSANUT..... Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

IMC Índice de masa corporal

IOTF.....International Obesity Task Force

Kgrs/m².....Kilogramos por metro cuadrado

OCDE.....Organización para la Cooperación y el Desarrollo

OMS.....Organización Mundial de la Salud

SDA.....Síndrome de descontrol alimentario

RESUMEN

Edith Gerardina Pompa Guajardo
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Psicología

Fecha de Graduación: Junio 2011

Título de la Tesis: EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO
PARA REDUCIR LOS NIVELES DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN E ÍNDICE DE MASA
CORPORAL EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Número de páginas: 89

Candidato para el grado de Doctor
en Filosofía con especialidad
en Psicología

Área de Estudio: Psicología y Salud

Propósito y Método del Estudio: La obesidad infantil se ha señalado como la principal transición epidemiológica del Siglo XXI en base a lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la efectividad de un programa multidisciplinario para el control del sobrepeso y obesidad en la ansiedad, la depresión y la disminución del IMC en niños de 7 a 12 años? El programa multidisciplinario se aplicó en dos modalidades niños del Campo de Verano del 2007 (N=21) y del 2008 (N= 14), además se contó con un grupo control (N=33) de niños de una escuela primaria con sobrepeso y obesidad sin tratamiento de tipo alguno. Se valoró el IMC por medio de una báscula de precisión (Tanita Inner Scan BC 418), los instrumentos psicológicos fueron la Escala de Ansiedad manifiesta en Niños CMAS-R de Reynolds y Richmond (1997) y la Escala de Depresión para Niños CDS de Lang y Tisher (1983). Los principales resultados indican un decremento en las tres variables de interés en los niños del campo de verano de 2008.

Contribuciones y Conclusiones Es relevante contar con una intervención multidisciplinaria para el tratamiento de la obesidad infantil además de la inclusión de la familia y el medio escolar ya que la injerencia de ambos permitirá fortalecer el apego psicoafectivo a sanos hábitos de alimentación.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES

La obesidad es un exceso de grasa corporal cuya magnitud y distribución comprometen la salud del individuo, en los últimos años ha sido considerada mundialmente como una enfermedad, en donde es importante recalcar su aspecto preventivo (Silvestri y Stavile, 2005).

El sobrepeso y obesidad son problemas de salud de alta prevalencia, en los últimos años la obesidad ha ido en aumento desplazando a la desnutrición y en algunas partes del mundo se ha convertido en el principal problema nutricional, al grado de considerarse una pandemia que afecta a más de mil millones de personas (American Obesity Association, 2000).

En la mayoría de los casos la obesidad infantil se debe a la llamada obesidad simple, exógena, hiperfágica o primaria, en general se considera que un niño tiene sobrepeso cuando su peso se encuentra ubicado entre los percentiles 85 y 95 del peso que corresponde a un niño de su misma talla y sexo, mientras que la obesidad esta por arriba del percentil 95 de su misma talla y sexo (Committee on Nutrition American Academy Pediatrics, 1998).

Desde hace años el tratamiento para la obesidad se basaba en dos aspectos fundamentales: uno el plan de alimentación hipocalórico y la incorporación de una actividad física, esto porque los factores causales de la obesidad son la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios (Silvestri y Stavile, 2005).

Muchos profesionales de la salud basan el tratamiento tomando en cuenta solo estos aspectos (Borbolla, Elizondo, Patiño y Ugalde, 2009; Hafetz, 2006; Virgen, Muñiz,

Jauregui y Ruiz, 2007; Rozouski y Cruchet, 2007; Verduzco, 2008), si bien es cierto que son muy importantes no se puede dejar de lado los aspectos psicológicos y familiares que juegan un papel importante en la producción y mantenimiento de la obesidad.

Es importante recalcar que el ser humano es un ser biopsicosocial, y como tal obliga a que todas las terapéuticas sean enfocadas de una manera integral en el tratamiento de la obesidad, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática, esto sin dejar de lado los factores genéticos, constitucionales, metabólicos, ambientales y sociales que la generan (Alvarado, Guzmán y González, 2005; Gómez y Marcos, 2006; Gussinyé, 2005; Hagin, 2006; Hawkins y Hawkins, 1999; Paxton, 2005; Silvestri y Stavile, 2005; Yeste, et al., 2008).

La obesidad se ha señalado como la principal transición epidemiológica del siglo XXI, la cual está presente en nuestro país. Esta transición consiste en una importante reducción en la prevalencia de infecciones y desnutrición acompañada de un incremento sorprendente del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas, esto según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT Olaiz, Rivera, Shamah, et al., 2006).

Este importante incremento en su prevalencia ha vuelto a la obesidad infantil un problema de salud pública en donde lo considerable son las consecuencias a corto plazo como alteraciones del sueño, asma, pobre imagen de sí mismo, ansiedad y depresión, entre otras. A largo plazo produce un aumento paralelo de enfermedades crónicas asociadas como hipertensión arterial, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2, aterosclerosis, problemas ortopédicos como pie plano, escoliosis, problemas psicosociales, derivados de la falta de aceptación social y baja autoestima, observándose lo anterior cada vez en edades más tempranas en la infancia (Silvestri y Stavile, 2005).

Con base en la revisión realizada y en la experiencia de trabajo con pacientes, se considera que en el comportamiento alimentario la relación de las pautas de conducta están dirigidas hacia la comida y esto tiene una repercusión en el peso corporal, por lo que es importante considerar el hablar de cómo nos alimentamos que va más allá de la simple ingesta de

alimentos.

Edmunds, Waters y Elliott (2008) señalan la existencia de inmadurez afectiva, inadaptación social y sentimientos de inseguridad en niños con obesidad, este desequilibrio explica, desde su punto de vista, el comportamiento con respecto a la alimentación en donde la sobrealimentación ayuda a disminuir la ansiedad y la carencia afectiva.

Se ha examinado la relación entre obesidad infantil y problemas psicológicos como baja autoestima, depresión, y dinámica familiar asociado a desordenes de la alimentación en donde se remarca la importancia por los profesionales del área de la salud el estudio de cómo estos factores psicológicos influyen en la sobrealimentación y que es necesario para el control de peso de (Jonides, Buschbacher y Barlow, 2002).

Debido al incremento de la obesidad infantil, el sector salud se ha preocupado por tratar de entender, combatir y detener esta enfermedad, la cual afecta directamente a la salud física y psicológica del niño.

Entre 1999 y el 2006 (ENSANUT, 2006) la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en ambos sexos, aumentó un tercio, los mayores aumentos se dieron en niños escolares entre 5 y 11 años. Según esta misma fuente, 1 de cada 3 hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad, esto representa más o menos unos 5; 757,400 de los adolescentes del país. No existe relación obesidad-edad, pero si hay asociación con el sexo, siendo en el sexo femenino en quienes prevalece con mayor frecuencia la obesidad.

Es por lo anterior, resulta importante realizar investigaciones exhaustivas, para que de esta manera se cuente con mayor conocimiento disponible sobre tratamientos eficaces, (Gómez y Marcos, 2006; Gussinyé, 2005; Yeste et al., 2008) y el desarrollo de estrategias de prevención que posibiliten la disminución en el desarrollo de la obesidad.

La obesidad es un problema de salud pública que requiere de atención integral que abarque todos los aspectos involucrados en su génesis, en donde el objetivo del tratamiento individual debe lograr y mantener hábitos nutricionales y estilos de vida que permitan un

equilibrio constante entre la ingesta y el gasto calórico y que corrijan o prevengan alteraciones metabólicas, ya que estas perpetúan la obesidad y preceden a las enfermedades crónicas del adulto, asociadas al sobrepeso, esto se observa de manera alarmante en el desarrollo de diabetes tipo 2 en niños. (American Obesity Association, 2000).

La familia es una pieza clave para el éxito del tratamiento en la obesidad infantil, pues es ella la que facilita o impide en un momento dado la baja de peso y cambio en los hábitos de alimentación en relación a esto Hafetz, (2006) midió el efecto del conocimiento del cuidado de su salud y la conducta en niños y sus padres encontrando que se trata de una transmisión intergeneracional de dicho conocimiento.

Hagin, (2006) menciona que la dinámica familiar tiene un papel muy importante en donde el entrono familiar juega un rol significativo en relación a la comida, la conducta y los síntomas de depresión en niños con obesidad.

Para mejorar la intervención en la obesidad infantil Puder y Munsch (2010) estudiaron la interrelación entre obesidad infantil y problemas sociales como impulsividad, dificultades en la atención, hiperactividad, ansiedad y depresión, reportan que esto es el resultado del clima familiar y su contexto como elementos para la sobreingesta de alimentos y su repercusión en el peso.

Es importante abordar el aspecto psicológico, ya que muchos trastornos de la alimentación, como lo es la obesidad, encubren disfunciones familiares o problemas de autoestima y sociabilidad. Este efecto de baja autoestima, característico en niños con obesidad es señalado por Paxton (2005) quien indica que la obesidad infantil tiene un riesgo significativo para el desarrollo de problemas de salud, pero también el aspecto psicológico y social tiene consecuencias graves en donde la baja autoestima se asociada con depresión. En adultos, también se ha estudiado la autoestima en personas con obesidad, Alvarado, Guzmán y González (2005) realizaron un estudio de intervención, donde encontraron que en el grupo de estudio, que incluía tratamiento psicológico, todos los sujetos tuvieron un peso final menor, que el peso inicial ($p = .01$), lo que no ocurrió en el grupo control ($p =$

.63); en cuanto a la autoestima, compararon antes y después de la intervención, obteniéndose un incremento significativo en dicha variable ($p = .03$).

Profundizando en los aspectos psicológicos, Gómez y Marcos (2006) indican que la obesidad está asociada con un aumento en el riesgo de problemas emocionales, ellos estudiaron esta problemática en adolescentes y observaron una baja autoestima, depresión y ansiedad que puede acompañar a la obesidad. En consecuencia proponen un tratamiento integral, que abarque el componente nutricional, psicológico, familiar y de actividad física.

Los factores psicológicos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso ideal o deseable, en donde el abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo. Es recomendable identificar las dificultades particulares de cada niño, y su relación con la comida, el abordaje de un caso de obesidad nunca es igual a la explicación y abordaje de otro, de ahí la importancia de atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática. Sin embargo, es importante conocer los trabajos grupales que han tenido éxito, para retomarlos tanto en tratamiento individual como grupal. Es así que a continuación se mencionan algunos programas aplicados en formato grupal y cuyos resultados han sido publicados recientemente.

Gussinyé (2005) aplicó un programa de tratamiento integral para la obesidad infantil denominado “Niños en Movimiento” con el objetivo de trabajar una dieta mediterránea, para la disminución del índice de masa corporal y la mejoría de los rasgos de depresión, ansiedad y una mayor satisfacción corporal mediante técnicas cognitivo conductuales. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el test de satisfacción de la imagen corporal de García Tornel y Gaspar (2001 en fase de validación), escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R) de Reynolds y Richmond (1997) y el cuestionario de depresión para niños (CDS) de Lang y Tisher (1983), siendo los dos últimos utilizados en la presente investigación. Los resultados encontrados indicaron que la dieta mediterránea permitió que

de los 43 niños del programa 36 disminuyeran su peso al finalizar el programa, así mismo los valores observados en el test de ansiedad CMAS-R en el caso de las niñas fue que la proporción que presentó puntuaciones mayores a 70 disminuyó de un 34.6% a un 15.4%, en cuanto a las que presentaron puntuaciones menores de 30 disminuyó de un 26.95 a un 19.2%; ubicándose el resto en un puntaje considerado normal. En el caso de los niños las puntuaciones mayores a 70 disminuyeron de un 41.2% a un 17.6% y los que presentaron puntuaciones menores de 30 aumentaron de un 17.6% a 35.3. En el caso del test de depresión CDS se encontraron diferencias significativas, en el puntaje Total Depresivo disminuyendo de una media de 29.27 ($DE = 32.33$) a una media de 18.55 ($DE = 23.30$; $p = .02$) y en sentimientos de culpa de 32.58 ($DE = 31.78$) a 16.65; ($DE = 15.99$ $p = <.01$).

Yeste et al. (2008) desarrollaron un programa denominado Perspectivas Actuales del Tratamiento de la Obesidad Infantil, programa multidisciplinar dirigido a niños de 7 a 12 años con sobrepeso u obesidad y a su entorno familiar, emocional, y la formación de educadores en obesidad, en donde realizaron una evaluación psicológica de rasgos de ansiedad y depresión, con los mismos instrumentos de evaluación del Programa Niños en Movimiento 72 de los 81 niños participantes disminuyeron su índice de masa corporal (IMC) al finalizar el programa, las medias de las puntuaciones del cuestionario CMAS-R fueron estadísticamente menores ($p = .03$) para la ansiedad total y para 2 de las 4 subescalas evaluadas (ansiedad fisiológica y preocupaciones sociales/concentración) al finalizar el programa respecto a sus valores al inicio; las medias de las puntuaciones del cuestionario del CDS fueron menores significativamente ($p = .03$) para las escalas total depresiva y total positiva y para cada una de las subescalas incluidas en ellas.

Rozowski y Cruchet, (2007) diseñaron un programa denominado Proyecto Escuelas Saludables con una duración de cuatro años en la Ciudad de Maipú en Chile, cuya prioridad era combatir el deficiente estado físico en niños de primero a cuarto año escolar y segundo motivarlos a consumir alimentos saludables, es decir la nutrición y la actividad física incluidas de manera conjunta en un programa para reducir la obesidad infantil. Los autores indican que dicho programa alcanzó los objetivos planteados en la comuna de Casablanca y se replicó después en Macul. Basándose en el éxito obtenido, se realizó una nueva

intervención en Santiago, buscando crear un programa que pudiera implementarse en todas las escuelas del país para prevenir y disminuir los indicadores de obesidad y sobrepeso en los escolares chilenos; las propuestas del programa fueron: incrementar a tres horas de gimnasia por semana e incorporar la nutrición en algunas de las asignaturas como por ejemplo en clase de matemáticas sumar, restar y multiplicar las calorías que traen las etiquetas, y a la hora del almuerzo destacar las propiedades de los alimentos.

En México, el gobierno del estado de Coahuila (Verduzco, 2008) implementó un programa enfocado a prevenir y a combatir la obesidad infantil, con una muestra de 111,600 niños denominado Censo Nominal de Peso y Talla para la población preescolar y escolar, esto les permitió tener la certeza de saber cuáles son los alumnos que necesitaban mayor atención, y la importancia de la actividad física y una nutrición adecuada que impactara positivamente en el proceso de enseñanza aprendizaje sobre nutrición que ayudara a que se adquirieran estilos de vida saludables.

Virgen, Muñiz, Jáuregui y Ruiz, (2007) implantaron un Programa de Intervención para el sobrepeso y obesidad en niños escolares en el estado de Colima, dicho programa consistió en incrementar una actividad aeróbica – recreativa y un control en la dieta durante cuatro meses. El programa se inició con 36 niños de los cuales solo terminaron el 15, sus edades fluctuaban entre los 9 y 12 años de edad. El estudio tenía como propósito el evaluar los efectos del programa sobre el índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal (%GC), perfil lipídico, glicemia, ingesta nutricional y conocimiento sobre la obesidad, al final del programa de intervención el IMC y porcentaje de grasa corporal tuvieron una tendencia a la disminución sin llegar a ser significativa, los niveles de colesterol disminuyeron en ambos géneros alcanzando significancia estadística ($p < .05$); asimismo, se apreció una disminución en el consumo de grasas y un incremento en el consumo de frutas y verduras; éste programa logró crear una mayor conciencia sobre la problemática de la obesidad, promoción permanente de hábitos saludables, incremento de la actividad física, contribuyendo a reducir el sobrepeso y la obesidad en la mayoría de los niños que lo finalizaron, permitiendo prevenir los riesgos en su salud.

El programa de prevención de obesidad infantil denominado “Go Kids” en donde participaban los niños y sus padres tenía dos objetivos, primero un programa teórico dado por un modelo lógico y segundo, evaluar el impacto del conocimiento de su salud tanto en los padres como los niños. Esta investigación de Hafetz (2006) demuestran que el conocimiento sobre la propia salud física no se mantuvo en los padres, pero si en los niños en quienes demostró un incremento en el conocimiento sobre salud y nutrición.

Gómez (2007) evaluó la eficacia de una intervención cognitivo conductual individual para disminuir la ansiedad en 6 niños de 9 a 13 años, utilizando un diseño cuasiexperimental y evaluado con los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad Manifiesta en niños de Reynolds y Richmond, Escala de ansiedad y trastorno de estrés postraumático de Briere, Inventario de depresión infantil de Lang y Tisher y la escala de depresión y autoestima de Kovocs; instrumentos que se aplicaron antes y después de la intervención, los resultados muestran correlaciones más altas cuando se tratan de problemas externalizantes, en donde los padres son mejores informantes que los maestros, para problemas de inactividad e hiperactividad; mientras que los padres son mejores informantes que los maestros para problemas de agresión y conducta antisocial, por otra parte los niños son mejores informantes que padres y maestros para problemas internalizantes.

Los niños jornaleros migrantes que habitan los campos agrícolas de Sonora, presentan mayores riesgos de padecer ansiedad, depresión y estrés, en comparación con los menores asentados en esas regiones, según lo demuestra un estudio realizado en el Centro de Investigaciones en Alimentos y Desarrollo por Jesús Robles, (2009) que él denominó “Salud Mental en menores migrantes en edad escolar en los campos agrícolas de Sonora”. La muestra fue de 42 menores de ambos sexos para los que se diseñaron algunas herramientas cualitativas basadas en frases incompletas y entrevistas grupales. En una segunda etapa se trabajó con una muestra de 358 niños migrantes itinerantes y asentados en 16 campos agrícolas cuyas edades fluctuaban entre los 8 y 14 años, se les aplicó la escala de Ansiedad Manifiesta para niños (Reynolds y Richmond, 1997), el cuestionario de Depresión para niños (Lang y Tisher, 1983) y el inventario de Estrés Infantil (Ramírez, 2005; Vega, 2007). Los resultados fueron los siguientes 20.4% presentaba ansiedad, 10.6%

mostraba depresión y 41.3% manifestaba niveles de estrés por encima del rango saludable.

En la presente investigación se trabaja con un programa integral, donde colaboran especialistas en nutrición, psicología, pediatría y medicina del deporte. Surge en la Facultad de Nutrición, organizando un Campo de Verano para Niños con Sobrepeso y Obesidad denominado “Vacaciones Saludables” y se aplicó en dos ocasiones, en los veranos de 2007 y 2008. El propósito del presente proyecto fue evaluar dicho programa, se han detectado pocos trabajos publicados sobre abordajes multidisciplinarios en México (Verduzco, 2008; Virgen, Muñiz, Jáuregui y Ruiz, 2007) y los detectados, priorizan el aspecto físico y nutricional de niño sin dar mayor énfasis a otros componentes como el psicológico. Es por lo que se consideró necesario desarrollar y evaluar programas que enfoquen su atención de manera integral.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en lo anterior se planteó la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la eficacia de un *programa multidisciplinario para el control del sobrepeso y obesidad* en: la ansiedad, la depresión y la disminución del índice de masa corporal en niños de 7 a 12 años?

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la eficacia de un programa multidisciplinario, sobre los niveles de ansiedad, depresión y el índice de masa corporal en niños de 7 a 12 años de edad con sobrepeso y obesidad.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar los niveles de ansiedad y depresión e índice de masa corporal en los niños atendidos en el programa multidisciplinario, iniciando con un diagnóstico, y una última evaluación al finalizar.
2. Evaluar la eficacia del programa multidisciplinario sobre el nivel de ansiedad en los niños participantes.

3. Evaluar la eficacia del programa multidisciplinario sobre el nivel de depresión en los niños participantes.
4. Evaluar la eficacia del programa multidisciplinario en el índice de masa corporal de los niños participantes.

Hipótesis de Investigación

1. El nivel de ansiedad en niños con sobrepeso y obesidad disminuye después del programa multidisciplinario.
2. El nivel de depresión en niños con sobrepeso y obesidad disminuye después del programa multidisciplinario.
3. El Índice de Masa Corporal en niños con sobrepeso y obesidad disminuye después del programa multidisciplinario.

1.3 JUSTIFICACION

La obesidad es una afección que es padecida por personas de todas las edades y clases sociales tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, aunque los factores determinantes en cada uno de los casos son muy diferentes, a su vez es un grave problema para la salud pública, ya que el impacto psicosocial y el riesgo de persistencia en la edad adulta tienden a ser dos de las principales consecuencias de la obesidad infantil (Roessner, 1998).

La obesidad infantil si no es atendida puede generar un adulto obeso, constituyendo un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones metabólicas como la dislipidemia, el hiperisulinismo y la elevación de la presión arterial que preceden a las enfermedades crónicas degenerativas, así como a una menor esperanza de vida (Hawkins y Hawkins 1999).

Factores psicológicos como la ansiedad y la depresión juegan un papel importante en la producción y mantenimiento de la obesidad, ya que precipitan el consumo exagerado de

alimentos que no va en relación con el gasto de energía, por lo que se deben tomar en cuenta si se pretende mantener un peso ideal o deseable. El abordaje de estas características psicológicas es importante pues de lo contrario el paciente tiene mayor dificultad para bajar de peso (Jonides, Buschbacher y Barlow, 2002).

La modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, sin embargo, para que esto se sostenga en el tiempo es necesario prestar atención a otros aspectos, como los psicológicos y familiares ya que ellos juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad.

En Nuevo León, encontramos que 4 de cada 10 niños y niñas menores de cinco años de edad; tienen baja talla y 7 de cada 10 tiene sobrepeso. Es decir que poco más de una cuarta parte de los niños en edad escolar y un tercio de los adolescentes presentan exceso de peso, por lo tanto se observa una combinación de sobrepeso más obesidad.

Por otra parte con lo que respecta a los adultos se observa de la siguiente manera siete de cada 10 adultos mayores de 20 años presentan exceso de peso y 78% de este grupo de edad tiene obesidad abdominal, todo esto según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006).

Otro trabajo más realizado en nuestro estado Nuevo León es el de Borbolla, Elizondo, Patiño y Ugalde en el 2008, quienes analizaron 1,168 muestras de sangre, peso, talla, circunferencia de cintura, pliegue cutáneo, de tríceps, porcentaje de grasa, índice de masa corporal y desintometría, además de hábitos alimenticios y ejercicio, los médicos encontraron que al menos cuatro de cada 10 niños padece obesidad o sobrepeso lo cual esta 15.29% por encima del nivel nacional obtenido en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006), donde se reporta que el 26% de los niños padecen obesidad o sobrepeso. En otras palabras, en Nuevo León 1 de cada 4 varones padece obesidad, contra solo 1 de cada 10 a nivel nacional, mientras que en las niñas casi 1 de cada 5 la sufre contra solo el 0.8 de cada 10 en el total mexicano.

Por lo tanto resulta muy importante realizar investigaciones exhaustivas sobre el tema,

considerando las particularidades de la región, para que a través de la adquisición de un mayor conocimiento se puedan desarrollar planes de tratamientos más eficaces y estrategias de prevención que posibiliten el freno o al menos la disminución de la obesidad.

Como se ha mencionado, la obesidad se asocia a una amplia variedad de consecuencias físicas y psicológicas, algunas de las cuales comienzan en la infancia y marcan en gran medida la evolución de las mismas, repercutiendo en la vida adulta, en caso de no ser tratadas a tiempo. Entre las que se encuentran una baja autoestima, alteraciones de la imagen corporal, relaciones sociales difíciles, alteraciones de la conducta social, ansiedad, depresión, desajuste social en la adolescencia (Gussinyé, 2005).

La discriminación de la que son objeto los niños con Obesidad por parte de su entorno fue estudiado por Chueca, Azcona y Oyanzábal (2002) y refieren que esto desencadena conductas antisociales que conducen al aislamiento, depresión e inactividad y frecuentemente producen aumento en la ingesta de alimentos.

Dada la evolución de la obesidad infantil resulta importante trabajar en la investigación en el área psicológica y social que actualmente es escasa sobre todo si se la compara con las investigaciones médicas (Borbolla et al., 2008), para poder comprender los distintos aspectos que se ponen en juego en esta patología el momento de implementar un tratamiento.

El tratamiento de la obesidad sigue siendo uno de los problemas de salud más difíciles de resolver para la práctica clínica, siendo necesaria una modificación de los hábitos de alimentación además de promover el incremento de la actividad física (Borbolla et al., 2008; Verduzco, 2008; Virgen, Muñiz, Jáuregui y Ruiz, 2007).

Se han desarrollado programas para controlar el problema de la obesidad en nuestro país y en nuestro estado, algunos de ellos dejan de lado los aspectos psicológicos que se desarrollan y acompañan en la obesidad infantil, y que debe de ser tomados en cuenta en toda intervención integral.

Es a partir de este proyecto de investigación que se podrá contar con evidencia sobre los resultados de este tipo de intervención integral para el sobrepeso y la obesidad infantil, en el contexto específico del Estado de Nuevo León, contando así con información que permita determinar si la aplicación del programa incide de manera positiva en la pérdida de peso y la modificaciones en los niveles de ansiedad y depresión, considerados aspectos psicológicos relacionadas a esta problemática de salud.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

La historia de la salud y la enfermedad ha partido de la medicina, en donde el componente biológico se hizo predominante a partir del siglo XIX en que se empezaron a producir notables avances en el estudio del cuerpo, su anatomía y fisiología; esto por medio del desarrollo de recursos como el microscopio que permitió hacer observaciones más precisas, por medio de este descubrimiento se pudo identificar ciertas lesiones en órganos y tejidos que pudieran estar asociadas con determinados procesos patológicos.

Sin embargo, no todo se centró en el aspecto médico, Sigerist en los años 40, hizo hincapié en que se reconociera el aspecto social que va implícito en la salud. Y en su libro *Medicine and Human Welfare* (1941) expresa “al igual que hicieron los antiguos romanos, y al igual que John Locke, pensamos en la salud como una condición física y mental. Hombre sano en cuerpo sano continua siendo nuestro lema”.

Este lema se traduce como aquel sujeto que posee un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente y se halla en un buen ajuste con su entorno físico y social y al mismo tiempo con facultades físicas y mentales adecuadas, lo que le va a permitir adaptarse a los cambios ambientales.

Es así que resulta relevante mencionar la definición integral de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1974, 1978).

Por su parte Simón (1999) define la salud como un proceso de relaciones dinámicas y

bidireccionales entre dimensiones y competencias individuales (biopsicosociales) y características ambientales (biofísicas, sanitarias, socioeconómicas, culturales) cuyo resultado es un estado caracterizado por el equilibrio y el correspondiente bienestar biopsicosocial, siendo la enfermedad la pérdida momentánea o duradera de dicho equilibrio dinámico, acompañada de los correspondientes trastornos, síntomas discapacidades, o necesidades físicas, psíquicas y/o sociales.

Según Godoy (1990) en los últimos veinte años ha habido un creciente reconocimiento de la importancia de los aspectos psicológicos desde otras ciencias de la salud. Ello es debido a la naturaleza compleja y multifactorial de la salud y la enfermedad y de los procesos de sanar y el enfermar; es en estos procesos de salud y enfermedad donde intervienen estados multifactoriales y multideterminantes, así como la importancia de aspectos afectivos emocionales, motivacionales, psicofisiológicos, psicosociales, biológicos que deben ser tomados en cuenta para la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, sobre todo con aquellas de carácter crónico, como la obesidad.

La relación de la psicología y la salud está dada por la frecuente aplicación de procedimientos de terapia en problemas considerados como biomédicos y por el cada vez mayor reconocimiento de la importancia que tienen los factores comportamentales en la génesis, precipitación, y exacerbación de la enfermedad.

Esta relación entre la psicología y salud será cada vez más estrecha, esto como resultado de los constantes progresos de la psicología en su capacidad operativa sobre el eje salud-enfermedad, y por el constante incremento en la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales y emocionales, como el creciente conocimiento y reconocimiento de los concomitantes psicológicos de muchas enfermedades físicas (Rodríguez – Marin 1991).

La tarea principal del psicólogo en la determinación de la salud será la de identificar fenómenos psíquicos que participan en la causalidad de la salud, al mismo tiempo contribuir en el aspecto educativo, profesional y científico para la promoción y mantenimiento de esta misma.

Otra de las tareas importantes del psicólogo en la psicología de la salud sería la prevención, el mejoramiento de los sistemas al cuidado de la salud, así como la formación de políticas de salud.

Asimismo, al hablar de prevención, resulta interesante considerar el potencial de salud que según Godoy (1993) se refiere al estado nutricional, resistencia inmunológica a los agentes infecciosos, aptitud física, estabilidad emocional, conocimiento y actitudes sobre la salud, estilos de vida y estrategias de afrontamiento al estrés. El concepto de Psicología de la Salud según Godoy (1990, 1993) pretende dirigir la atención de la actuación tanto del individuo como al conjunto de instituciones y fuerzas que están relacionadas con la salud.

Godoy al hablar de la Psicología de la Salud incluye una serie de características como:

- La asunción de un modelo integrador de salud y enfermedad de naturaleza biopsicosocial.
- El interés en la promoción de la salud, investigando y generando programas para optimizar y mantener la salud, fundamentalmente basadas en la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.
- El interés por la prevención primaria de la enfermedad o actuaciones sobre conductas o hábitos de riesgo. Siendo en este caso el sobrepeso y la obesidad como un problema en los patrones alimenticios inadecuados y por el otro lado la falta de actividad física aunado esto a las situaciones ambientales, familiares y la historia del sujeto.

Esta afirmación del autor se relaciona con el trabajo realizado con los niños con sobrepeso y obesidad, cuya salud está en riesgo, ya que este problema de obesidad es el resultado de una alteración de su estado nutricional es decir comen más de lo que queman como energía, y en cuanto a su aptitud física es muy notoria su dificultad y falta de interés por el ejercicio, aunado a las complicaciones propias de su estado de salud como ya se mencionó anteriormente, pie plano, dificultad en las rodillas, entre otras y ya pasando al plano de estabilidad emocional y el afrontamiento al estrés, se ha detectado en muchos casos en la

práctica clínica privada una historia de vida en donde hay sufrimiento, dolor, pérdidas etc.

El concepto de promoción de la salud, engloba la necesidad de realizar cambios en las formas y condiciones de vida con el fin de mejorar la salud. En donde los profesionales de la salud funcionan como agentes de cambio, que facilitan el empoderamiento de los individuos y las comunidades para incrementar el control sobre la salud, (Marks 1999).

En el diagnóstico y tratamiento de cada persona se debe considerar su género, estatus social, cultura y sus actividades de la vida diaria. La forma en que la persona se enfrente a una enfermedad ya sea física o mental, estará influenciada por la relación con los factores anteriormente mencionados. Si se aplica en cuanto a la obesidad, es necesario que se tenga apoyo de diferentes ámbitos de los profesionales de la salud como por ejemplo: psicólogos, nutriólogos y endocrinólogos, para una atención más integral.

En el niño con sobrepeso y obesidad, el equilibrio no se ve reflejado, ya que en lo físico es en donde se presenta una de sus principales dificultades, y en cuanto a el entorno social, en la mayoría de los casos sufren por todos aquellas etiquetas de que son objeto por parte de la propia familia y la sociedad.

La salud de los individuos depende de las familias y comunidades a las cuales pertenecen, en donde se recibe la influencia de fuerzas demográficas, sociales y económicas. En una escala global, la salud humana se ve afectada por múltiples factores, donde los más significativos, son la pobreza, las inundaciones, la hambruna, las epidemias y las guerras, estos vienen siendo los flagelos de la salud, y el impacto que tienen sobre la salud humana, la enfermedad y el sufrimiento.

Estos factores antes mencionados son determinantes en la salud en general, pero en el caso de la obesidad es importante mencionar la historia de la evolución del ser humano, el cual, en sus inicios se dedicaba a la caza y a la recolección, después aprendió a cultivar y a criar animales en sus granjas, y esto lo hizo establecerse en un lugar, posteriormente el hombre sufrió el efecto del descubrimiento de la electricidad y la era industrial tras lo cual se volvió

sedentario.

Todos estos cambios en la historia del desarrollo de la humanidad, han influido en cambios en la dieta, en su estilo de vida y en su organización social, produciendo una mezcla de efectos benéficos y negativos en la salud. (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes 2008).

En un estudio realizado en The Chinese University of Hong Kong por Yu Chung Wah (2002) acerca de la temprana aparición de la obesidad infantil detectó que 129 de los 271 niños participantes presentaban obesidad. Se encontró que había factores predisponentes como el tiempo de gestación, el peso al nacer, la alimentación durante la infancia y la historia familiar de diabetes mellitus, ésta última heredada de los padres, por lo cual los niños presentaban un riesgo muy alto de desarrollarla, por ambos factores: herencia y obesidad.

Lo anterior es evidencia de lo que Pérez Álvarez (1991) comenta: la salud y la enfermedad están multideterminadas, importando tanto las condiciones biomédicas de la vida como las condiciones biográficas del sujeto.

Específicamente en obesidad infantil, Moore (2008) encontró que los diferentes estilos de crianza influyen en su aparición, ya que un padre restrictivo obliga al niño a comer todo lo que está en el plato, por el otro lado un padre permisivo podría no mostrar interés en los alimentos del niño, el cual consume alimento con alto valor calórico. Ambos estilos de crianza, al influir en los hábitos alimenticios, desembocan en obesidad infantil.

Por otro lado, William y Thomas (2005) mencionan que en el problema de la obesidad no es fácil de comunicar en casa, ya que al notar el sobrepeso u obesidad en uno de sus hijos es como verse reflejados en ellos, lo cual produce un sentimiento de culpa, problemas de comunicación y problemas de pareja, las consecuencias derivadas de un desacuerdo al reconocer el problema y regular el tipo de alimentación, pudieran desembocar en cualquier problema de alimentación, como anorexia, bulimia y obesidad.

Con la psicología de la salud se puede vislumbrar la conceptualización de otras disciplinas como la pediatría, medicina del deporte, nutrición que en base a sus planteamientos teóricos, los objetivos específicos y sus intervenciones junto con la psicología pueden contribuir de una manera más completa a este problema de salud creciente, la obesidad infantil, es decir la aplicación de técnicas psicosociales al campo de la salud y la enfermedad física, siendo el resultado de la aplicación de los conocimientos procedentes de la psicología en la práctica médica.

El sobrepeso y la obesidad como enfermedad crónica, tienen múltiples causas como por ejemplo, la carga genética, la influencia de la cultura, los patrones de alimentación aprendidos en la familia, que todo esto marca un estilo de vida, ya que desde el momento del nacimiento hasta que morimos, muchas de las actividades sociales y placenteras se centran en el comer y el beber, dichas actividades están cargadas de significados simbólicos, morales y culturales por lo que posteriormente el individuo desarrollara preferencias en alimentos y hábitos influidos por la interacción de procesos que incluye la cultura, y las costumbres. (Marks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes 2008).

Esta investigación como ya se mencionó es con una intervención interdisciplinaria o la integración del conocimiento relacionado con la salud y la enfermedad, lo que supone el reconocimiento explícito de la génesis multifactorial de los mismos y por ello, que no son patrimonio de un enfoque o profesional determinado, sino de tantos y tan diversos como sean los componentes implicados (Carrobes, 1984; Gertry, 1984).

De acuerdo a lo anteriormente planteado los objetivos principales de la psicología de la salud, en relación al sobrepeso y obesidad infantil serían la investigación, la prevención, la educación y la intervención para poder llegar a conocer aquellas variables que determinan ciertas conductas que establecen el estado de salud físico y psicológico y que pueden llevar a las personas a enfermar y lograr de esta manera, la promoción de hábitos de salud favorables y de conductas preventivas.

Obesidad

La Obesidad infantil se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal debido a una excesiva acumulación de grasa corporal; lo que puede significar un riesgo para la salud, sobre todo en relación al desarrollo del síndrome metabólico (Elcarte, 1993).

Se define a la obesidad como una enfermedad crónica compleja y multifactorial que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental o conductual que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (Silvestre y Stavile, 2005).

Clasificación de la Obesidad

De acuerdo al *Committee on Nutrition American Academy Pediatric* (1998) la clasificación de obesidad es la siguiente:

- Obesidad nutricional (simple o exógena) la mayoría de los niños que presentan obesidad es a causa de una ingesta energética excesiva y/o a un gasto calórico reducido esto corresponde al 95% de los casos.
- Obesidad orgánica (intrínseca o endógena) el 5% restante corresponde a síndromes dimórficos, endocrinopatías y lesiones del sistema nervioso central o de causa iatrogénica causada por glucocorticoides, antihistamínicos, valproato o antidepresivos.

Características de la Obesidad Infantil

Cruz y Bosh (1998) mencionaron los siguientes signos clínicos:

Estrías Cutáneas: Las estrías por distensión se presentan en todas las formas de obesidad, se localizan preferentemente en las caderas y región superior de los músculos, y son de color blanquecino o rosado, o de color púrpura debido al exceso de producción de cortisol.

Acantosis Nigricans: Consiste en un oscurecimiento y engrosamiento de la piel con pliegues irregulares normalmente limitado a unas pocas áreas específicas del cuerpo, nuca, zonas laterales del cuello, axilas e ingles.

Hipogonadismo en los varones: El desarrollo genital del obeso es normal, pero debido a la grasa peripúbica el pene parece más pequeño, y se le añaden la acumulación de grasa en la región mamaria (adipomastia) la familia se inquieta por la imagen corporal del varón.

Síntomas ortopédicos: El niño presenta pie plano, coxa vara, epifisiolisis femoral superior y enfermedad de Blount, esta última considerada complicación específica de la obesidad.

Síntomas cardiorrespiratorios: Los niños obesos tienen disminuida su capacidad de actividad física y se fatigan con facilidad.

Tensión arterial: Habitualmente es normal, una elevación moderada se presenta en las grandes obesidades y /o de larga duración.

Aspectos psicológicos relacionados a la obesidad

Son muchas las variables que influyen en una persona para que padezca de obesidad y en concreto, se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos. Ya que el abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro. Es por eso importante la necesidad del trabajo interdisciplinario para atender a cada uno de los detalles que inciden en esta problemática.

Algunos autores consideran los factores psicológicos como causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso (Jiménez y Barjau, 1997).

Algunas dinámicas psicológicas fueron estudiadas por Kay (1981) quien se apoyó en la teoría de Bowlby acerca del concepto de apego infantil como característica del desarrollo psicológico. Su hipótesis fue que los niños con obesidad presentan mayor ansiedad, un pobre concepto de sí mismo, mayor dependencia hacia un objeto (madre) y una imagen

corporal distorsionada, esto en comparación con los niños no obesos.

El término ansiedad viene del latín *anxietas*, angustia, aflicción. Spielberger (1972) citado por Reynolds y Richmond (1997), autores de la escala para evaluar ansiedad que se utilizará, definen la ansiedad como algo que consiste en sentimientos desagradables de tensión y aprensión, percibidos de manera consciente con activación o excitación asociada al sistema nervioso autónomo. El estado de ansiedad es un complejo de reacciones emocionales que surgen cuando el individuo percibe una situación como amenazadora, sin importar que exista una amenaza real.

El término depresión viene del latín *depressus*, que significa "abatido", "derribado", Lang y Tisher (1983), autores del instrumento para evaluar depresión que se utilizará en este trabajo, citan a las siguientes definiciones del constructo: Zull (1970) define a la depresión como la expresión de un estado afectivo de desgracia o tristeza crónicas, Stack (1971) refiere que la depresión en la infancia es un mal común que se manifiesta frecuentemente con una sintomatología somática, y se debe sospechar la existencia de depresión en los niños que se quejan de malestares abdominales recurrentes no específicos, dolores de cabeza, problemas de sueño o temores irracionales, o presentan alteraciones de humor, tales como irritabilidad, llantos incomprensibles o explosiones asociadas a mal temperamento.

Un estudio realizado por Jonides, Buschbacher y Barlow (2002) en donde su objetivo fue describir las evaluaciones habituales psicológicas, emocionales y conductuales de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad para orientar la educación de los profesionales de la salud como: 203 pediatras, 444 dietistas y 293 enfermeras pediátricas que por medio de un cuestionario determinaron cual era la mejor forma de evaluación para la intervención de la obesidad, en donde lo que encontraron es que más del 75% afirma que es importante la intervención de un especialista en salud mental y el involucramiento de los padres en este problema de salud.

La obesidad infantil puede ser consecuencia de un riesgo significativo de problemas psicológicos y consecuencias sociales como la baja autoestima, así lo estudio Paxton

(2005), quien encontró que en niños obesos se incrementa el riesgo de problemas emocionales en la vida adulta, en donde el ajuste social, el compromiso a alguna actividad, la dirección y la presencia de ansiedad son factores que se ven afectados por la baja autoestima asociada a la depresión e ideas suicidas.

En un estudio sobre obesidad y riesgo de baja autoestima con 2,813 niños australianos Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson y Hill (2006) evaluaron la autoestima y la capacidad física, mediante pruebas de competencia deportiva y se encontró que los niños obesos tuvieron significativamente baja percepción de competencia deportiva, apariencia física, y autoestima que sus pares de peso normal, las niñas obesas obtuvieron calificaciones más bajas en estos dominios que los niños obesos y también una baja de la aceptación social percibida, sus conclusiones fueron que los niños obesos están en riesgo particular de la baja percepción de competencia en los deportes, apariencia física. No todos los niños obesos se ven afectados, aunque las razones de su capacidad de recuperación no son claras. La cuantificación del riesgo de los trastornos psicológicos junto riesgos biomédicos deben ayudar a abogar por más recursos en el tratamiento de la obesidad infantil.

Por otra parte Hagin (2006) investigó el entorno familiar, la actitud hacia la comida, conducta y síntomas de depresión, con la hipótesis que el entorno de la familia es un moderador en las relaciones entre la conducta alimenticia y el peso, así como entre la depresión y el peso corporal. Sus resultados muestran que el entorno familiar juega un rol clínicamente significativo entre la relación de la comida, la conducta hacia esta, el peso, y el desarrollo de la depresión todo esto como factores importantes de ser tomados en cuenta en el tratamiento de la obesidad infantil.

Hay una serie de implicaciones sociales, en el niño con sobrepeso y obesidad, en donde Edmunds (2008) encontró que estos niños tienen que aprender a sobrellevar su talla, es decir, aprender a vivir en un cuerpo grande, la otra implicación social que se encontró fue la dificultad para comprar ropa apropiada a su edad, y que se les vea bien, y la tercer implicación social es el bullying y la forma en que son puestos a prueba por sus compañeros para resistir las burlas. En conclusión la experiencia de un niño de tener

sobrepeso, o tener un niño con sobrepeso en la familia, es una situación muy compleja e individual de cada familia, donde la madre es la persona más afectada, ya que es ella la que trata de controlar el balance de la dieta y la actividad física del niño.

Algunos tratamientos basados en la familia del niño con sobrepeso y obesidad, enseñan a los padres las prácticas específicas relacionadas con el control de peso, en función del contexto de la familia, destacando tres aspectos del contexto familiar: estilo de crianza, estrés familiar, emocional y clima familiar. Argumentando que el contexto familiar puede moderar los resultados del tratamiento mediante la alteración de la eficacia de las prácticas de crianza relacionadas con la salud (Kitzmann, Dalton y Buscemi, 2008).

Por último Swaye (2008) investigó la estigmatización de la que son objeto los niños que padecen obesidad en donde el estudió la alta prevalencia de la obesidad en niños y adultos en Estados Unidos, y las consecuencias físicas y mentales, que ellos padecen, y enfatizo que hay poco conocimiento acerca del estigma que sufren este tipo de sujetos por parte de la sociedad.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

La presente se ajusta a un diseño cuasi-experimental, con evaluación antes y después de la intervención y con un grupo de comparación.

Se trata de un estudio de intervención, donde la participación empieza en un campamento de verano, (véase Anexo 1) de cinco días de duración que, junto con las sesiones de seguimiento es considerada la intervención. Se evaluó de forma basal y final mediante dos tests psicológicos, el cuestionario de Depresión para Niños de M. Lang y M. Tisher (1983) y la escala de Ansiedad manifiesta en Niños de Cecil R. Reynolds y Bert O. Richmond (1997), además se evaluó el índice de masa corporal (IMC).

3.1 PROCEDIMIENTO

El programa multidisciplinar se aplicó en dos modalidades, que corresponden primero a los niños del campo del verano del 2007 y la segunda con los niños del campo de verano del 2008 ambas fueron evaluadas para valorar su eficacia. Estos dos grupos se consideran grupos experimentales y los análisis se realizan por separado debido a que el procedimiento que se llevó a cabo varió de un grupo a otro.

Además se contó con un grupo control de niños con sobrepeso y obesidad de una escuela primaria. Con este grupo se hizo la comparación ya que ninguno de los integrantes de este grupo estaba en tratamiento.

La evaluación se aplicó por la investigadora que presenta esta tesis; mientras que los terapeutas que guiaron los grupos fueron alumnos de Maestría. Esta decisión se tomó para garantizar la validez interna de la investigación al ser una persona diferente quien aplica la

intervención de quien aplica la evaluación y analiza los datos.

El reclutamiento de sujetos para los dos campos de verano se realizó mediante la promoción en diferentes medios de comunicación. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores de los niños incluidos en el estudio.

Se valoró el peso por medio de una balanza de precisión (Tanita Inner Scan BC 418), el perímetro abdominal mediante una cinta métrica y la talla por medio de un estadiómetro, estos datos fueron evaluados por una misma persona y con base en ellos se obtuvo el Índice de Masa Corporal (IMC).

Es así que la obesidad fue evaluada de forma indirecta mediante el cálculo de $IMC = \text{kgrs/m}^2$ expresado por tablas de velocidad de crecimiento e Índice de masa corporal desarrollado por el Centro Nacional para Estadística de Salud en Colaboración con el Centro Nacional para Prevenir Enfermedades Crónicas y Promoción para la Salud (2000).

Todos los valores obtenidos fueron recogidos antes de la intervención y a los seis meses, bajo las mismas condiciones (horario y ropa), esto se realizó en el campo de verano del 2007 y el grupo control, mientras que en el campo de verano 2008 la valoración fue antes de la intervención a los seis meses y al año.

También se recogieron otras variables como:

- Comen con un horario establecido
- Cuántos días a la semana comen en familia
- Suelen comparar comida o es hecha en casa
- Qué es para él una dieta
- Como se percibe él, a su padre y su madre.
- Situaciones tristes y si tienen alguien con quien contar
- Qué tantas horas y días a la semana usa video juegos
- Y si practica algún deporte
- Qué parte de su cuerpo le gustaría cambiar

- Con que asocia las palabras Gordo y Flaco

Se les realizaban cuatro intervenciones a los niños, pediátrica para evaluar el estado físico del niño que eran al inicio y al final, nutricional cada quince días, medicina del deporte donde se realizó una prueba de esfuerzo al inicio y sesiones cada quince días para la promoción de una actividad física y la intervención psicológica que fue de la siguiente manera, se les veía cada 15 días con sesiones que duraban una hora y media en forma grupal en las cuales los niños intercambiaban temas o situaciones que les hubieran pasado durante ese periodo en donde además escribían en un diario cómo se habían sentido durante todo ese tiempo.

La intervención con los padres era una vez al mes en donde al inicio se les permitía que expresaran qué experiencia habían tenido con respecto a sus hijos (control de la alimentación) y al final se les explicaba en forma amplia los problemas físicos y psicológicos que los niños con obesidad podrían desarrollar a corto, mediano y largo plazo. Se enfatizaba la importancia de establecer buena comunicación con sus hijos para poder inculcarles la importancia de una alimentación saludable y la realización de algún tipo de ejercicio físico.

En algunos casos es importante aclarar, se les recomendó a los padres terapia psicológica individual.

3.2 INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Modalidad 1 grupo que inició en el verano del 2007

La intervención consta de las siguientes fases: una primera fase en la que se realiza la evaluación inicial, en la cual se incluyen los instrumentos descritos para evaluar ansiedad y depresión, así como una evaluación nutricional y una entrevista al niño y a los padres. Posterior a esta evaluación los niños participan en un campamento de verano por cinco días, en el que realizan actividades programadas con cada uno de los profesionales de la salud, que forman el equipo multidisciplinar (véase anexo 1 y 2). Posteriormente se

realizaron sesiones grupales una vez al mes con una duración aproximada de noventa minutos; en dichas sesiones se fomentó que los participantes expresaran sus sentimientos relacionados con la conducta de comer, en casos necesarios se realizaron sesiones individuales (véase anexo 3). A los seis meses de la evaluación inicial se realizó una evaluación con los mismos instrumentos que la evaluación inicial.

Modalidad 2 grupo que inició en el verano del 2008.

La intervención consta de las mismas fases y se utilizan los mismos instrumentos de evaluación. La diferencia consta en que las sesiones grupales posteriores al campo de verano son con una frecuencia quincenal (véase anexo 3) y además de la evaluación a los seis meses se realizó una evaluación al año, es decir cuando finaliza el programa. Asimismo, se incluyeron reuniones mensuales con los padres.

GRUPO CONTROL

Grupo de una escuela primaria 2010:

Grupo sin intervención se evaluó a 33 niños que presentaban sobrepeso y obesidad, que no recibían ningún tipo de atención pediátrica, nutricional o psicológica, se registró su IMC, y se les aplicó los mismos instrumentos en una fase de diagnóstico y otra a los seis meses.

3.3 PARTICIPANTES

Se contó con la participación de 21 niños en el grupo del 2007 y 14 en el grupo de 2008. Para el grupo control se evaluaron 33 sujetos, de manera que, si los análisis se realizaban con ambos grupos experimentales (2007 y 2008) considerados como un solo grupo, se contara con un número suficiente de sujetos en el grupo control. Sin embargo, la decisión fue mantener en todos los análisis a ambos grupos por separado.

Criterios de inclusión

Se incluyeron niños de ambos sexos de 7 a 12 años con sobrepeso y obesidad exógena (ubicado en un percentil superior al 85 del peso que corresponde a un niño de su misma talla y sexo), cuyos padres estuvieran dispuestos a cooperar

Criterios de exclusión

Niños con alguna causa orgánica que desencadene el sobrepeso y obesidad

Niños con alguna deficiencia mental.

3.4 INSTRUMENTOS

3.4.1 Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS- R

El CMAS-R de Reynolds y Richmond (1997) se diseñó para aplicarse en forma individual o grupal en niños entre 6 hasta 18 años.

Es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes. La suma de las respuestas positivas, nos determina la puntuación de ansiedad total.

Así mismo se pueden analizar puntajes de cuatro escalas:

A.- ansiedad fisiológica

B.- inquietud/hipersensibilidad

C.- preocupaciones sociales/concentración

D.- mentira

Ansiedad total

Para la revisión e interpretación del CMAS-R se cuenta con una plantilla con la cual se obtiene la puntuación directa que será transformada en percentil, comparando esta puntuación con las que aparecen en los Apéndices del manual, convirtiendo las puntuaciones naturales a puntuaciones escalares. Para la puntuación de Ansiedad total, la puntuación de escala es con una media de 50 y una desviación estándar de 10 y una desviación estándar de 3, por lo que considera de mayor significado aquellas puntuaciones que se encuentran fuera del rango de la media, de tal forma un puntaje T 70 o de T 30; es decir una puntuación muy alta o una puntuación muy baja de expresión de ansiedad (Probablemente en esta última con dificultad para expresarla en sujetos que no han tenido tratamiento).

Subescalas de Ansiedad:

Ansiedad fisiológica: indica la expresión del niño hacia las manifestaciones físicas o fisiológicas que se experimentan durante la ansiedad.

Inquietud/ hipersensibilidad: aquí los reactivos contienen la palabra preocupación o bien pueden sugerir que la persona se muestra miedosa, nerviosa, o expresa que es hipersensible a las presiones ambientales.

Preocupaciones sociales/ concentración: indica la preocupación acerca de la auto comparación con otras personas, en donde el experimentar ansiedad se debe al temor de no ser capaz de vivir de acuerdo con las expectativas de otros, esto pudiendo expresarlo en dificultad en la concentración que puede afectar en las tareas escolares.

Mentira: indica el deseo ya sea de simular bondad para lograr convencer al examinador que él es una persona ideal. Puede ser también un punto de vista elevado e impreciso de sí mismo, necesidad de aceptación social, sentimientos de aislamiento o rechazo social.

TABLA 1

Contenido de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños

CONTENIDO DE REACTIVOS DE LAS CUATRO SUBESCALAS			
I. ANSIEDAD FISIOLÓGICA (10 REACTIVOS)	II. INQUIETUD/ HIPERSENSIBILIDAD (11 REACTIVOS)	III. PREOCUPACIONES SOCIALES/ CONCENTRACION (7 REACTIVOS)	MENTIRA (L) (9 REACTIVOS)
<p>1. Me cuesta trabajo tomar decisiones</p> <p>5. Muchas veces siento que me falta el aire</p> <p>9. Me enojo con mucha facilidad</p> <p>13. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido (a)</p> <p>17. Muchas veces siento asco o náuseas</p> <p>19. Me sudan las manos</p> <p>21. Me canso mucho</p> <p>25. Tengo pesadillas</p> <p>29. Algunas veces me despierto asustado (a)</p> <p>33. Me muevo mucho en mi asiento</p>	<p>2. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no me salen como yo quiero</p> <p>6. Casi todo el tiempo estoy preocupado (a)</p> <p>7. Muchas cosas me dan miedo</p> <p>10. Me preocupa lo que la gente piense de mí</p> <p>14. Me preocupa lo que la gente piensa de mí</p> <p>18. Soy muy sentimental</p> <p>22. Me preocupa el futuro</p> <p>26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo</p> <p>30. Me siento preocupado (a) cuando me voy a dormir</p> <p>34. Soy muy nervioso (a)</p> <p>37.- Muchas veces me preocupa que algo malo me pase</p>	<p>3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí</p> <p>11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas</p> <p>15. Me siento solo (a) aunque esté acompañado (a)</p> <p>23. Los demás son más felices que yo</p> <p>27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal</p> <p>31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares</p> <p>35. Muchas personas están contra mí</p>	<p>4. Todas las personas que conozco me caen bien</p> <p>8. Siempre soy amable</p> <p>12. Siempre me porto bien</p> <p>16. Siempre soy bueno (a)</p> <p>20. Siempre soy agradable con todos</p> <p>24. Siempre digo la verdad</p> <p>28. Nunca me enojo</p> <p>32. Nunca digo cosas que no debo decir</p> <p>36. Nunca digo mentiras</p>

La escala cuenta con consistencia interna adecuada, con un valor de .83 estimado con la fórmula Kuder-Richardson para ítems dicotómicos (Reynolds y Richmond, 1997). Asimismo, en el manual de la escala se reportan numerosos estudios con evidencia de consistencia interna adecuada tanto para la ansiedad total como para la subescala de mentira, además se indica que la investigación respecto a la confiabilidad test-retest es menor y que los datos reportados oscilan de .58 a .98. Finalmente, se reporta una gran cantidad de evidencia respecto a la validez de constructo, concurrente y divergente. Es así que la escala cuenta con adecuadas propiedades psicométricas, comparables de la versión en español, validada en Uruguay con la versión en inglés.

3.4.2 Escala de Depresión para niños CDS

Cuestionario autoaplicable desarrollado por Lang y Tisher en 1983, se aplica a niños de 8 a 16 años y evalúa global y específicamente la depresión, instrumento compuesto por 66 reactivos formulados en sentido depresivo, 48 tipo depresivo y 18 tipo positivo, el resto de los reactivos aluden a situaciones que no presentan contenido depresivo.

La puntuación de las contestaciones es con una Plantilla de correcciones que se va deslizando permitiendo dejar ver los elementos pertenecientes a las subescalas, una vez obtenidas las puntuaciones directas, se puede pasar a la fase de la interpretación, en donde la media se sitúa en el valor 50 y tiene una desviación típica de 20 puntos, por lo tanto, el promedio comprendido entre el 30 y 70 corresponde a una población estadísticamente normal. Siendo significativos aquellos valores comprendidos por arriba del puntaje 70.

Consta de dos subescalas generales independientes:

Total depresivo

Total positivo

Total depresivo con seis subescalas

RA, respuesta afectiva (ocho elementos) alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto, de tal modo que a mayor puntuación mayor número de respuestas afectivas negativas.

PS, problemas sociales (ocho elementos), se refiere a las dificultades en la interacción

social, aislamiento y soledad del niño.

AE, autoestima (ocho elementos), se relaciona con la intensidad de sentimientos, conceptos y actitudes de tipo negativo del niño en relación con su propia estima y valor.

PM, preocupación por la muerte/salud (siete elementos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

SC, sentimiento de culpabilidad (ocho elementos), se refiere a la autopunición del niño.

DV, depresivos varios (nueve elementos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo, con dos subescalas:

AA, ánimo – alegría (ocho elementos), alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas. Así a mayor puntuación en la escala (de tipo inverso) mayor carencia de dichos sentimientos existe en la vida emocional del niño.

PV, positivos varios (diez elementos puntuados en el polo opuesto) incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad y cuya ausencia (puntuación alta) pueden suponer importantes manifestaciones depresivas en el niño.

El cuestionario consta de cinco opciones de respuesta

++ muy de acuerdo

+ desacuerdo

+/- no estoy seguro

en desacuerdo

muy en desacuerdo

En cuanto a sus propiedades psicométricas el análisis de validez de contenido se utilizó en la edición anterior del cuestionario, para el criterio y discriminación de una muestra de niños con depresión y el juicio de siete psiquiatras infantiles, para la validez concurrente se comparó con el Cuestionario de Personalidad CPQ de Catell y capacidad discriminativa con un criterio de infelicidad, para la validez de constructo se llevó a cabo mediante un análisis

de diferencias entre los grupos experimental, control y clínico.

En la versión española su índice de fiabilidad o de consistencia interna fue mediante la formulación de Kuder-Richardson (K-R20) ya que el CDS puede presentarse como un cuestionario con dos grandes subescalas Depresiva y Positiva (TD y TP) se calcularon también los coeficientes K-R20 en estos dos totales y los índices encontrados fueron de .91 y .69 lo cual muestra un nivel de estabilidad o consistencia interna, en una muestra de 730 niños de ocho a catorce años.

3.4.3 Índice de masa corporal

El Comité Experto en la Valoración, Prevención y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad en Niños y Adolescentes (2007) recomienda a los proveedores del cuidado de la salud realicen como mínimo, al año una valoración de la categoría del peso en todos los niños y que esta evaluación incluya el cálculo de la estatura, peso y el IMC para la edad, trazando estas mediciones en las tablas de crecimiento estandarizadas.

Con respecto a la clasificación, el Comité Experto recomienda:

- Que los individuos de los 2 a los 18 años de edad, con un IMC > 95 para la edad y sexo, o con un IMC de 30, se deben de considerar con obesidad.
- Que los individuos con un IMC > 85 p° pero < 95 para la edad y sexo, se deberán considerar con sobrepeso.

De acuerdo a la ENSANUT (2006) en la población escolar, el IMC se calculó de la siguiente manera: $IMC = \text{Kgrs} / \text{m}^2$, este índice es útil para clasificar escolares tanto con desnutrición como con sobrepeso u obesidad. Para la clasificación de niños en diversas categorías del estado IMC se utilizaron los criterios propuestos por el International Obesity Task Force (IOTF). Dicho sistema de clasificación emplea valores específicos para edad y sexo, basados en una población internacional de referencia, la cual incluye datos de diversos países. El sistema identifica puntos de corte de IMC específicos para cada edad y sexo con una trayectoria que confluye hasta los 18 años de edad.

El índice de masa corporal (IMC) es una medida de asociación entre el peso y la talla de un niño. Desarrollado por el Centro Nacional para Prevenir Enfermedades Crónicas y Promoción para la Salud (2000).

En la presente investigación se tomaran en cuenta las tablas de relación de Peso y Talla, que nos permitieron calcular el índice de masa corporal (IMC) de cada uno de los niños, de la siguiente manera: $IMC = \text{kgrs}/m^2$

El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo.

El aparato con el que se midió el peso y el índice de masa corporal es con una Bascula impedancimetro Tanita Inner Scan BC 418

Este instrumento dispone de ocho electrodos de acero inoxidable para realizar el análisis de la composición corporal:

4 electrodos para posicionar los pies

El tiempo total empleado por análisis es de 30 segundos Los resultados obtenidos son los siguientes:

Directamente en el ticket de la maquina:

Grasa Corporal Total y Localizada,

Masa Libre de Grasa Total y Segmental

Agua Corporal Total,

Masa Muscular Segmental, Impedancia Total y Segmental

Peso Total y Segmenta.

Mientras que la talla de obtuvo con un estadiómetro de pared con cinta metálica inextensible.

3.5 Procedimiento de análisis de datos

Las Pruebas estadísticas que se utilizaron fueron: Prueba *t* de Student para grupos pareados, para realizar la comparación de ansiedad, depresión e IMC antes y después, en cada uno de los tres grupos. Esta prueba fue seleccionada debido a que los datos se ajustaron a una distribución normal.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1 Estadísticos descriptivos (características de la muestra)

La distribución fue de la siguiente manera el grupo de intervención del 2007 estuvo comprendido por 21 niños de los cuales 16 eran varones (76.20%) y 5 eran niñas (23.80%), la edad media de los niños era de 9.71 años ($DE=1.73$) y una mediana de 10.00. Su escolaridad promedio fue de 4.38 años ($DE= 1.74$) y una mediana de 5.00 (véase Tabla 1).

Tabla 1. *Estadísticos Descriptivos*

Grupo 2007 (n=21)	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Edad	9.71	10.00	1.736
Grado Escolar	4.38	5.00	1.746

El grupo de intervención del 2008, formado por 14 niños, se distribuyó de la siguiente manera 6 eran niñas (42.90%) 8 eran niños (57.10%), con una media de edad 10.14 ($DE = 1.23$) y una mediana de 10.00. Su media de escolaridad fue de 4.50 ($DE = 1.55$) y una mediana de 4.50 (véase Tabla 2).

Tabla 2. *Estadísticos Descriptivos*

Grupo 2008 (n=14)	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Edad	10.14	10.00	1.23
Grado Escolar	4.50	4.50	1.56

Por otra parte el grupo control estuvo conformado de 33 sujetos siendo 23 niños (72.20 %), y 10 niñas (27.80%) con una media de edad 2.97 y una media de escolaridad de 3.00 ($DE =1.20$) (véase Tabla 3).

Tabla 3. *Estadísticos Descriptivos*

Grupo Control (<i>n</i> = 33)	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
Edad	8.75	9.00	1.31
Grado	2.97	3.00	1.20

4.2 Encuesta Infantil

Se les aplicó a los niños una entrevista (véase Anexo2) en donde se analizaran algunas de sus respuestas tanto del grupo del 2007, como del 2008 y del Grupo Control, estas son algunas de ellas que resultan significativas para explicar el aspecto psicológico de la obesidad.

En la pregunta ¿comen con un horario establecido? El 53% expresaron que tienen un horario establecido para la comida y la cena, y el 47% refirieron que como sus madres trabajan varía un poco el horario, sobre todo el de la comida, dentro de los factores de riesgo para desarrollar obesidad se encuentran horarios de comida no establecidos con largos periodos de ayuno y/o unión de comidas, familias en las cuales ambos padres trabajan (ENSANUT, 2006; Vela et al, 2009).

¿Suelen comparar comida o es hecha en casa, y que tipo de alimentos? el 56% expresaron que suelen consumir la comida hecha en casa, y que solamente los fines de semana consumían comida comprada, preferentemente pizzas o hamburguesas, pollo frito. En la pregunta ¿Cuándo ves la televisión comes? 48% refirieron que si, y cuando se les pregunto qué tipo de comida, las respuestas fueron galletas, papitas, palomitas etc., es decir los alimentos preferidos por parte de los niños no son los más saludables y esto tiene influencia de los medios publicitarios, es decir los anuncios de comida y lugares que no son lo más adecuados, por lo que resulta importante la promoción de una alimentación más saludable y equilibrada en la familia y la escuela, como apoyo imprescindible para adquirir hábitos alimentarios saludables.

En la pregunta ¿dejas de comer hasta que te sientes lleno? el 56% expresaron que si, y en la

pregunta ¿te sientes incapaz de parar de comer? la frecuencia de respuesta que contestó que sí, fue de 53%, y en la pregunta ¿te sientes culpable de comer de más? en la respuesta afirmativa el 65% de los niños expresaron culpa por comer de más, tomando en cuenta el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (APA, 2005) los Criterios diagnósticos en el síndrome de descontrol alimentario, refiere que los episodios de atracón (SDA) se asocian a tres o más de los siguientes síntomas: comer hasta sentirse desagradablemente lleno, ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre, sentirse a disgusto con uno mismo, o culpabilidad después del atracón, las emociones y conductas que se relacionan con la sobrealimentación deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso o bajar de peso, es decir es de elemental importancia su identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento.

En las preguntas ¿Cuándo te ves en el espejo, como ves tu cuerpo? las respuestas fueron de la siguiente manera el 24% expresaron que lo veían gordo, el 7.3% que lo veían robusto, el 5.8% feo, el 5.8% que lo veían bien y el 1.4% que lo veían bonito y en la pregunta ¿Qué le cambiarías? el 68% expresaron que le cambiarían la panza ya que no les gusta, ¿Cómo te sientes con respecto a eso?, los porcentajes fueron de la siguiente manera el 43% expresaron que se sienten triste, el 22% que se sienten enojados, el 18% se sienten bien, y el 9% expresaron que se sienten extraños la mayor parte de las respuestas por parte de los niños apuntan a lo que piensan experimentan y sienten acerca del tamaño de su cuerpo. La insatisfacción con la imagen corporal no solo es una motivo frecuente para intentar bajar de peso sino también puede ser el porqué de un importante indicador y malestar crónico que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas (Edmunds, 2008; Silvestri y Stavile, 2005).

En la pregunta ¿recibes burlas o criticas acerca de tu peso, los porcentajes fueron 63% que reciben burlas principalmente del seno familiar y de los compañeros de la escuela, y esto los hace en algunos casos aislarse, y refugiarse en la comida ya que manifiestan que esta es su mejor amiga, la estigmatización que padece en algunos casos el niño obeso le exige la necesidad de implementar estrategias para poder hacer frente a esos prejuicios o burlas por parte de los demás (Edmunds, 2008; Franklin, Denyer, Steinbeck, Caterson y Hill, 2006;

Parysow, 2005).

En la pregunta ¿cuándo te pones triste, aburrido te dan ganas de comer?, el porcentaje de respuesta fue el 66% que si y que no el 38.5%, es decir el comer según Bruch (1976) es utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión, los alimentos tienen un valor simbólico y emocional ya que en nuestra memoria se guardan recuerdos buenos o malos a situaciones y personas que se asocian a la alimentación.

4.3 Estadísticos descriptivos de las variables de estudio

La tabla 4 muestra los valores de consistencia interna de las escalas y subescalas utilizadas para evaluar ansiedad y depresión. Se reportan resultados de la prueba de Kuder-Richardson para la escala de ansiedad (por formarse de ítems dicotómicos) y el alfa de Cronbach para la escala de depresión. Los valores de consistencia interna para las subescalas de ansiedad son bajos, lo que indica falta de consistencia interna en dicho instrumento. Esto pudiera explicarse debido a la cantidad de ítems, la naturaleza dicotómica de los mismos y la poca variabilidad en las respuestas de algunos ítems. Se respeta el número de ítems en cada subescala para trabajar con las puntuaciones que puedan compararse con los estándares del manual del CMAS-R, por lo que no se eliminan ítems para buscar mejorar la consistencia interna.- Esta limitación de los instrumentos se retoma en la discusión del trabajo.

Tabla 4. *Consistencia interna de las escalas*

Escala / subescala (n=68)	Ítems	KR-20
CMAS-R	37	.65
Ansiedad fisiológica	10	.41
Inquietud / hipersensibilidad	11	.36
Preocupaciones sociales / concentración	7	.35
Mentira	9	.73
CDS		α
Total depresivo	48	.92
Total positivo	18	.85
Respuesta afectiva	8	.84
Problemas sociales	8	.73
Autoestima	10	.76
Preocupación por la muerte / salud	7	.55
Sentimiento de culpabilidad	8	.56
Depresivos varios	9	.53
Animo / alegría	8	.77

Grupo de intervención 2007

Los resultados son de la siguiente manera en el Grupo de intervención 2007 en el IMC se obtuvo una media inicial de 29.00 ($DE = 4.38$) y una mediana inicial de 28.80 y a los seis meses una media de 28.70 ($DE = 4.38$) y una mediana de 29.26. En cuanto al Test de ansiedad la media de los valores obtenidos en el grupo, en la aplicación inicial fue de 12.00 ($DE = 4.21$) y una mediana inicial de 13.00 y a los seis meses una media de 11.10 ($DE = 5.37$) y una mediana de 10.00. Los resultados en el Test de depresión son los siguientes una media inicial de 134.38 ($DE = 28.42$) y una mediana inicial de 132.00 y a los seis meses una media de 128.14 ($DE = 43.42$) y una mediana de 126.00 (véase Tabla 5).

Grupo de intervención 2008

Los resultados en el Grupo de intervención 2008 fueron los siguientes, en cuanto al IMC inicial fue con una media de 28.10 ($DE = 3.62$) y una mediana de 29.20 y a los seis meses

una media de 27.44 ($DE = 3.70$) y una mediana de 28.10 En el test de ansiedad la media inicial fue de 11.93 ($DE = 4.40$) y una mediana inicial de 12.00 y al año una media de 9.93 ($DE = 5.64$) y una mediana de 8.00. En cuanto a los resultados en el Test de depresión la media inicial fue de 126.64 ($DE = 35.18$) y una mediana inicial de 120.00 y al año una media de 105.00 ($DE = 23.96$) y una mediana al año de 100.00 (véase Tabla 5).

Grupo control

En el grupo control se obtuvieron los siguientes resultados, en el IMC una media inicial de 26.75 ($DE = 3.62$) y una mediana inicial de 26.30 y a los seis meses una media de 27.09 ($DE = 3.70$) y una mediana de 26.90. En cuanto al Test de ansiedad la media inicial fue de 26.75 ($DE = 4.64$) y una mediana inicial de 26.30 y a los seis meses una media de 27.09 ($DE = 6.58$) y una mediana de 26.90. Los resultados del Test de depresión la media inicial fue de 124.27 ($DE = 31.55$) y una mediana de 119.00 y a los seis meses una media de 124.27 ($DE = 39.65$) y una mediana a los seis meses de 120.00 (véase Tabla 5).

Tabla 5. *Estadísticos Descriptivos de las Variables de estudio*

	Grupo 2007 (n=21)			Grupo 2008 (n=14)			Grupo control (n=33)		
	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>
IMC									
Inicial	29.00	28.80	4.38	28.10	29.20	4.64	26.75	26.30	3.62
a los 6 meses	28.70	29.26	4.38	27.32	28.05	4.70	27.09	26.90	3.70
al año	---	---	---	27.44	28.10	5.86	---	---	---
Ansiedad									
Inicial	12.00	13.00	4.21	11.93	12.00	4.46	12.88	13.00	4.64
a los 6 meses	11.10	10.00	5.37	7.43	8.00	3.92	11.88	10.00	6.58
al año	---	---	---	9.93	8.00	5.64	---	---	---
Depresión									
Inicial	134.38	132.00	28.42	126.64	120.00	35.18	124.27	119.00	31.55
a los 6 meses	128.14	126.00	43.42	106.79	106.50	26.31	124.27	120.00	39.65
al año	---	---	---	105.00	100.00	23.96	---	---	---

4.4 Percentiles de los Tests de Ansiedad y Depresión

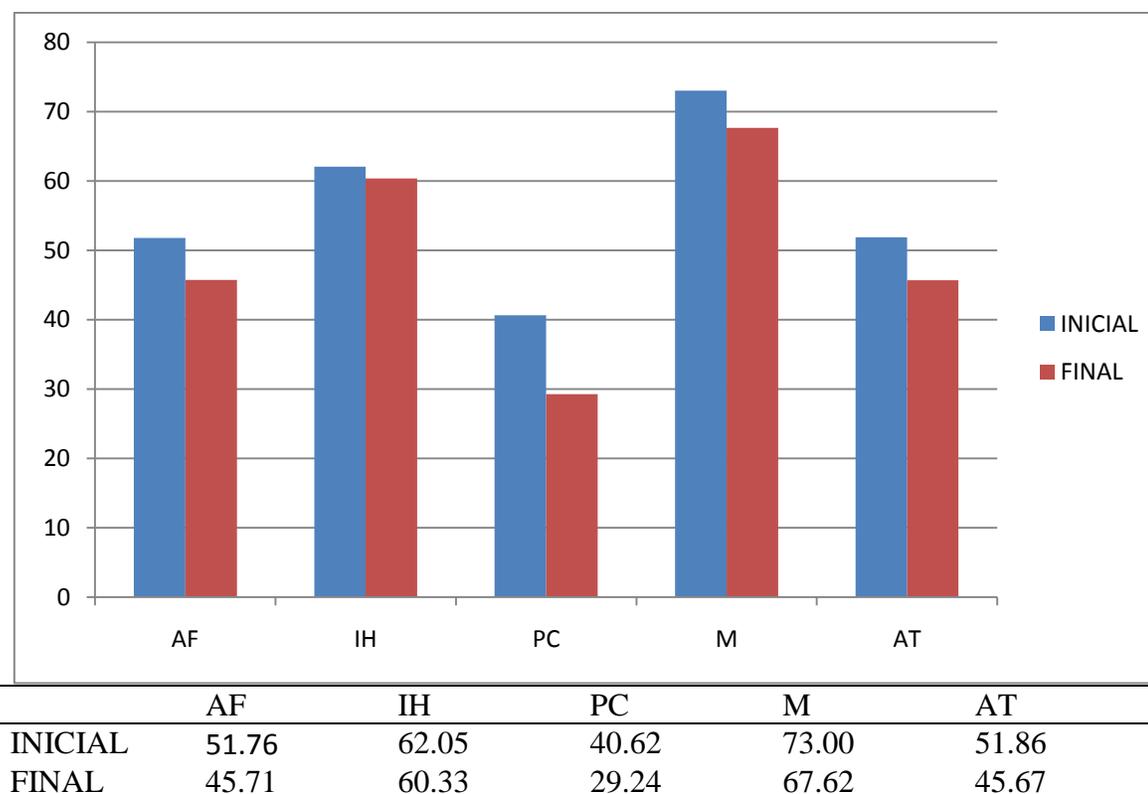
Los resultados obtenidos en el Test de ansiedad CMAS antes y después del programa multidisciplinar expresados en percentiles en ambos sexos son los siguientes (véase Tabla 6).

Tabla 6. *Percentiles Test de Ansiedad Grupo 2007*

GRUPO 2007	Ansiedad inicial		Ansiedad a los 6 meses	
	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%
Percentil menor a 30	3	14.3%	8	38.1%
Percentil entre 31 y 69	14	66.7%	8	38.1%
Percentil mayor a 70	4	19.0%	5	24.0%

Los percentiles entre 31 y 69 reflejan la normalidad (estadística) es decir, los puntajes en la mayoría de la población. Después de la intervención solo 8 sujetos caen en este rango y aumenta de 3 a 8 los que reflejan puntajes bajos de ansiedad.

Figura 1. *Comparación de los puntajes de ansiedad en el grupo 2007*



Nota: AF (ansiedad fisiológica), IH (inquietud/hipersensibilidad), PC (preocupaciones sociales/concentración), M (mentira), AT (ansiedad total).

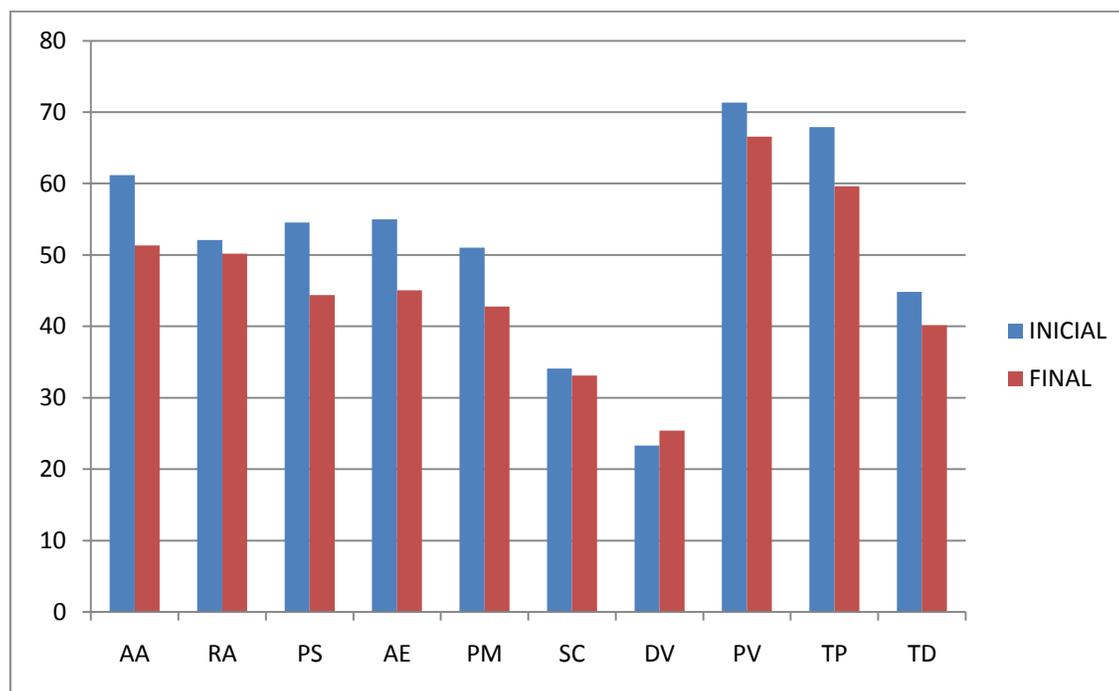
En cuanto a las subescalas de ansiedad, en el grupo de 2007 se encontró disminución en los niveles en cada una de ellas (Figura 1).

Tabla 7. *Percentiles Test de Depresión Grupo 2007*

GRUPO 2007	Depresión inicial		Depresión a los 6 meses	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Percentil menor a 30	10	48.1%	10	48.1%
Percentil entre 31 y 69	4	19.0%	5	24.0%
Percentil mayor a 70	7	33.3%	6	28.5%

Confirmando lo encontrado al evaluar las diferencias antes y después de la intervención en el grupo 2007, no hay cambios importantes, solamente un sujeto baja de categoría de depresión.

Figura 2. *Comparación de los percentiles de depresión en el grupo 2007*



ESCALA	INICIAL	FINAL
AA	61.19	51.33
RA	52.10	50.19
PS	54.52	44.38
AE	55.00	45.05

PM	51.00	42.76
SC	34.10	33.10
DV	23.29	25.38
PV	71.33	66.57
TP	67.90	59.62
TD	44.81	40.14

Nota: AA (animo/alegría), RA (respuesta afectiva), PS (problemas sociales), AE (autoestima), PM (preocupación por la muerte/salud), SC (sentimiento de culpabilidad), DV (depresivos varios), PV (positivos varios), TP (total positivo), TD (Total depresivo).

En base a los resultados obtenidos en los percentiles de depresión, en el grupo del 2007 se observa una disminución, en los puntajes (Figura 2).

Tabla 8. *Percentiles Test Ansiedad Grupo 2008*

GRUPO 2008	Ansiedad inicial		Ansiedad a los 6 meses	
	f	%	f	%
Percentil menor a 30	3	21.4%	8	57.1%
Percentil entre 31 y 69	7	50.0%	6	43.0%
Percentil mayor a 70	4	28.5%	0	0.0%

Antes de la intervención 3 sujetos reportaron muy bajos niveles de ansiedad, aumentando a 8 sujetos después de la intervención. Ningún sujeto cae en percentiles mayores a 70 después de la intervención que reflejarían niveles altos de ansiedad.

Figura 3. *Comparación de percentiles de las subescalas de ansiedad en el grupo 2008*



	AF	IH	PC	M	AT
INICIAL	46.29	54.64	48.43	59.57	50.00
FINAL	36.93	37.21	32.64	57.43	28.79

Nota: AF (ansiedad fisiológica), IH (inquietud/hipersensibilidad), PC (preocupaciones sociales/concentración), M (mentira), AT (ansiedad total).

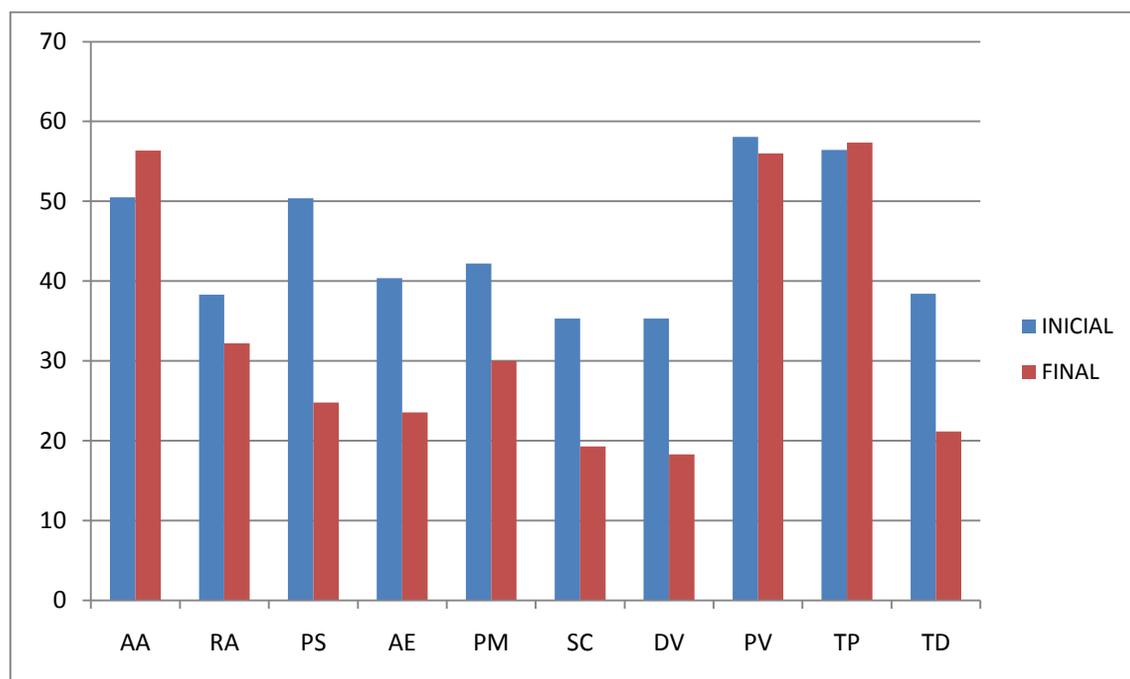
Al igual que en el grupo del 2007, el grupo de 2008 mostró una mejoría, en donde se observa una disminución en los puntajes de ansiedad en cada una de las subescalas (Figura 3).

Tabla 9. *Percentiles Test Depresión Grupo 2008*

GRUPO 2008	Depresión inicial		Depresión a los 6 meses	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Percentil menor a 30	7	50.0%	11	78.5%
Percentil entre 31 y 69	3	21.4%	3	21.4%
Percentil mayor a 70	4	28.5%	0	0.0%

Antes de la intervención 7 sujetos se ubicaban en la categoría más baja de depresión, después de la intervención aumenta a 11 sujetos y ninguno en la categoría más alta.

Figura 4. Comparación de los percentiles de depresión en el grupo 2008



ESCALA	INICIAL	FINAL
AA	50.50	56.36
RA	38.29	32.21
PS	50.36	24.79
AE	40.36	23.57
PM	42.21	30.00
SC	35.29	19.29
DV	35.29	18.29
PV	58.07	56.00
TP	56.43	57.36
TD	38.43	21.14

Nota: AA (animo/alegría), RA (respuesta afectiva), PS (problemas sociales), AE (autoestima), PM (preocupación por la muerte/salud), SC (sentimiento de culpabilidad), DV (depresivos varios), PV (positivos varios), TP (total positivo), TD (Total depresivo).

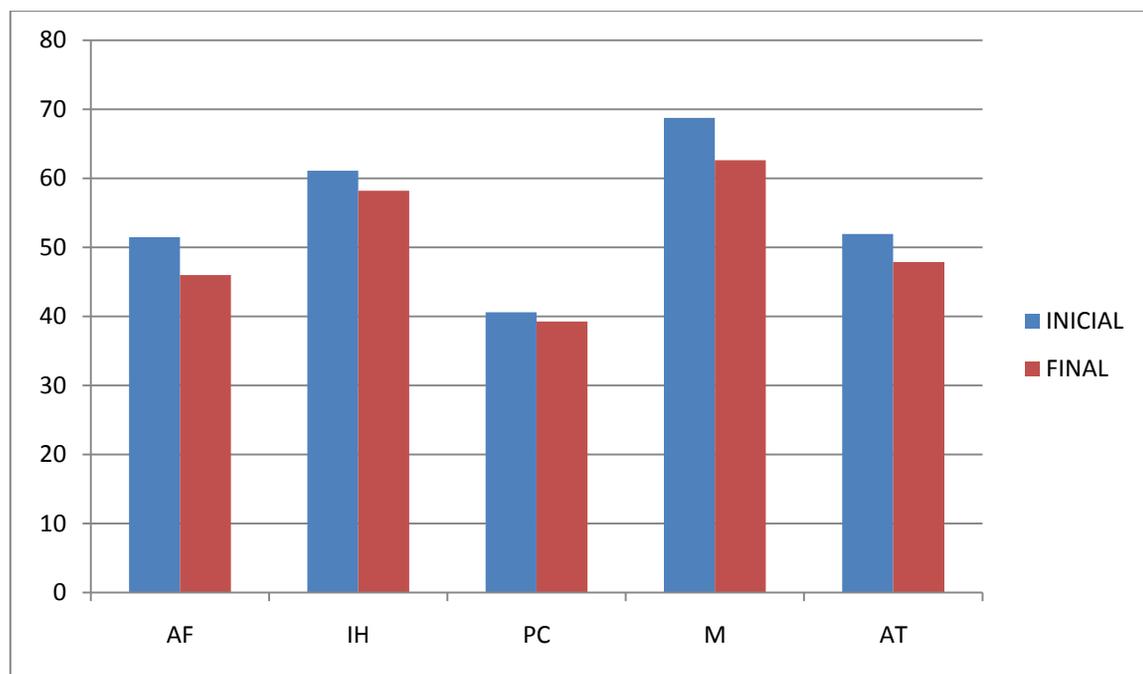
A diferencia del grupo del 2007, en el grupo del 2008 se observa una mejoría significativa, en los puntajes de depresión en cada una de las subescalas. (Figura 4).

Tabla 10. Percentiles Test Ansiedad Grupo Control

GRUPO CONTROL	f	Ansiedad inicial		Ansiedad a los 6 meses	
		f	%	f	%
Percentil menor a 30	8	12	24.2%	12	36.3%
Percentil entre 31 y 69	18	9	54.5%	9	27.2%
Percentil mayor a 70	7	12	21.2%	12	36.3%

El grupo control es evidencia de que al no implementar un tratamiento la ansiedad puede agravarse. En este grupo se encontró que en la primera evaluación eran 7 sujetos en el nivel más alto de ansiedad, y a los seis meses 12 sujetos se ubicaban en esta categoría.

Figura 5. Comparación de los niveles de ansiedad en el grupo control



	AF	IH	PC	M	AT
INICIAL	51.48	61.09	40.58	68.76	51.94
FINAL	46.00	58.21	39.27	62.60	47.88

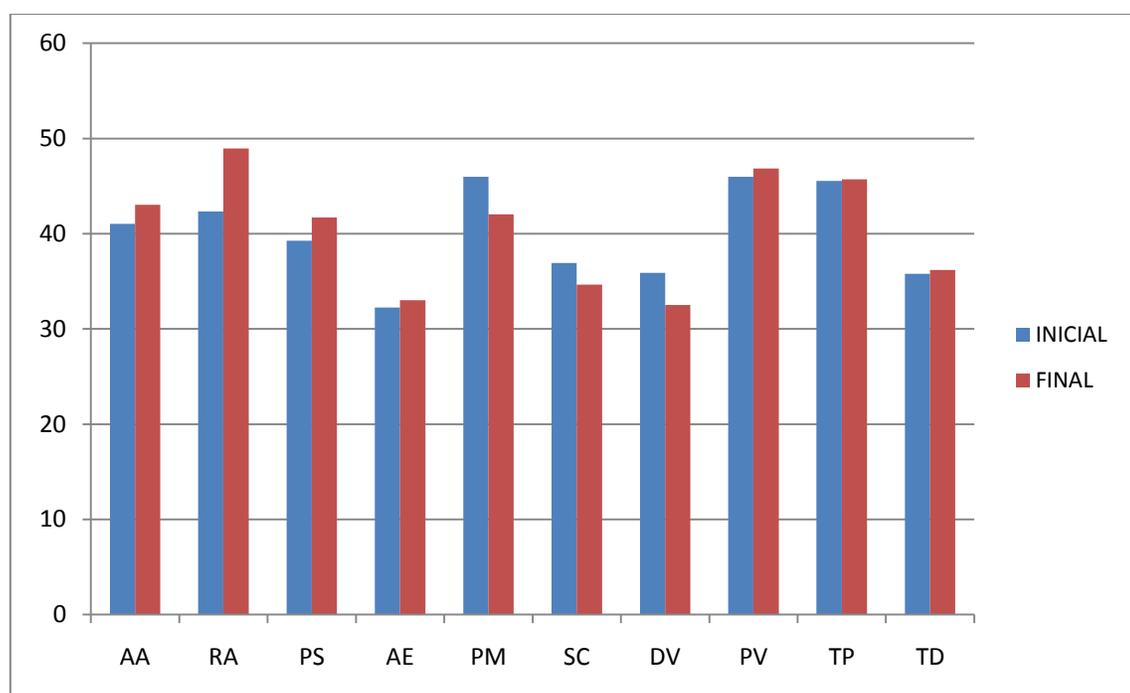
Nota: AF (ansiedad fisiológica), IH (inquietud/hipersensibilidad), PC (preocupaciones sociales/concentración), M (mentira), AT (ansiedad total).

En cuanto a los resultados obtenidos en el grupo control, se observa que los niveles de ansiedad en la primera y en la segunda aplicación se mantienen similares (Figura 5).

Tabla 11. *Percentiles Test Depresión Grupo Control*

GRUPO CONTROL	Depresión inicial		Depresión a los 6 meses	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Percentil menor a 30	19	57.5%	20	61.0%
Percentil entre 31 y 69	9	27.2%	6	18.1%
Percentil mayor a 70	5	15.1%	7	21.2%

Lo mismo sucede con la variable de depresión 5 sujetos se ubicaban en la categoría más alta y a los seis meses 7 sujetos alcanzaban estos puntajes de depresión.

Figura 6. *Comparación de los niveles de depresión en el grupo control*

ESCALA	INICIAL	FINAL
AA	41.03	43.03
RA	42.33	48.97
PS	39.27	41.70
AE	32.24	33.03
PM	45.97	42.03
SC	36.94	34.64
DV	35.88	32.52
PV	45.97	46.85
TP	45.55	45.73
TD	35.79	36.18

Nota: AA (animo/alegría), RA (respuesta afectiva), PS (problemas sociales), AE (autoestima), PM (preocupación por la muerte/salud), SC (sentimiento de culpabilidad), DV (depresivos varios), PV (positivos varios), TP (total positivo), TD (Total depresivo).

Los resultados obtenidos en el test de depresión aplicado al grupo control, muestran un incremento en algunas de las subescalas (Figura 6).

4.5 Evaluación del programa multidisciplinario

Se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov si las variables se ajustaban o no a una distribución normal a pesar de que la muestra es pequeña se utilizaron pruebas paramétricas debido a que hubo un ajuste a la distribución normal en las variables de estudio (véase Tabla 12).

Tabla 12. *Evaluación de normalidad de las variables*

Pruebas de normalidad Kolmogorov-Smirnov	Grupo 2007 ($n = 21$)		Grupo 2008 ($n = 14$)		Grupo control ($n = 33$)	
	Z_{K-S}	p	Z_{K-S}	p	Z_{K-S}	p
IMC inicial	.14	.200	.16	.200	.13	.184
IMC a los 6 meses	.10	.200	.13	.200	.14	.099
IMC al año	---	---	.16	.200	---	---
Ansiedad inicial	.23	.009	.10	.200	.09	.200
Ansiedad a los 6 meses	.12	.200	.17	.200	.21	.001
Ansiedad al año	---	---	.21	.113	---	---
Depresión inicial	.14	.200	.17	.200	.08	.200
Depresión a los 6 meses	.15	.200	.17	.200	.11	.200
Depresión al año	---	---	.14	.200	---	---

La prueba t de Student para muestras relacionadas proporciona evidencia de que la disminución en los puntajes de IMC, ansiedad y depresión es significativa en el grupo 2008 (véase Tabla 13). Mientras que en el grupo control es significativo el incremento de IMC.

Tabla 13. Comparación de los puntajes iniciales y a los seis meses

Prueba <i>t de Student</i> de muestras relacionadas	Grupo 2007 (n=21)		Grupo 2008 (n=14)		Grupo control (n=33)	
	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
IMC inicial / 6 meses	1.20	.240	3.40	.005	-2.33	.020
Ansiedad inicial / 6 meses	0.84	.400	3.85	.002	1.22	.230
Depresión inicial / 6 meses	1.07	.290	3.50	.004	0	.990

En el grupo del 2007 no se detectaron cambios significativos en las variables de estudio, por lo que se consideró necesario hacer un cambio en cuanto a la duración del programa y un incremento en las intervenciones con los niños y sus papás (véase procedimiento).

Este cambio reflejó una disminución significativa en el grupo del 2008 en las tres variables, en donde cada una de ellas refleja una disminución significativa, mientras que en el grupo control solo hay cambio significativo en el IMC, pero fue un incremento el que se manifestó, así mismo esto sucedió en la ansiedad y la depresión.

CAPÍTULO 5

DISCUSIÓN

La prevalencia de la obesidad ha aumentado en forma alarmante en los últimos años, en donde estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que afecta a individuos cada vez más jóvenes y que esto sucede en países desarrollados, así como en aquellos en vías de desarrollo (Branguisky 2002; Bueno, Bueno, Moreno, Sarria y Bueno 2001; Gaskin y Walter 2003).

La Organización Mundial de la Salud en su informe del 2003 considera a la obesidad como una epidemia global y establece estrategias para frenar su avance, previniendo patologías asociadas que acortan la esperanza de vida. En nuestro país, México, esto no es la excepción ya que en la actualidad ocupa el primer lugar en la obesidad, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2008).

En nuestro estado Nuevo León, encontramos que más de 4 de cada 10 niños sufren de sobrepeso u obesidad, lo cual está en el 15.29% por encima del nivel nacional obtenido en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006) que es del 26%. Es decir que poco más de una cuarta parte de los niños en edad escolar y un tercio de los adolescentes presentan exceso de peso, por lo tanto se observa una combinación de sobrepeso más obesidad (Borbolla, Elizondo, Patiño y Ugalde 2009).

Por otra parte, en lo que respecta a los adultos se observa de la siguiente manera siete de cada 10 adultos mayores de 20 años presentan exceso de peso y 78% de este grupo de edad tiene obesidad abdominal, todo esto según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006).

Mucho se habla en la actualidad sobre la obesidad infantil, debió al incremento pero hay pocos estudios aquí en México que hayan investigado sobre la obesidad infantil.

La obesidad es una enfermedad crónica difícil de ser tratada en donde su etiología es multifactorial, es decir son muchas las causas que la generan, por lo cual se implementó para el presente trabajo un programa multidisciplinario que combine una dieta adecuada para cada niño en particular, el promover un cierto tipo de actividad física, una educación nutricional para el niño y su familia, siendo esta última de gran importancia junto a los aspectos psicológicos, que juegan ambos un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, en donde se creó un espacio para que el niño pudiera expresar que es para él su obesidad y ser escuchado y no sancionado.

Los análisis realizados con base en los objetivos que se plantearon en el presente trabajo que eran: evaluar los niveles de ansiedad y depresión e índice de masa corporal en los niños atendidos en el programa multidisciplinario, iniciando con un diagnóstico, y una evaluación al final del programa; evaluar los efectos del programa multidisciplinario sobre el nivel de ansiedad, el nivel de depresión y el índice de masa corporal de los niños participantes; nos llevan a concluir que en el grupo de intervención del 2007 no se observaron cambios significativos en el IMC, ansiedad y depresión, aunque se detecta una disminución en la media de dichas variables, y es importante mencionar que hubo que aunque los niños no disminuyeron su IMC al menos no hubo un incremento del mismo. En cuanto a la ansiedad y a la depresión, lo encontrado en este grupo llevó a realizar adecuaciones a la intervención y es así que en el grupo de intervención del 2008, la disminución de ansiedad y depresión, además de IMC si fueron significativos. El IMC de los participantes de nuestro programa fue significativamente menor al finalizar el programa, con respecto al inicio de este.

En el grupo del 2008, los resultados que se obtuvieron en el test de ansiedad antes de la intervención eran 3 niños que reportaron muy bajos niveles de ansiedad, aumentando a 8 después de la intervención, y ningún niño cae en percentiles mayores a 70 después de la intervención que reflejarían niveles altos de ansiedad. Siendo la ansiedad uno de los trastornos que más se dan en la población con obesidad incluso en niños, así por ejemplo

Vila, Zipper, Dabas, Bertrand, Robert, Ricour, y. Mourent (2004) encontraron que el 64% de su muestra padecían un trastorno de ansiedad. Asimismo, los niños después del programa de intervención del 2008, reducen los niveles de ansiedad de cada una de las diferentes subescalas, estos resultados deben tomarse con cautela, debido al bajo coeficiente de confiabilidad obtenido en cada una de las subescalas de ansiedad. La consistencia interna de la escala completa fue aceptable.

En cuanto a la depresión, 7 de los niños antes de la intervención se ubicaban en la categoría más baja, después de la intervención aumenta a 11 niños y ninguno en la categoría más alta de depresión. Del mismo modo, después de haber finalizado el programa de intervención reducen los niveles de depresión en todas las subescalas

Esta parte psicológica es tomada en cuenta por Yeste et al. (2008) en su programa Niñ@s en movimiento, en el que centra su atención en la salud física y emocional del niño y de su entorno familiar y social. Por lo que podemos observar que en otros países el aspecto psicológico es parte fundamental de los programas y en México no es abundante la evidencia al respecto.

De acuerdo a los resultados del grupo control se puede observar que si no se hace nada la mayoría de los niños tiene una ganancia de peso considerable, asociado esto a los aspectos psicológicos que pueden incrementar el riesgo de padecer un trastorno de ansiedad, y de depresión.

En los grupos de intervención del 2007 y el 2008 hay una diferencia en cuanto a la duración del programa pues el primero tuvo una duración de seis meses y el segundo de un año, además del trabajo realizado durante la intervención, es decir, en el 2008 las sesiones del área de psicología eran cada 15 días con una duración de 90 minutos, además de sesiones mensuales con las padres de dos horas cada una; estas son las mejoras implementadas en el 2008, sus efectos se observan en los resultados presentados. Por último, cabe mencionar que el Grupo de 2007 fue atendido por estudiantes de los últimos semestres de la Licenciatura en Psicología, mientras que el Grupo de 2008 fue atendido por estudiantes de

Maestría, la experiencia de los terapeutas es una variable más a considerar en la explicación de la diferencia en los resultados obtenidos.

Los datos presentados permiten resaltar el aspecto preventivo de efectos colaterales de la obesidad a largo plazo, ya que se observa en estos resultados que se alcanza el objetivo de generar cambios sobre el estilo de vida y hábitos alimentarios, tanto del niño como de su entorno familiar, que contribuyen a la ganancia de peso, esto se puede comparar con el trabajo de Vela, García, Goñi, Suinaga, Aguayo, Rica, y Martul (2009) quienes afirman que el tratamiento de la obesidad infantil debe ser multidisciplinar y abarcar cambios de estilo de vida tanto en casa como en la escuela, en donde la prevención es el arma más eficaz para evitar el aumento en la prevalencia.

Uno de los problemas que se enfrentó en el presente trabajo es que al principio, cuando los padres o los niños conocieron este proyecto denominado “Vacaciones Saludables” y aceptaron participar, nos enfrentamos en algunos casos con situaciones muy paradójicas como poner en las maletas de los niños comida como paquetes de galletas, jugos, golosinas, todo esto fue confiscado y se les explicó que no era lo más adecuado, esto sucedió durante el campo de verano que tenía una duración de cinco días, y al concluir se habló con los padres con respecto a este incidente.

Otra situación sucedió durante la duración del programa, que iniciaba posteriormente al campo de verano, en donde los padres tenían sesiones con cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, y es precisamente en psicología que muchos de ellos externaban (principalmente las madres) el gran conflicto que les causaba a la hora de los alimentos, pues decían que los niños se enojaban, inclusive algunos de ellos hacían berrinches y corrían con alguien que les diera lo que querían de comer principalmente con los abuelos, por lo que se tomó la decisión de invitar a la familia más cercana al niño para que conocieran el programa.

Sin embargo, otros padres comentaban que no podían con esta situación, que esto les resultaba muy difícil y por lo tanto abortaban el programa, otros externaron que el tiempo y

las distancias eran un problema para ellos. Esto se percibió principalmente en el segundo grupo, el del 2008, que tuvo una duración de un año, esta es la razón de porque esa muestra fue más pequeña.

Las intervenciones médicas, nutricionales y de actividad física trataron aspectos físicos de la obesidad infantil, mientras que la parte psicológica se orientaba a discriminar que estados emocionales como serían el enojo, la ansiedad, la depresión, el aburrimiento, la frustración, la soledad, los cuales pueden influir en las sensaciones de hambre y ansiedad. Aunado a los sentimientos que la propia obesidad ha desencadenado.

Es por medio de la terapia grupal que se ofrece la posibilidad de reunirse con otros en un entorno de apego para tratar los efectos que una enfermedad conlleva (Sakurai y Abrams, 1992; Walker y Hill, 2003). En este caso el propósito es descubrir las razones por las que el niño está comiendo en exceso.

El tratamiento psicológico iniciaba en el campo de verano en donde las sesiones fueron para que los niños se conocieran romperían el hielo y se percataran que tenían un problema en común su Obesidad.

En la última sesión del campo de verano se entregó a cada uno de los niños un cuaderno en donde ellos anotaron sus datos y se les pidió que escribieran sus experiencias durante esos cinco días, lo que más les había gustado y también lo que no les había agrado, se les recogió y se les volvió a entregar en la primera sesión que inició un mes después del campo de verano, en cada sesión ellos anotaban sus experiencias al final de cada una de las sesiones, y al final de programa se les hizo entrega de su cuaderno.

El comienzo de las sesiones era guiado por los terapeutas con una charla didáctica al comienzo de la sesión de grupo, en donde los temas no eran sacados de manera artificial ni rutinaria, pero sí se insinuaban cuando no surgían por sí solo, como por ejemplo prestar atención a los indicadores de hambre y plenitud, es decir el que ellos aprendieran a diferencia entre el hambre y el antojo y el saber cuándo parar de comer, y lo más importante el saber que era lo que los volvía a buscar comida sin hambre, es decir a

reconocer sus afectos y ponerlos a partir de la palabra y no del acto de comer.

Otra actividad más es que los niños evaluaran su ingesta de alimentos para conocer que comen, como lo hace esto es algo que estaba muy enlazado con nutrición pero aquí es donde ellos podían externar que simbolismo le daban a los alimentos, esto se pudo realizar por medio de un ejercicio donde se le pidió a los niños que eligieran que tipo de regalo le podía llevar a un amigo enfermo y curiosamente sus respuestas se volcaban hacia alimentos hipercalóricos dulces, pasteles chocolates.

Otra de los temas a tratar era lo referente al registro de que conductas de alimentación pudiesen haber contribuido a la pérdida o aumento de peso, es decir cómo le había ido con las metas que se había establecido para cambiar su alimentación, con qué cosas se había topado que le facilitaban o impedían llevarlas a cabo.

Algo similar se trabajó con respecto a la actividad física, en donde se le pedía que hablara si practicaba algún tipo de ejercicio o solo lo que realizaba cada quince días que acudían a medicina del deporte, o si practicaba algún tipo de deporte en su escuela o fuera de ella que tipo de actividad y la cantidad de tiempo que empleaba en ello, y si sus papas lo apoyaban con respecto a la realización de esa actividad física.

Después de la introducción de los terapeutas se invitaba a los niños a que escribieran en su cuaderno sus experiencias buenas y malas durante el transcurso de la siguiente sesión que registrarán en su cuaderno los pensamientos positivos que habían experimentado y que también plasmaran los pensamientos negativos después se les pedía si alguno de ellos quería compartir con sus demás compañeros lo que él había experimentado, esto resultó difícil al principio pero poco a poco empezaron cada uno de ellos a querer participar, esto con el objetivo de explorar los sentimientos, emociones ya que son niños con dificultad para externar sus afectos (Bruch, 1973).

En la terapia grupal aparte de que el niño podía externar sus emociones, se organizaban juegos diseñados para los campos de verano, ninguno de estos juegos se tomó de las

intervenciones revisadas (Gómez y Marcos, 2006; Gussinyé, 2005; Yeste et al., 2008) ya que no describen de forma específica el trabajo realizado, por ejemplo Yeste et al. (2008) indican que se trabajó con juegos educativos, similar a esto son algunas de las siguientes actividades que se aplicaron: la elaboración de rompecabezas, algunas manualidades hechas con plastilina, cartón colores, el que encontraran palabras claves en la sopa de letras que tenían que ver con alimentos, el juego de cien mexicanos, expresaron que esta actividad les gustaba mucho y se podían explorar diversos sentimientos y afectos, todo esto en un entorno seguro, permisivo y gratificante física y emocionalmente. En el seno de este entorno los participantes del grupo se sentían libres para expresar sus deseos, temores y fantasías ya que aprenden a reconocer sus, necesidades y sentimientos esto permitió un incremento en la autoconciencia, siendo esto un objetivo primordial del tratamiento, es decir todo esto por medio de un proceso psicoeducativo.

En donde la importancia era reforzar una serie de conocimientos sobre alimentación, la actividad física y el reconocimientos de sus afectos, esto apoyado en el trabajo de Yeste et al. (2008) en donde las sesiones que realizaban con los niños incluían ejercicios de relajación, la revisión de un tema por semana mediante la exposición oral, juegos educativos.

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es bien sabido que la causa de la obesidad es consumir más calorías de las que se gastan en forma de energía, aquí la cuestión es más complicada pues plantea una intrincada red en la etiología de la obesidad infantil como son los componentes biológicos, sociales, genéticos y ambientales, en donde las peculiaridades individuales, familiares y sociales juegan un papel primordial (Ionescu, 1991).

Dada la evolución de la obesidad en los últimos años resulta elemental trabajar en el área psicológica, aunque en la actualidad es escaso el trabajo realizado en esta área si se compara con investigaciones médicas. Es necesario comprender todos aquellos aspectos que se ponen en juego al momento de ser tratada la obesidad infantil, ya que según Martínez (2005), en el tratamiento de la obesidad infantil juegan un papel importante, nutricionistas, endocrinólogos, y el área de salud mental, colaborando en el trabajo con grupos, ya que las personas viven su cuerpo, su alimentación y su salud, en relación directa con experiencias íntimas, que son adquiridas en etapas tempranas de la vida, por lo que la familia, según el investigador, es el primer y principal núcleo responsable de la formación y educación de los hijos. Esto está en relación directa con los resultados encontrados en la presente investigación donde se tuvieron que implementar cambios en el grupo de intervención del 2008, en donde se incluía de manera más directa a los padres o familiares más cercanos para lograr de esa manera cambios en el estilo de vida más saludables.

Por otra parte, Durá y Sánchez-Valverde (2005) refieren que el medio escolar, junto al familiar, son los ámbitos educativos de mayor influencia para la instauración, de programas de educación nutricional, que van a consolidar la adhesión psicoafectiva a unas buenas prácticas alimentarias, y estilos de vida saludables. Los resultados encontrados en el

programa” Vacaciones Saludables” de cada uno de los profesionales que intervinieron va en relación con el trabajo antes mencionado en donde es de vital importancia que en los programas de prevención de la obesidad infantil se incluya a la familia pero también al medio escolar ya que la injerencia en ambos aspectos permitirá fortalecer el apego psicoafectiva a sanos hábitos de alimentación.

Alustiza y Aranceta (2004) encontraron que la prevención de la obesidad infantil y juvenil, es a través de programas de educación nutricional, mejorando de esta manera, lo que se ofrece en los comedores escolares, limitar, la venta de productos de alta densidad energética en las maquinas de vending ubicadas en el entorno escolar, la promoción de actividades de deporte escolar, control de la publicidad y la elaboración de protocolos, para una atención primaria.

Algunos programas multidisciplinarios en base a un campo de verano para pérdida de peso (Gately, Cooke, Barth, Bewick, Duncan y Hill, 2005; Nowicka, Lanke, Pietrobelli, Apitzsch y Flodmark, 2009; Walker, Hill, Gately y Bewick, 2003; Zwiauer, 2000) son efectivos a través de los resultados de salud por medio del placer, el apoyo del grupo y del staff, el uso de un programa estructurado de actividades de habilidades físicas y de aprendizaje divertido pueden promover modificaciones de estilo de vida a largo plazo.

Realmente son pocos las intervenciones para el sobrepeso y la obesidad infantil a partir de un campo de verano y más aun que se pueda evaluar su impacto, ya que a partir de sus resultados se pueden planear intervenciones que resulten eficaces para el control de la obesidad infantil, este trabajo es con la finalidad de dar cuenta de aquellos elementos que deben ser tomados en cuenta a la hora de tratar esta enfermedad crónica tan alarmante su aumento en los últimos años.

6.1 Aportaciones de la investigación a la psicología de la salud o al estudio de la obesidad

La psicología de salud permite abordar el fenómeno salud- enfermedad en diferentes niveles de convergencia en la mejoría y mantenimiento de la calidad de vida, mediante métodos efectivos de promoción de la salud, en donde la inserción del psicólogo dentro del sector salud junto a otros profesionales como médicos, nutriólogos etc. que diseñaran y promoverán políticas de salud, intervención primaria y educación para la salud.

Todo esto mediante métodos de investigación como la investigación cuantitativa, cualitativa que permiten una retroalimentación para el entendimiento de la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.

Los resultados encontrados en este estudio y en otras investigaciones dan la pauta para seguir investigando este tipo de procesos de enfermedad dado la complejidad de los elementos que están en juego, que permitirán la planeación y el desarrollo de estrategias de intervención en el campo de la prevención y tratamiento de la Obesidad.

Los hallazgos de la presente investigación nos indican los senderos de posteriores trabajos de evaluación e intervención para indagar porque las personas tienen dificultad para el control de su alimentación, como ayudarlos en el manejo emocional y a entender sus dificultades asociadas a ese problema de salud la Obesidad.

Uno de los aportes del presente estudio a la psicología de la salud fue el constatar la dificultad que tienen los padres al momento de querer intervenir en los hábitos alimenticios de los niños y lo difícil que les resulta ya que hay una mezcla de sentimientos encontrados, por lado el estar consciente que la obesidad es un problema de salud física y psicológica, pero por el otro lado la dificultad de poner límites y prohibiciones al momento de la comida, en donde expresan culpa por no saber qué hacer en donde muchos de ellos desisten.

Y como se vio en los resultados la intervención de los padres es de vital importancia para lograr cambios en los hábitos de alimentación y el correspondiente afecto que se le imprime a la alimentación, ya que el alimentarnos va más allá que una simple ingesta, es algo que se aprende en el seno familiar y se le graba un cierto afecto.

Finalmente, el estudio aporta evidencia con la evaluación del grupo control de que si no se interviene, los niños incrementan su IMC significativamente en un lapso de 6 meses, sin considerar que en periodo vacacional el incremento de peso es mayor. Es decir, los niños no se mantienen en un sobrepeso, poco a poco van aumentando a obesidad y el cambio se detecta en 6 meses, si se realizara una evaluación longitudinal para confirmar esta tendencia, podría encontrarse que cada 6 meses habría un incremento de IMC, lo que lleva adultos con obesidad mórbida.

6.2 Limitaciones

Es necesario mencionar que la presente investigación cuenta con algunas limitaciones que deben considerarse al momento de tomar los resultados de la misma como base para futuros trabajos o intervenciones.

En primer lugar, el tamaño de muestra, como ya se ha mencionado, se enfrentó la situación de abandono por parte de algunos sujetos de la intervención lo que impactó en el tamaño de muestra final, especialmente en el grupo de 2008. Otra limitación es en referencia a la falta de asignación aleatoria de los sujetos a cada uno de los tres grupos a considerar (2007, 2008 y control). Estas limitaciones impiden que los resultados sean generalizables más allá de la muestra en cuestión.

Asimismo, los instrumentos de evaluación utilizados, aunque fueron seleccionados por sus adecuadas propiedades psicométricas reportadas en los manuales y provenientes de diversas investigaciones, con los datos de este estudio los coeficientes de confiabilidad en algunas de las subescalas no son adecuados; aunque sí lo es la confiabilidad de la escala completa

en ambos casos (depresión y ansiedad), una posible explicación es que los datos de validez y confiabilidad de los manuales provienen de otros países, el único estudio detectado en México que utiliza las mismas escalas (Centro de Investigación en Alimentos y Desarrollo, 2009, enero 27), no reporta las propiedades psicométricas en su muestra. Otros autores (Gussinyé, 2005; Yeste, 2008) también utilizaron estos instrumentos para evaluar los cambios después de programas para reducción de peso, sin embargo, como se mencionó, son aplicaciones en otros países. En esta misma línea y debido al tamaño de muestra, no se realizaron análisis de validez de los instrumentos, tales como análisis factorial para comprobar la dimensionalidad de las escalas.

En cuanto a la aplicación, los terapeutas encargados de los grupos no fueron los mismos en el 2007 y en el 2008, lo que puede ser un factor que influya en la diferencia en resultados, aunado a los cambios que se realizaron para el 2008 (véase anexo 3).

6.3 Futuras líneas de investigación

La continuidad que pueda darse a la presente investigación, enriquecerá las aportaciones a la disciplina. Consideramos necesario que se implementen estudios psicométricos para contar con pruebas estandarizadas en población mexicana, es común la práctica por parte de los psicólogos de utilizar instrumentos estandarizados en otros países de habla hispana y basar los diagnósticos o clasificación de la problemática evaluada de acuerdo a los parámetros de otros países, si bien, esto puede dar una guía, no hay certeza de que la población mexicana se ajuste a los parámetros mencionados en los manuales para otros países.

En cuanto a la investigación aplicada, resultaría necesario el trabajo en un centro con una gran cantidad de pacientes con sobrepeso y obesidad, lo que permitiría realizar investigaciones con rigor metodológico estricto, incluyendo asignación al azar de sujetos a diferentes tipos de intervención, trabajar los grupos control mediante el procedimiento de listas de espera y realizar estudios longitudinales.

Finalmente, retomando lo que se ha abordado ampliamente, evaluar el papel de los padres para el éxito de la intervención, así como evaluar factores que puedan predecir la efectividad de los tratamientos.

6.4 Recomendaciones

Lo importante en el tratamiento de la obesidad infantil primero es la prevención de enfermedades crónicas degenerativas a una edad temprana, tratamiento para reducir de peso y al mismo tiempo permitir un incremento ponderal adecuado al crecimiento en altura, y que realmente el programa incida en una modificación de los hábitos de alimentación, en la promoción de actividad física, un soporte emocional junto con la implicación de la familia necesarios para adquirir hábitos alimentarios saludables.

Una parte que cobra gran importancia para el control de la obesidad infantil es el involucramiento de la familia, ya que esta según Martínez (2005) sigue siendo el primer y principal núcleo responsable de la formación y la educación de los hijos, pues son los padres, los que pueden ayudar a que el niño aprenda a comer saludable, a promocionar la realización de algún tipo de ejercicio, y a establecer un tipo de comunicación abierto con los hijos, en donde ellos puedan externar lo que sienten.

El cambio no puede venir de afuera sino que debe empezar en las mismas familias, es decir es cuestión de educación para lograr hacer conciencia en la población de que tenemos que aprender a comer saludablemente. Castañeda (2006) investigó la relación existente entre la ingesta de alimentos que va en relación con la situación familiar en la que se desenvuelven los sujetos y en forma determinante a quien les da el alimento y en este caso la madre.

Con respecto a las escuelas son las cooperativas escolares las encargadas de la venta de alimentos como bebidas con un alto contenido de azúcar, en donde lo ideal sería cambiarlas por jugos naturales, o bebidas endulzadas con edulcorantes, otro más son la venta de frituras con un alto contenido de grasas saturadas, modificarlas por la venta de fruta, los

niños prefieren compara refrescos, frituras y dulces antes que frutas y verduras. Todo esto se contempló en la propuesta de la Ley de Salud en la Cámara de Diputados en donde se planteaba prohibir la venta de comida chatarra en las escuelas y hacer obligatoria la práctica de ejercicios diariamente, esta propuesta fue presentada en Abril del 2010 pero como es de conocimiento popular, esto no prosperó.

Esto cambio ya que el 6 de Noviembre del 2009 se propuso la iniciativa con proyecto de decreto que reforma los artículos 65 y 66 de la Ley General de Salud (véase Anexo4), en donde la Mesa Directiva turnó la mencionada iniciativa a la Comisión de Salud para su estudio y posterior dictamen en la Cámara de Senadores. (Osuna, 2010)

Los cambios que se propone son, Artículo 65 se reforma la fracción II y se adiciona una fracción III y queda de la siguiente manera: (ver Anexo 3).

Articulo 65

- I. ...
- II. Las actividades recreativas, de esparcimiento, culturales y de promoción para proveer una alimentación equilibrada baja en grasas y azúcares que permitan un desarrollo sano del núcleo familiar, procurando así la salud física y mental de la familia;
- III. La obligatoriedad escolar de practicar 30 minutos diarios de ejercicio físico para prevenir padecimientos de sobrepeso y obesidad que ponen en peligro la salud física y mental de los menores;

Articulo 66. En materia de higiene escolar, corresponde a las autoridades sanitarias establecer las normas oficiales mexicanas para proteger la salud del educado y de la comunidad escolar, procurando que los alimentos expendidos en las escuelas tengan un mayor aporte nutricional evitando los alimentos procesados altos en grasas y azúcares simples, las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas.

Televisión

Hay en la actualidad un descenso evidente de la actividad física en los niños desde edades muy tempranas, esto debido a diversas razones una de ellas es la tecnificación del hogar

control remoto para la televisión, el abanico, el clima etc. la proliferación de actividades de ocio sedentario, como lo es la televisión, los videojuegos, internet etc. todo esto reduce la actividad física y además promueve la ingesta excesiva de alimentos que en muchos de los casos son promocionados por la televisión.

Por lo cual sería de beneficio que se apoyara la propuesta de los senadores, de prohibir la publicidad de estos productos, no solo en las escuelas como ya se aprobó en el art. 301 de la Ley General de Salud, sino que también en el resto de los medios de comunicación como se pretendía en el art. 307 de la misma ley pero que no prosperó (Guerrero, 2010).

Las compañías tecnológicas inician la promoción de otro tipo de actividades que incluyen juegos de video como el Wii, donde el jugador necesita moverse para jugarlo. Esto es más recomendable que juegos de video sedentario como los de moda en otros tiempos.

Educación nutricional

Es importante partir de una reeducación nutricional del niño y su familia, en donde el componente educacional será sobre la composición de nutrientes y el valor energético de los alimentos, y el aprender a cocinar alimentos apetecibles al paladar.

Este aspecto fue contemplado en el programa multidisciplinario, en donde se educaba a los padres respecto a las dietas adecuadas, incluyendo una plática informativa con una experta en nutrición y se realizaban prácticas para elaborar menús adecuados para la nutrición promoviendo el control de peso.

En las escuelas, parte de la educación integral podría incluir la educación nutricional, involucrando a todos los miembros de las familias y realizando prácticas a través de espacios para desayuno o comida dentro de las escuelas.

Actividad física

Partiendo de la actividad física en las escuelas es importante diseñar programas de educación física de acuerdo a las diferentes edades de los niños, esto no requiere

instalaciones costosas, pero si espacios físicos adecuados y personal entrenado, en cuanto a la familia es importante involucrarla para que se practique actividad física los fines de semana, para promover estilos de vida saludables.

En el sobrepeso y la obesidad infantil se requiere de un esfuerzo para poner atención en todos los niveles de acción sobre la salud, pero más específicamente al nivel de las políticas y regulaciones entre el sector salud y educación.

Las Organizaciones e Instituciones de Salud Públicas se obligan a incrementar sus alianzas para promover una educación para la salud y deben dedicar mayores recursos a la prevención, ya que los estilos de vida están en la base de muchos problemas de salud, ya que a partir de la obesidad se puede llegar al desarrollo de diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer.

La prevención es parte medular ya que se deben diseñar estrategias de intervención en guarderías, escuelas, asociaciones, medios laborales y los diferentes medios de comunicación.

Por último reflexionando que la obesidad es un problema de salud pública de primer orden se exhorta a que se establezca un compromiso formal de todos los sectores implicados como: gobiernos, instituciones sanitarias, medios informativos, industria privada, para que se diseñen programas a mediano y largo plazo, en educación en nutrición, educación física, en donde la familia es parte fundamental para facilitar la aplicación y adhesión psicoafectiva a normas dietéticas saludables.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, A. (2008). Aprender Jugando 1: dinámicas vivenciales para capacitación, docencia y consultoría. México: LIMUSA.
- Alvarado, A., Guzmán, E., y González, M. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención Psicológica en pacientes con Obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10, (2), 417 – 428.
- American Academy of Pediatrics. (1998). Committee on Nutrition. *Pediatrics*, 107, (5), 1210- 1213.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC.
- American Obesity Association. (2000). *Cecil Textbook of Medicine* (21 ed.) New England : W.B. Saunders Company.
- Assoun, P. (1994). *Psicosomática*. Buenos Aires: Paídos.
- Borbolla R., Elizondo L., Patiño B., Ugalde P. (2009, Enero 27).”Anemia estado nutricional, nivel de actividad física y sedentarismo y determinación del nivel de plomo sérico en una muestra de niños en etapa escolar en el estado de Nuevo León.” , El Norte.com/vida. P.1.
- Boris, L. (1995) *El enfermo psicosomático en la practica*. España: Heder.
- Bueno, M., Bueno, G., Moreno, L., Sarria, A., Bueno, O. (2001). Epidemiología de la Obesidad en los países desarrollados. En: Obesidad Infantil y Juvenil. Estudio Enkid. Ed. Masson.
- Branguisky, J. (2002). Prevalencia de la obesidad en America Latina. Anales Navarra vol. 25, suplemento 1.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York: Basic Book.
- Cantú, R. y López, G. (2009) *Psicología de la salud antecedentes, aplicaciones y propuestas*. México: Editorial UANL
- Carrobes, J. (1984). *Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención*. España: Pirámide.
- Castañeda, A. (2006). Relación entre las actitudes Maternas y el Proceso de Adaptación Personal del Niño Obeso Pediátrico. *Psicocentro* 11, 1-19.
- Centro de Investigación en Alimentos y Desarrollo (2009, enero 27). Los niños jornaleros migrantes que llegan a Sonora sufren ansiedad, depresión y estrés: CIAD. Consultado en Abril de 2009. en:<http://www.ciad.mx/content/view/223/1/>
- Centro Nacional para Estadísticas de Salud en Colaboración con el Centro Nacional para Prevenir Enfermedades Crónicas y Promoción para la Salud (2000). Consultado en Mayo 30, 2007 en <http://www.cdc.gov/growthcharts>
- Cole, T., Bellizi, M., y Flegal, K. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide international survey. *British Medical Journal*. 320, 1240-1243.
- Comité de Expertos de la OMS (1995). Sobre el estado físico: El estado físico: uso e interpretación de la antropometría. Serie de informes técnicos, 854. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud.
- Committee on Nutrition American Academy Pediatrics. Obesity in children (1998). *Pediatric Nutrition Handbook* En: Kleinman RE. (4 ed.), Grove Village Illinois.
- Cruz, M., y Bosch, J. (1998) *Altos de Síndromes pediátricos*. Barcelona: Espaxs.

- Curcio, C. (2002). *Investigación Cuantitativa*. Colombia: Kinesis.
- Curtiss, H. (2007). Relation between weight status, gender, ethnicity and the food and activity choices of 6th and 9th graders. Ph.D. dissertation, University of South Florida, United States -- Florida. Retrieved May 23, 2008, from Dissertations & Theses: Full Text database. (Publication No. AAT 3260054)
- Chiooza, L. (1997). *Los afectos ocultos*. Buenos Aires: Alianza.
- Chueca, M., Azcona, C. y Oyanzábal, M. (2002). Obesidad Infantil. *ANALES Sis. San Navarra* 25 (Supl.1): 127-141.
- Durá, T., y Sánchez- Valverde, F. (2005). Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social? *Nutrición Infantil Pediátrica*, 63, 204-207.
- Edmunds, L., Waters, E. y Elliot, E. (2001). Manejo de la obesidad infantil basado en la evidencia. *British Medical Journal* 323, 916- 919.
- Edmunds, L. (2008). Social Implications of Overweight and Obesity in Children. *Pediatric Nursing*, Vol. 13 N°3 191-200.
- Expert Committee Recommendations on the Assessment, Prevention, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. (2007) Consultado en Junio 15, 2009 en: www.ama-assn.org/ama/pub/upload/mm/433/ped_obesity_recs.pdf
- Franklin, J., Denyer, G., Steinbeck, K., Caterson, I., y Hill, A. (2006). Obesity and Risk of Low Self-esteem: A statewide survey of Australian Children. Consultado en Febrero 14, 2009 en: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/118/6/2481>
- First, M., Frances, A. y Alan, H. (2005). *DSM-IV-TR Guía de uso*. Barcelona: Masson.
- Gaskin, P. y Walker, S. (2003). Obesity in a cohort of black Jamaican children as estimated by BMI and other indexes of adiposity. *Eur. J. Clin. Nutr*; 57: 420-426.
- Gately, P., Cook, C., Barth, J., Bewick, B., Radley, D. y Hill, A. (2005). Children Residential Weight- Loss Programs Can Work: A Prospective Cohort Study of Short-term Outcomes for Overweight and Obese Children. *Pediatrics*. 116 (1), 73-77.
- Gentry, L. (1984). *Handbook of Behavioral Medicine*. New York: The Guilford Press.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press.
- Godoy, J. (1990). Estrategias de intervención en neuropsicología, en *Jornadas Nacionales de Neuropsicología Clínica y Funciones Cerebrales*. Madrid: Siglo XXI.
- Godoy, J. (1993). *Manual de Técnicas de Terapia y modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Gómez, I. (2007). Intervención Cognitivo Conductual para disminuir la ansiedad infantil. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 6 (1), 1-5.
- Gómez, S., y Marcos, A. (2006). Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Revista Médica Universidad de Navarra*, 50 (4), 23 – 25.
- Guerrero, C. (2010, noviembre 4) “Prohíben en el Senado ‘chatarra’ en las aulas”. *El Norte. Com/Nacional*. Sección. P.6.
- Gussinyé, S (2005). “Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil “Niños en Movimiento. España.” Tesis Inédita Universidad Autónoma de Barcelona.
- Hafetz, J. (2006). "The intergenerational transmission of health knowledge and behaviors: An evaluation of the Go! Kids Obesity Prevention Program". ETD Collection for Fordham University. Paper AAI3255044.
- Hagin, S. (2006). Family environment, eating attitudes and behaviors, and depressive symptoms in children aged 7 to 12. Dissertation Psychotherapy, Rosalind Franklin University of Medicine and Science, United States- Illinois Retrieved Oct. 05, 2006

- from Dissertations: Full text database. (Publication N^a AAT 1434184).
- Hall, J., Monreal, L., Vega, J., Pérez, P., y Ochoa, P. (2007). Prevalencia de sobrepeso y Obesidad en una escuela primaria de Culiacán Sinaloa. México. Consultado Abril 23, 2009 en: <http://74.125.47.132/search?q=cache:-J46HeBVL6YJ:www.licufi.buap.mx/memorias/trabajos/2.doc+PROGRAMAS+PARA+LA+OBESIDAD+DE+NI%C3%91OS+MEXICO&cd=31&hl=es&ct=clnk>
- Hawkins, M. y Hawkins, F. (1999). Obesidad en la edad Pediátrica. *Pediátrica* 19 (9) 321-329.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4^a edición). México: Mc Graw Hill.
- IMSS (2008). *Falta de ejercicio, causa de obesidad infantil*. Consultado en Abril 22, 2009, en: <http://www.elfinanciero.com.mx/ElFinanciero/Portal/cfpages/contentmgr.cfm?docId=167680&docTipo=1&orderby=docid&sortBy=ASC>
- IMSS (2009). México es el país con más niños obesos en el mundo. Consultado en Abril 13, 2009, en: <http://www.ortomolecular-obesidad.com/2009/04/mexico-es-el-pais-con-mas-ninos-obesos.html>
- Ionescu, S. (1991). Catorce Enfoques de la Psicopatología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Jackson, S. (1986). *Historia de la melancolía y la depresión*. Madrid: Turner.
- Jiménez, S. y Borjau, R. (1997) Epidemiología y complicaciones clínicas de la obesidad En: Turón VJ. *Trastornos de la alimentación Anorexia nerviosa Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson.
- Jonides, L., Buschbacher, V. y Barlow, S. (2002). Management of Child and Adolescent Obesity: Psychological, Emotional, and Behavioral Assessment. *Pediatrics*, 110, 215-221.
- Kay, R. (1981). Some psychological dynamics of obesity in Childhood: The relationships among anxious attachment, impaired self-identity, and body image. Ph.D. dissertation, California School of Professional Psychology - Los Angeles, United States -- California. Retrieved May 23, 2008, from Dissertations & Theses: Full Text database. (Publication No. AAT 8124393).
- Kitzmann, K., Dalton, W. y Buscemi, J. (2008) Beyond Parenting Practice: Family Context and the Treatment of Pediatric Obesity. *Family Relations*, Tomo 57, N^o1; 13- 23.
- Kornblit, A. (1996). *Somática Familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Landero, R., y González, M. (Ed.) (2006). *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*. México: Trillas.
- Ludwig, D., Ebbeling, C., Kerr, D., Dietz, W. y Robinson T. (2005). Overweight Children and Adolescents. *The New England Journal Medicine*; 353:P.1070-1071.
- Marks, D. (1999). *Health Psychology as agent of Critical and Qualitative Approaches to Change: Reconstructing Health psychology, First international conference on Health Psychology*. ST John's Newfoundland, Canada.
- Marks, D., Murray, M., Evans, Brian., Willig, K., Woodall, K. y Sykes, K. (2008) *Psicología de la Salud Teoría, investigación y práctica*. Mexico: Manual Moderno.
- Martínez, A. (2005). Prevención integral de la obesidad infantil; el Plan Andaluz. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 7, Supl 1: 21- 34.
- Moore, N. (2008). Differences among parents whose concerns about child overweight are realistic or not. M.S. dissertation, Oklahoma State University, United States --

- Oklahoma. Retrieved May 23, 2008, from Dissertations & Theses: Full Text database. (Publication No. AAT 1453101).
- Morales, C. (1991). Procedimientos de evolución de factores psicosociales de riesgo de enfermar. *Revista Interamericana de Psicología*, 24 (2), 215- 220.
- Mc. Dougall, J. (1993). *Alegatos por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paídos
- Naghi, M. (1992). Metodología de la Investigación. México: Limusa.
- Nasio, J. (1996). *Los gritos del cuerpo*. Buenos Aires: Paídos.
- Nowickap, P., Lanke, J., Pietrobelli, A., Aritzsch, E. y Flodmark, C. (2009). Soport camp with six months of support from a local sports club as a treatment for childhood obesity. *Public Health*, 37 (8), 793-800.
- Oblitas, L. (2006) *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdez.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamah, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., y Sepúlveda, J. (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Ollendick, T., Seligman, L., Goza, A., Bvrd, D. y Singh, K. (2003). Anxiety and Depression in Children and Adolscents A factor- Analytic Examination of the Triperite Model. *Journal of Child and Family Studies* pag. 12, 2-6.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, (2008). Consultado en Noviembre 11 del 2010 de:
http://www.oecd.org/document/39/0,3343,es_36288966_36288553_41992295_1_1_1_1,00.html
- Osuna, M. (2010, noviembre 25). “Aprueban Ley contra Obesidad Infantil”
 Informador.com.mx /México.
- Paxton, H. (2005). The effects of childhood obesity on self-esteem. Ed.S. dissertation, Marshall University, United States -- West Virginia. Retrieved May 23, 2009, from Dissertations & Theses: Full Text database. (Publication No. AAT 1427109).
- Pérez, Á. (1991). *Psicología Clínica. Problemas fundamentales*. México: Trillas.
- Puder, J. y Munsch, S. (2010). Psychological correlates of children Obesity. *International Journal of Obesity* Vol. 34: 12-37.
- Prevención y tratamiento de la obesidad infantil en atención primaria (2008). *La Obesidad*. Consultado en Abril 22, 2009 en:
http://74.125.47.132/search?q=cache:wrVscK45CMMJ:www.nexusediciones.com/pdf/nutri2004_4/n-10-4-005.pdf+PROGRAMA+MULTIDISCIPLINARIO+OBESIDAD+INFANTIL&cd=13&hl=es&ct=clnk
- Rodríguez, J. (1991). Psicología de la Salud: Situación en la España Actual. *Revista de Psicología de la Salud* 3, 55-91.
- Rodríguez, A. (2002). Consideraciones en torno al tratamiento psicopediátrico de la obesidad infantil. En: Bermúdez JA y De los Santos A Psico-Endocrinología del niño y del adolescente. España: Pharmacia.
- Roessner, S. (1998). Childhood obesity and adulthood consequences. *Acta Pediátrica*, 87 (1), 1-5.
- Romero, J. (2008) *Escuela gratuita especializada para tratar niños con sobrepeso en México*_ Consultado en Abril 22, 2009
 en:<http://noticias.maixua.com/2008/06/24/escuela-gratuita-especializada-para-tratar-ninos-con-sobrepeso-en-mexico/>
- Rozowski, J. y Cruchet, S. (2007). Proyecto escuelas saludables. Consultado en Abril 01,

- 2008, en Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Disponible:<http://presentaciones.sochipe.cl/modulos.php?mod=portafolios&fn=3eb4ce536339bca7be33f3ce2f012c63&id=368>.
- Sakurai, M. y Abrams, I.(1992). A world between realities: An exploration for therapeutic group culture and transitional phenomena in a long-term psychotherapy group. *Group Psychother*, 42:383- 402.
- Sandoval, I., Romero, E., Vásquez, E., González, J., Martínez., Sánchez, E. y Troyo, R. (2010). Obesidad en niños de 6 a 9 años. Factores socioeconómicos, demográficos y disfunción familiar. *Rev. Medica Instituto Mexicano del Seguro Social* 48 (5) 485-490.
- Silvestri, E. y Stavile, A. (2005). “Aspectos Psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario”. Córdoba. Tesis Inédita Universidad Autónoma de Favaloro.
- Simón, M. (1999). *Manual de Psicología de la Salud*. España: Biblioteca Nueva.
- Secretaría de Salud (2008).Cambiarán desayunos escolares para evitar obesidad en niños. Consultado en Abril 22, 2009 en: <http://www.milenio.com/node/4612>
- Stice, E., Shaw, H. y Marti, C. (2006). A Meta-Analytic Review of Obesity Prevention Programs for Children and Adolescents: The Skinny on Interventions That Work. *Psychological Bulletin*, Vol. 132, N°5, 667-691.
- Swaye, J. y Dermott, M. (2008). *The stigma of childhood obesity: A literature review* Institute Of Professional Psychology. University of Hartford (AT 3287359).
- Vela, A., García, Z., Goñi, A., Suinaga, I., Aguayo, A., Rica, I. y Martul, P. (2009). Plan de intervención en la prevención de obesidad infantil “ErosotasunaZainduz” *Revista Española de Obesidad* Vol. 7 Núm. 2. , 91-96.
- Verduzco, R. (2008). Grupo Informativo Contexto *.Arranca en Coahuila programa para combatir y prevenir la obesidad entre niños*. Consultado en Abril 22, 2009, en: <http://www.grupocontexto.com/?c=118&a=11590>
- Vila, G., Zipper, E., Dabas, M., Bertrand, C., Robert, J., Ricour, C., y Mouren, M. (2004). Mental disorders in obese children and adolescents. *Psychosomatic Medicine*, 66, 387-394.
- Virgen, A., Muñiz, J. Jáuregui, A., y Ruiz, S. (2007). Efectos de programa de intervención en sobrepeso y obesidad de niños escolares en Colima, México. Consultado en Abril 22, 2009 en: Universidad de Colima, Centro Universitario de Investigación Biomédicas en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342007000600003&script=sci_arttext
- William, D., y Thomas, K. (2005). Psychopathology of Eating disorders: A controlled comparison of anorexia, bulimic, obese, and normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 53, 161- 166.
- Yeste, D., García, N., Gussinyer, S., Marhuenda, C., Clemente, M., Albisu, M., Gussinyer, M., y Carrascosa, A. (2008). Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*. 6, 3, 139-152.
- Yu Chung, W. (2002). Strength training, exercise and diet in the management of obesity in children. Ph.D. dissertation, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong. Retrieved May 23, 2007, from Dissertations & Theses: Full Text database. (Publication No. AAT 3066613).

Anexo 1
 Actividades del Campamento de Vacaciones Saludables
 (Parque Mundo de Adiveras)
 22 al 26 de Julio de 2007

Horario	Domingo 22	Lunes 23	Martes 24	Miércoles 25	Jueves 26
7:15		Baño Diario Asignar responsabilidades: arreglar camas, aseo personal, etc supervisados por el guía.			
8:15		Desayuno El guía se encarga de llevar a los niños al comedor y supervisar su comida e higiene personal Restaurante			
9:30		Tema de nutrición: Que es la nutrición Lic. Nut. Emma Martínez Fiesta Americana	Tema de nutrición: Hábitos alimentarios y plato del bien comer. Lic. Nut. Emma Martínez Fiesta Americana	Tema de Nutrición: Leyes de la alimentación Lic. Nut. Emma Martínez Fiesta Americana	Tema de Nutrición: Actividad Física y nutrición Lic. Nut. Emma Martínez Fiesta Americana
10:30	Restaurante	Colación Matutina Área contigua a dormitorios			
11:00		Sesión de actividad física Dra. Griselda Gutiérrez Estadio	Sesión de actividad física Dra. Griselda Gutiérrez Estadio	Sesión de actividad física Dra. Griselda Gutiérrez Estadio	Sesión de actividad física Dra. Griselda Gutiérrez Estadio
12:20		Preparación para ir al comedor			
12:30		Comida (El guía se encargara de llevar a los niños al comedor y supervisar su comida e higiene personal) Restaurante			
13:15		Tema de Psicología Lic. Edith Pompa Televisa Niños Estudio	Tema de Psicología Lic. Edith Pompa Televisa Niños Estudio	Tema de Psicología Lic. Edith Pompa Televisa Niños Estudio	Organización de pertenencias Personales
14:00		Actividad de manualidades Mantel Individual	Actividad de manualidades Taburete para fotografía	Actividad de manualidades Portalápices	Llegada de padres de familia al parque

		Reciclaje	Home Depot	Reciclaje	Televida Niños
14:30	Reunión en FASPYN (salida a las 3 pm)	Sesión de actividad física Dra. Griselda Gutiérrez Estadio	Sesión de actividad física Dra. Griselda Gutiérrez Fuente	Sesión de actividad física Dra. Griselda Gutiérrez Estadio	Clausura y Despedida Televisa Niños
16:30	Llegada al parque y distribución en dormitorios	Clase de cocina y colación vespertina Dominós Pizza Comerán la colación en ese lugar	Clase de cocina y colación vespertina Corn Flakes Comerán la colación en área contigua a dormitorios	Clase de cocina y colación vespertina Yopli Comerán la colación en área contigua a dormitorios	
17:45	Bienvenida al campamento Definir posible salón de fiestas	Aseo Personal y organización de dormitorios (Cada integrante del equipo)			
18:00	Integración y conociendo al vecino Definir lugar posible salón de fiestas				
19:00	Elaboración de: código de vida Definir lugar posible salón de fiestas	Cena El guía se encargara de llevar a los niños al comedor y supervisar Su comida e higiene personal Restaurante			
19:45	Cena El guía se encargara de llevar a los niños al comedor y supervisar su comida e higiene personal Restaurante	Actividad Nocturna Go Carts Pista de Go	Actividad Nocturna Noche Disco Fiesta	Actividad Nocturna Fogata Nocturna	

19:45	Actividad Nocturna Lotería de Nutrición Área contigua a dormitorios	Carts	Americana	Área cercana a dormitorios entre el 48 y la pista de Go Carts	
21:00	Hora de Dormir				

Actividades 2008

Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
	Inicio de actividades: Aseo personal (Cada guía es responsable de que el niño tenga su adecuado aseo diario)					Evento de Clausura en FASPY N 9:30 am – 11:00am Lugar: Auditorio Fundadores
	Desayuno Lugar: Cafetería					
	Tema de medicina: Pabellón de la Salud	Tema de medicina: Pabellón de la Salud	Tema de acondicionamiento físico: Lugar : televisa deportes	Tema de medicina: Pabellón de la Salud	Tema de acondicionamiento físico: Lugar : Televisa deportes	
	Actividad Física Lugar: Estadio	Actividad Física Lugar: Estadio	Actividad Física Lugar: Estadio	Actividad Física Lugar: Estadio	Actividad Física Lugar: Estadio	
	Colación Matutina Lugar: Dominós Pizza	Colación Matutina Lugar: Kelloggss	Colación Matutina Lugar: FUD	Colación Matutina Lugar: Yopli	Colación Matutina Lugar: Chartas	
	Tema de Nutrición : La nutrición y yo Lugar: Fiesta Americana	Tema de Nutrición: como integrar mi dieta Lugar: Fiesta Americana	Tema de Nutrición: Mis tiempos de comida Lugar: Fiesta Americana	Tema de Nutrición: Colaciones que hacer Lugar: Fiesta Americana	Tema de Nutrición: La hidratación saludable y el ejercicio Lugar: Fiesta Americana	
	Visita a un Área del Parque: Aeroméxico	Visita a un Área del Parque: Radio EXA	Visita a un Área del Parque: SYMA prueba de manejo	Visita a un Área del Parque: Bomberos	Visita a un Área del Parque: El Norte	
	Comida Lugar: Cafetería					
Reunión en FASPYN (Salida 2:45)	Tema de Psicología Lugar: Televisa	Tema de Psicología Lugar: Televisa Niños	Tema de Psicología Lugar: Televisa Niños	Tema de Psicología Lugar: Televisa	Tema de Psicología Lugar: Televisa Niños	

	Niños			Niños		
	Clase de cocina: Diferentes tipos de sándwich saludables.	Manualidades, desarrollo artístico Lugar: Comex	Manualidades desarrollo Artístico: Lugar: Comex	Clase de cocina realización de colaciones	Organización de pertenencias	
Llegada a Parque	Actividad Física Tirolesa	Actividad Físico Lugar: Todo el parque, carrera de pistas	Actividad física: Tirolesa	Actividad física: Tirolesa	Tarde Libre	
4:00 pm Integración dinámica de psicología	Colación Vespertina: Lugar: Mesas de Cabañas					
Colación Vespertina	Fuente Interactiva Tina	Gotcha Lugar: Área de gotcha	Fiesta de Globos Lugar: Área de Cabañas	Fuente Interactiva Tina	Regreso a Monterrey	
Conociendo a tu vecino	Aseo Personal				6:30 – 7:00pm Regreso a FASPYN	
Organización de cabañas						
Cena						
Actividades Sociales: Organización de Cabañas e integración de equipos	Actividades Sociales: Carrera de Go Carts Lugar: Go Carts (8:00 pm)	Actividades Sociales: Noche Disco Lugar: Fiesta Americana	Actividades Sociales: Noche de Cine Lugar: Fiesta Americana	Actividades Sociales: Velada y Fogata Lugar: Área de Cabañas		

Anexo 2
CAMPAMENTO DE VERANO
ENTREVISTA INFANTIL

Datos Generales

Anexo 2 Entrevista Infantil

Nombre: _____
Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado escolar: _____
Dirección: _____
Teléfono: _____
Nombre del padre: _____
Edad: _____ Grado de estudios del padre: _____
Ocupación: _____
Nombre de la madre: _____
Edad: _____ Grado de estudios de la madre: _____
Estado de la pareja: _____ # de hermanos: _____ Edades _____
Peso inicial: _____
1.- Comúnmente ¿comen con un horario establecido? _____
2.- ¿Qué días de la semana comen en familia? _____
3.- Los fines de semana ¿Comen en familia? _____
4.- ¿Suelen comprar la comida o es hecha en casa? _____

Imagen Corporal

5.- Cuándo te ves en el espejo ¿Cómo ves tu cuerpo? _____
6.- ¿Qué le cambiarías? _____
7.- ¿Qué harías tú para cambiarlo? _____
8.- ¿Qué sientes con respecto a eso? _____

Alimentación

9.- ¿Qué te da de comer tu mamá? _____
10.- ¿Cuándo ves la tele comes? _____
11.- ¿Qué es lo que comes? _____
12.- ¿Cuándo sales a la calle siempre te compran algo tus papas de comida? _____

13.- ¿Dejas de comer hasta que te sientes lleno? _____
14.- ¿Tus papas te dejan comer todo lo que tú quieras? _____
15.- ¿Comes de más cuando te sientes triste o enojado? _____
16.- ¿Te sientes incapaz de parar de comer? _____
17.- ¿Te sientes culpable de comer de más? _____
18.- ¿Vomitas o usas laxantes para sentirte mejor después de comer? _____
19.- Para ti, ¿Qué es una dieta? _____

Familia

20.- ¿Tienes alguien al cual le puedes contar tus cosas? ¿Quién es? _____
21.- ¿Recibes burlas o críticas acerca de tu sobrepeso? _____
22.- ¿Te aíslas de los demás? _____
23.- ¿Platicas con todos los miembros de tu familia? _____
24.- ¿Tienes problemas o pleitos en tu familia? _____
25.- ¿Te ha pasado algo triste en tu vida? _____
26.- ¿Te gusta hacer ejercicio? _____
27.- ¿Realizas algún deporte? SI NO ¿Cuál (es)? _____
28.- ¿Qué días de la semana lo practicas?
LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO
DOMINGO
29.- ¿Cuántas horas al día practicas ese deporte?
MENOS DE 1 HR AL DIA UNA HORA AL DIA MÁS DE UNA HORA
AL DIA
30.- ¿Cuántas horas al día ves la televisión?
MENOS DE 1 HR AL DIA UNA HORA AL DIA MÁS DE UNA HORA

AL DIA

31.- ¿Qué programas ves en la televisión? _____

32.- ¿Te gusta jugar con las maquinitas, nintendo, videojuegos o computadora? SI NO

33.- ¿Qué días de la semana juegas?

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

DOMINGO

34.- ¿Cuánto tiempo juegas?

MENOS DE 1 HR AL DIA UNA HORA AL DIA MÁS DE UNA HORA
AL DIA

35.- ¿Qué días de la semana desayunas?

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

DOMINGO

36.- ¿Qué días de la semana comes?

LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SABADO

DOMINGO

37.- ¿Qué días de la semana cenas?

38.- ¿Te terminas todo lo que te sirven en el plato? SI NO

39.- ¿Cuándo estas triste, enojado, aburrido o nervioso tus papás te compran un helado o lo que tú quieras comer para que te sientas mejor? SI NO

40.- Cuando haces tú tarea o lo que te piden tus papás, ¿ellos te premian llevándote a comer a donde tú quieras o haciéndote de comer lo que más te gusta? SI NO

41.- Cuando te pones triste, alegre, aburrido, nervioso, enojado, ¿te dan ganas de comer? SI NO

42.- ¿Alguna vez tu mamá se ha puesto a dieta para bajar de peso? SI NO

43.- ¿Alguna vez tu papá se ha puesto a dieta para bajar de peso? SI NO

44.- ¿Alguna vez alguien de tu familia te ha obligado a bajar de peso? SI NO

45.- Escribe en la línea que aparece al lado de cada una de las palabras de la siguiente lista, si esa característica es de una persona **GORDA** o de una persona **FLACA**.

Feliz _____

Tonto _____

Agresivo _____

Inteligente _____

Feo _____

Aburrido _____

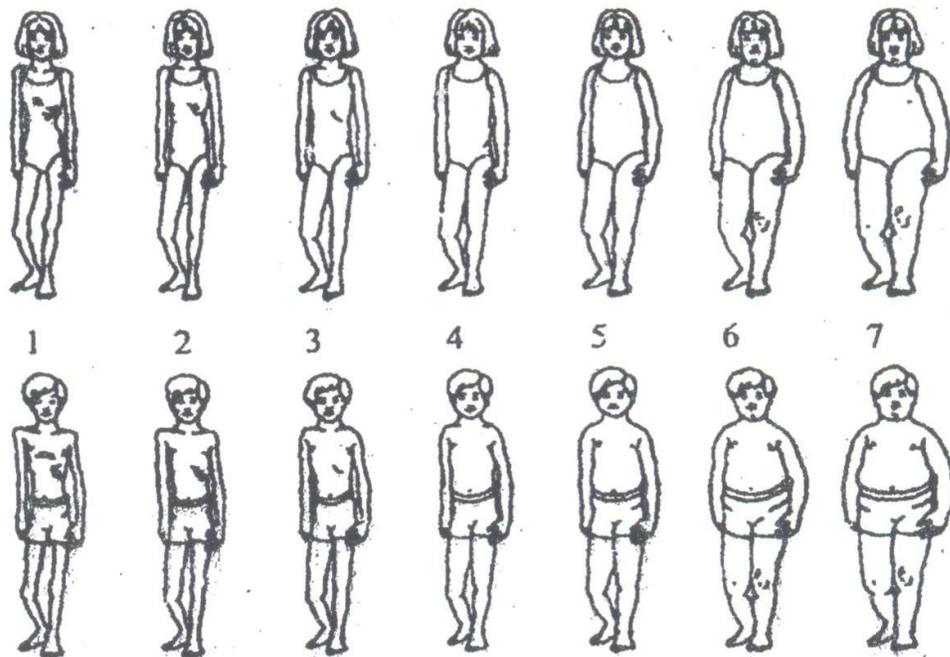
Simpático _____

Enojo _____

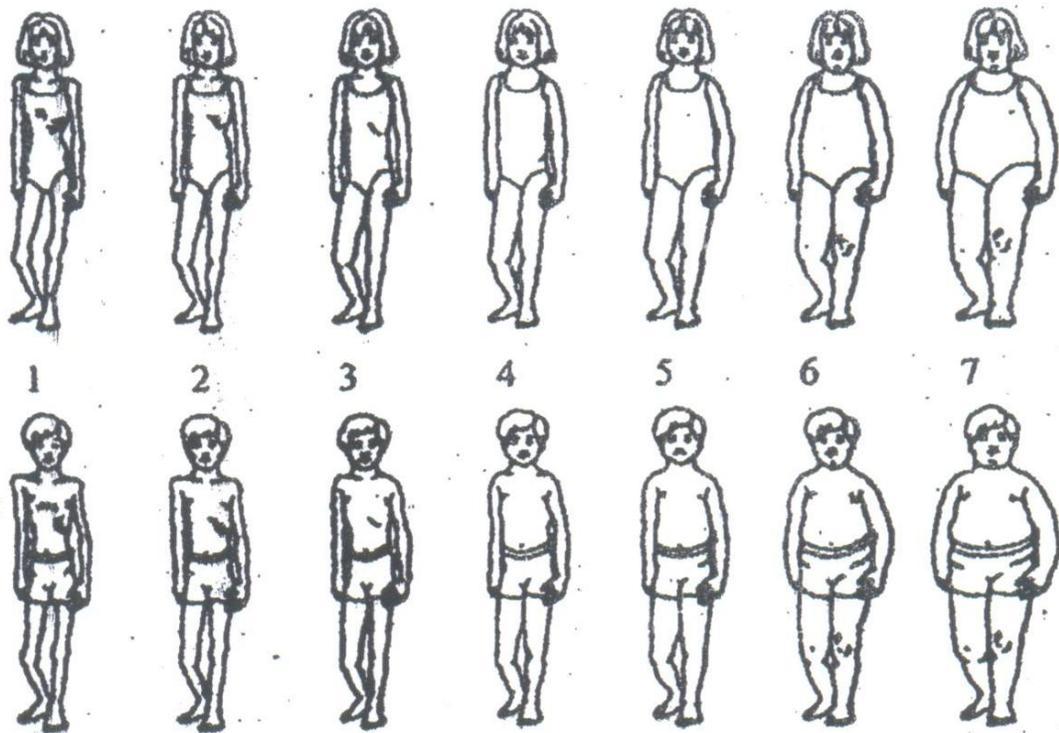
Alegre _____

Tranquilo _____

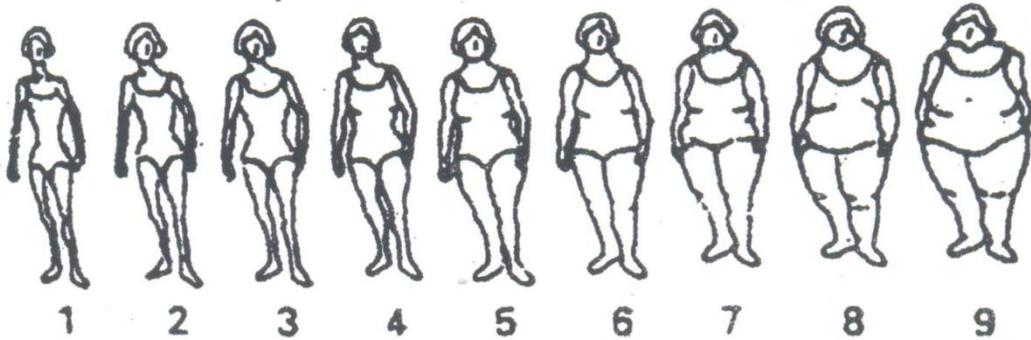
46.- Abajo hay unas figuras humanas. Por favor marca con una tacha (X) según si eres NIÑA o NIÑO, el dibujo de CÓMO VES TU CUERPO.



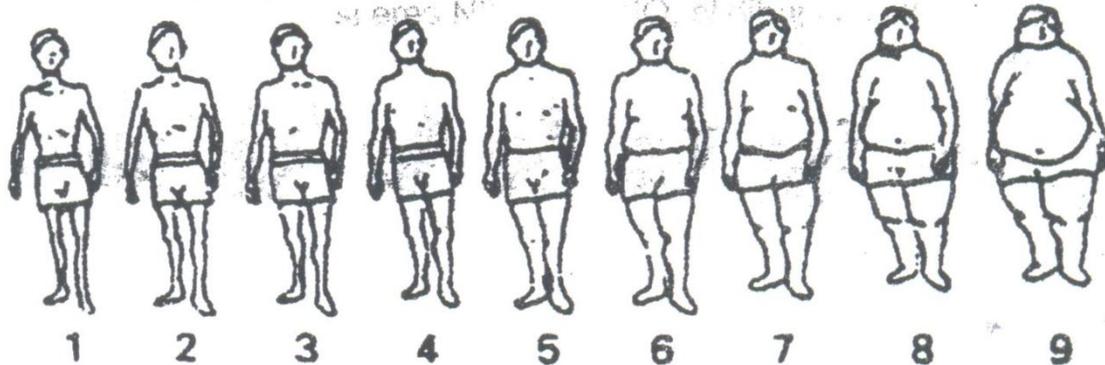
47. Ahora marca con otra tacha (X). Según si eres NIÑA o NIÑO, el dibujo de CÓMO TE GUSTARÍA QUE FUERA TU CUERPO.



48. Ahora mira las figuras que están abajo. Pon una tacha (X) en la figura que tiene tu MAMÁ actualmente.



49. Ahora mira las figuras que están abajo. Pon una tacha (X) en la figura que tiene tu PAPÁ actualmente.



Anexo 3

Intervención 2007

Sesión	Tema	Objetivo	Actividad
1 sesión agosto	Generando un ambiente de confianza.	Generar una interacción en un ambiente de confianza para el grupo.	Dinámicas de rapport y rompe hielo y, generar una carta de compromiso.
2 sesión septiembre	Reconociendo mi situación (hacia mi persona)	Permitir al grupo que hablen de sus percepciones personales y detecten que tiene algo en común y que están trabajando en consecuencia.	El niño del espejo como se siente como es y que quiere cambiar.
3 sesión octubre	Como vamos.	Revisar avances y sentimientos que ha desencadenado este proceso.	Plenario grupal.
4 sesión noviembre	La Frustración.	Reconozcan un sentimiento que puede sabotearlos en su proceso.	Cien mexicanos dijeron.
5 sesión Diciembre	Reconociendo la clasificación de los alimentos.	Reforzar estos conocimientos y vincularlos con lo aprendido en nutrición.	Resolución del Juego Sopa de letras.
6 sesión enero	Cierre.	Darle el espacio al grupo para que expresen sus sentimientos por el cierre de las sesiones.	Dinámica La fiesta y los regalos que les vas a obsequiar a tus compañeros.

Intervención 2008

Sesión	Tema	Objetivo	Actividad
1 sesión agosto	Generando un ambiente de confianza.	Generar una interacción en un ambiente de confianza para el grupo.	Dinámicas de rapport y rompe hielo y, generar una carta de compromiso.
2 sesión agosto	Reconociendo mi situación (en el exterior).	Permitir al grupo que hablen de sus experiencias personales y detecten que tiene algo en común y que están trabajando en consecuencia.	Llenando la bolsa con lo que los otros me dicen y el despojarme de eso que me lastima.
3 sesión septiembre	Reconociendo mi situación (hacia mi persona)	Permitir al grupo que hablen de sus percepciones personales y detecten que tiene algo en común y que están trabajando en consecuencia.	El niño del espejo como se siente como es y que quiere cambiar.
4 sesión septiembre	Como vamos.	Revisar avances y sentimientos que ha desencadenado este proceso.	Plenario grupal.
5 sesión octubre	Reconociendo mis sentimientos.	Proporcionar un medio no verbal para el reconocimiento de sentimientos.	Esculpiéndome en plastilina.
6 sesión octubre	Reconociendo nuestros sentimientos.	Proporcionarles un medio en el que detecten cuales son los sentimientos que como grupo experimentan.	Elaboración de un collage de nuestros sentimientos.
7 sesión noviembre	Reconociendo que me producen estos sentimientos	Que el grupo reconozca que situaciones concretas les producen diferentes sentimientos.	Representación puesta en escena.
8 sesión diciembre	Como vamos.	Revisar avances y sentimientos que ha desencadenado este proceso.	Plenario grupal.
9 sesión noviembre	Reconociendo cuales sentimientos me llevan a comer.	Que el grupo identifique cuales son los sentimientos que los llevan a comer.	Dibujo de una historieta.
10 sesión enero	La Frustración.	Reconozcan un sentimiento que puede sabotarlos en su proceso.	Cien mexicanos dijeron.
11 sesión febrero	Detectando obstáculos.	Reconocer los obstáculos que estoy teniendo en este	El camino a la meta (serpientes y escaleras).

		proceso.	
12 sesión febrero	Dar y recibir afecto.	Brindar herramientas al grupo que les permitan expresar afectos de manera asertiva.	Bombardeo intenso de afectos positivos.
13 sesión marzo	Como vamos.	Revisar avances y sentimientos que ha desencadenado este proceso.	Plenario grupal.
14 sesión abril	El significado de los alimentos.	Permitirle al grupo que relacione el significado que tiene los alimentos para ellos.	Solución de casos. Visitando a un niño enfermo. Planeado un día de campo. Premiando a un niño por sus calificaciones.
15 sesión abril	Reconociendo la clasificación de los alimentos.	Reforzar estos conocimientos y vincularlos con lo aprendido en nutrición.	Resolución del Juego Sopa de letras.
16 sesión mayo	Despojándome de lo que no quiero.	Permitirle al grupo que elija quiénes son y que quieren ser.	Dinámica la maleta y el baúl.
17 sesión mayo	El niño del espejo.	Darles la posibilidad que elabore el duelo por los cambios que han experimentado a lo largo de este proceso.	Actividad el niño del espejo.
18 sesión junio	Cierre.	Darle el espacio al grupo para que expresen sus sentimientos por el cierre de las sesiones.	Dinámica La fiesta y los regalos que les vas a obsequiar a tus compañeros.

Anexo 4
Leyes

DE LA COMISIÓN DE SALUD, CON PROYECTO DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA LOS ARTÍCULOS 65 Y 66 DE LA LEY GENERAL DE SALUD

Honorable Asamblea:

A la Comisión de Salud de la LXI Legislatura de la Cámara de Diputados del honorable Congreso de la Unión, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 y 45, numeral 6, incisos e) y f), de La Ley Orgánica del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 56, 87, 88 y demás relativos al Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, presenta el siguiente dictamen:

I. Antecedentes

1. Con fecha 6 de noviembre de 2009, la diputada María Cristina Díaz Salazar, del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, propuso la iniciativa con proyecto de decreto que reforma los artículos 65 y 66 de la Ley General de Salud.
2. Esa misma fecha, la Mesa Directiva turnó la mencionada iniciativa a la Comisión de Salud, para su estudio y posterior dictamen.

II. Contenido

La iniciativa con proyecto de decreto tiene como objetivo fundamental establecer que las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyen y fomenten actividades que promuevan una alimentación equilibrada baja en grasas y azúcares que permitan un desarrollo sano del núcleo familiar y la obligatoriedad de practicar 30 minutos diarios de ejercicio físico para prevenir padecimientos de sobrepeso y obesidad.

Asimismo, que las autoridades sanitarias procuraren que los alimentos proporcionados en las escuelas tengan un mayor aporte nutrimental, evitando los alimentos procesados altos en grasas y azúcares simples.

III. Consideraciones

Primera. La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el derecho a la salud en el párrafo tercero del artículo 4o.: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.... y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución".

Segunda. La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad.

Tercera. La Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, adoptada por la Asamblea de la Salud en 2004, describe las acciones necesarias para apoyar la adopción de dietas saludables y una actividad física regular. La estrategia pide a todas las partes interesadas que actúen a nivel mundial, regional y local, y tiene por objetivo lograr una reducción significativa de

la prevalencia de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo comunes, y en particular de las dietas poco saludables y de la inactividad física.

Cuarta. La labor de la OMS en materia de dieta y actividad física es parte del marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas que tiene el Departamento de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, cuyos objetivos estratégicos consisten en fomentar la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas; promover la salud, especialmente entre las poblaciones pobres y desfavorecidas; frenar e invertir las tendencias desfavorables de los factores de riesgo comunes de las enfermedades crónicas, y prevenir las muertes prematuras y las discapacidades evitables debidas a las principales enfermedades crónicas.

Esta labor es complementada por el Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, cuyos objetivos estratégicos consisten en fomentar el consumo de dietas saludables y mejorar el estado nutricional de la población a lo largo de toda la vida, especialmente entre los más vulnerables, para lo cual proporciona apoyo a los países para que elaboren y apliquen programas y políticas nacionales intersectoriales de alimentación y nutrición que permitan hacer frente a la doble carga de enfermedades relacionadas con la nutrición y contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Quinta. En México, la obesidad infantil se ha convertido en un problema social y una preocupación pública, ya que en la actualidad la Secretaría de Educación Pública determinó que el 30 por ciento de la población infantil sufre sobrepeso y obesidad. Es decir, uno de cada diez niños es obeso al llegar a los 10 años, por lo que uno menos con esta enfermedad tiene más probabilidades de presentar un mayor número de enfermedades a diferencia de los infantes delgados.

Sexta. El problema no radica en el exceso de peso que tiene el infante, sino en las enfermedades crónicas que puede presentar a largo plazo. Las enfermedades pueden ser cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, ciertos tipos de cáncer y problemas en las vías respiratorias.

Octava. La obesidad infantil contribuye a engrosar las cifras de mortalidad por estas enfermedades a la edad adulta. Un gran porcentaje de niños que tienen exceso de peso tiene una respiración trastornada por el sueño, la cual se refleja en problemas conductuales, hiperactividad y dificultad para permanecer despierto en la escuela.

Novena. En los últimos 20 años, la obesidad infantil en México se triplicó, por lo que es necesario que autoridades sanitarias, educativas y laborales de ámbitos estatales y federales lleven a cabo acciones responsables de la educación de los menores, que produzcan verdaderos cambios en el modelo de vida, tales como mayor actividad física y mejores hábitos alimenticios.

Décima. Los integrantes de esta Comisión coinciden y apoyan la moción de la diputada promovente la cual considera necesario e indispensable realizar una campaña de prevención, tratamiento y control de esa enfermedad como la obesidad, ya sea por medio de folletos, campañas permanentes programas y actividades de educación o sistemas permanentes de vigilancia y pláticas de orientación médica especializadas y gratuitas, destacando la importancia del cuidado de la salud, que se fomente el interés y bienestar social de todos los mexicanos, principalmente de los menores de edad, sin distinción de clase social;

que se encauce a todos los mexicanos, con independencia de los niveles socioculturales y económicos, pues las enfermedades no hacen distinciones.

Décima Primera. Asimismo se coincide respecto a que es necesario dotar a la Secretaría de Salud con las facultades precisas para prestar servicios básicos de salud a la población mexicana que presenta claros síntomas de sobrepeso y obesidad, así como para fortalecer los programas de educación y de nutrición que tiene por objeto promover hábitos de alimentación adecuados para cada individuo y, ante todo, para establecer programas y llevar a cabo actividades cuyo propósito sea prevenir, tratar de modo adecuado y controlar la obesidad en el país.

Los integrantes de esta comisión consideran viable la propuesta realizada por la diputada.

Por las consideraciones anteriormente expuestas los integrantes de la Comisión de Salud de la LXI Legislatura someten a consideración de la honorable asamblea, el siguiente proyecto de **Decreto por el que se reforman los artículos 65 y 66 de la Ley General de Salud**

Artículo Único. Se reforman los artículos 65, fracción II; 66, primer párrafo, y se adiciona una fracción III, recorriéndose en su orden las demás fracciones, al artículo 66 de la Ley

General de Salud, para quedar como sigue:

Artículo 65. ...

I. ...

II. Las actividades recreativas, de esparcimiento, culturales y de promoción para proveer una alimentación equilibrada baja en grasas y azúcares que permitan un desarrollo sano del núcleo familiar, procurando así la salud física y mental de la familia;

III. La obligatoriedad escolar de practicar 30 minutos diarios de ejercicio físico para prevenir padecimientos de sobrepeso y obesidad que ponen en peligro la salud física y mental de los menores;

IV. y V.

Artículo 66. En materia de higiene escolar, corresponde a las autoridades sanitarias establecer las normas oficiales mexicanas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar, procurando que los alimentos expendidos en las escuelas tengan un mayor aporte nutrimental evitando los alimentos procesados altos en grasas y azúcares simples, las autoridades educativas y sanitarias se coordinarán para la aplicación de las mismas.

ANEXO

Jueves, 04 de Noviembre de 2010

Primer Periodo Ordinario

No. Gaceta: 171

Dictámenes a Discusión

De las Comisiones Unidas de Salud; de Educación; de Atención a Grupos Vulnerables; de Estudios Legislativos; y de Estudios Legislativos, Segunda, el que contiene proyecto de decreto que reforma y adiciona la Ley General de Salud, la Ley General de Educación, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley General de la Infraestructura Física Educativa, en relación con la educación alimentaria, el sobrepeso, la obesidad, los trastornos de la conducta alimentaria y la actividad física para la salud.

INICIATIVA RELATIVA A LEY ANTI OBESIDAD INFANTIL APROBADA EN LA CÁMARA DE DIPUTADOS.

El pasado 13 de abril de 2010, el pleno de la Cámara de Diputados aprobó un dictamen que contenía una iniciativa con proyecto de decreto para reformar la fracción II del artículo 65, el primer párrafo, del artículo 66 y adicionarle una fracción III al mismo, recorriéndose en su orden las demás fracciones, ambos de la Ley General de Salud; tal propuesta fue realizada por la Diputada María Cristina Díaz Salazar del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, misma que consiste en establecer que las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyen y fomenten actividades que promuevan una alimentación equilibrada baja en grasas y azúcares que permitan un desarrollo sano del núcleo familiar, además de promover que los alimentos proporcionados en las escuelas de educación básica tengan un mayor aporte nutricional, así como la obligatoriedad de practicar 30 minutos diarios de ejercicio físico para prevenir padecimientos de sobrepeso y obesidad.

Dicho dictamen fue enviado al Senado para su discusión y aprobación esa misma fecha, sin embargo, su trámite no ha prosperado en la Comisión de Salud de ese órgano legislativo.

Se anexa la iniciativa realizada por la Diputada María Cristina Díaz Salazar.

INICIATIVA RELATIVA A LEY ANTI OBESIDAD INFANTIL APROBADA EN EL SENADO DE LA REPUBLICA.

El pasado 4 de noviembre de 2010, el pleno del Senado de la República aprobó un dictamen totalmente distinto al que fue enviado por la Cámara de Diputados, mismo que contiene varias iniciativas que proponen reformas a diversas disposiciones de la Ley General de Salud, la Ley General de Educación, la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y la Ley General de la Infraestructura Física Educativa, que buscan adecuar la normatividad en materia de salubridad y educación, para que las instituciones gubernamentales tengan instrumentos en el tratamiento del sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, como asuntos de salud pública y materia de salubridad general, además de crear condiciones que favorezcan a un consumo responsable de alimentos de parte de la población a partir de disponer de mayores elementos informativos.

Entre las medidas más representativas en la materia destacan las siguientes:

- Diseñar y ejecutar políticas públicas que propicien adecuadas pautas de conducta alimentaria, garanticen un combate eficiente al sobrepeso, obesidad, desnutrición y trastornos de la conducta alimenticia, y cuyos avances y resultados sean objeto de evaluación;
- Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, sobrepeso, obesidad, actividad física para la salud, trastornos de la conducta alimentaria;
- La obligación La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública de elaborar e instrumentar programas de educación para la salud, que limiten el consumo de alimentos y bebidas con alto contenido calórico y bajo contenido nutrimental, e impulsen la actividad física;
- El proporcionar a la población información básica, científicamente validada y sistematizada, tendiente a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación para favorecer la adopción de una dieta adecuada a nivel individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales;

- El establecimiento de un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, encaminado a limitar el consumo de alimentos con bajo contenido nutricional y alto contenido calórico e impulsar la actividad física;
 - El establecimiento en los planteles de educación básica y media superior o equivalente, de depósitos de agua equipados con filtros y bebederos públicos, debiendo la Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y los gobiernos de las entidades federativas, y con la colaboración del Instituto Nacional de la Infraestructura Física Educativa y los correspondientes en los Estados y el Distrito Federal, garantizarán su cumplimiento;
 - La constitución del Observatorio Nacional de Alimentación y Nutrición, órgano dependiente de la Secretaría de Salud, que tendrá como facultad llevar a cabo la evaluación y monitoreo en materia de alimentación y nutrición;
 - El señalar que las etiquetas o contra etiquetas para los alimentos y bebidas no alcohólicas, deberán incluir datos de valor nutricional especificados por empaque o envase individual y por el total contenido calórico en cada tipo de presentación, de conformidad con lo señalado por las Normas Oficiales Mexicanas o disposiciones aplicables, así como tener elementos comparativos con los recomendados por las autoridades sanitarias, a manera de que contribuyan a la educación nutricional de la población;
 - Establecer la prohibición de la publicidad de alimentos y bebidas con bajo contenido nutricional y alto contenido en grasas, sales y azúcares solubles, en los centros escolares. Asignando a la Secretaría de Salud, con la colaboración de la Secretaría de Educación Pública, el determinar los alimentos y bebidas, con bajo contenido nutricional y alto contenido en grasas, sales y azúcares solubles, a los que se limitará su comercialización o expendio en los centros escolares;
 - Impulsar la actividad física para la salud y el deporte; y
 - Combatir la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria, mediante la promoción de la actividad física y de una alimentación correcta.
- Dicha minuta fue enviado a ésta Cámara, turnada para su discusión y aprobación a la Comisión de Salud en esa misma fecha; actualmente, tal comisión ha solicitado la opinión de instituciones públicas (GUBERNAMENTALES EN MATERIA DE EDUCACIÓN Y SALUD), privadas (CAMARAS DE COMERCIO) y académicas (UNAM, POLITECNICO,ETC) , con la finalidad de que ello les permita allegarse de mayores elementos para la discusión con sus integrantes, situación que se realizara hasta que se tengan dichas opiniones.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Edith Gerardina Pompa Guajardo
Candidato para el Grado de Doctor

Evaluación de un Programa Multidisciplinario para reducir los niveles de Ansiedad, Depresión e Índice de Masa Corporal en Niños con Sobrepeso y Obesidad.

Campo profesional Docencia, Investigación y Practica Clínica

Lugar de Nacimiento Monterrey, Nuevo León

Fecha 30 de Mayo de 1954

Licenciada en Psicología Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Nuevo León.

Especialidad en Psicoterapia Psicoanalítica Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Nuevo León.

Maestría en Psicología Clínica con Orientación Psicoanalítica. Facultad de Psicología Universidad Autónoma de Nuevo León.

Lista de Publicaciones

Pompa, E. (2005). La diabetes mellitus tipo 2 Un acercamiento psicoanalítico en tanto enfermedad psicosomática para identificar como la angustia y depresión afectan los niveles de glucosa en algunos pacientes. *Diabetes Hoy para el médico y el profesional de la salud* VI (2), 1388- 1391
ISSN: 1665-8396

- Pompa, E. (2007). El impacto de la angustia y depresión en la Diabetes. *Diabetes Hoy para el médico y el profesional de la salud VIII* (5), 1900-1906 ISSN: 1665-8396.
- Álvarez, J., Ybarra, J., Pompa, E. y Samaniego, R. (2007) Autocuidado en personas adultas con diabetes mellitus tipo 2: variables psicosociales relacionadas. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial. Congreso Mexicano de Psicología. Memoria.
- Pompa, E., González, M. y Torres, F. (2010). Ansiedad y Depresión en niños con sobrepeso y obesidad: Resultados de un Campo de Verano. *SUMMA Psicología UST*, 7 (2), 67-74. ISSN: 0718-0446.
- Ancer, L., Meza, C. Pompa, E., Torres, F. y Landero, R. (2011). Relación entre los niveles de autoestima y estrés en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*,.16 (1), 91-102. ISSN: 0185-1594
- Pompa, E. y Montoya, B. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y Salud*,.21 (1), 119-124. ISSN 1405-1109
- Torres, F., Pompa, E., Meza, C., Ancer, L. y González M. (2011). Relación entre Auto Concepto y Apoyo Social en Estudiantes Universitarios. *Daena International Journal of Good Conscience*, 5 (2), 298-307. ISSN: 1870-557X.

Capítulos de Libros

- Pompa, E. (2008) Aspectos emocionales asociados a la aparición de la Diabetes Mellitus tipo 2. En los compiladores Rojas, M, y Muñiz, M. *Perspectivas de la Psicología Clínica*. (pag. 210-224) Universidad Autónoma de San Luis. ISBN 979-705-080-2 (Orig. 2008).
- Ybarra, J., Álvarez, J., Pompa, E. y Samaniego, R. (2011). Asociación de factores psicosociales de riesgo y protección con el Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En compiladores Ybarra, J., Sánchez, J. y Piña, J. *Trastornos y enfermedades crónicas Una aproximación psicológica*. (pag. 111-135).México: Manual Moderno. ISBN 978-607-448-069-6. (Orig. 2011).

Pompa, E. (2011). Aspectos emocionales de la angustia y depresión en la diabetes mellitus tipo 2 desde una perspectiva psicoanalítica. En los compiladores Liévano, M. Shears, M. .Avatares del cuerpo contemporáneo (pag. 220-235). Universidad Autónoma de Nuevo León. ISBN: 978-607-433-527-9 (Orig. 2011).