



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LA OBESIDAD EN NIÑOS DE 10-15 AÑOS:
RELACION ENTRE BAJA AUTOESTIMA, ANSIEDAD
Y DEPRESION.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ERIKA MARIANA RIOS RAMIREZ

DIRECTOR: DRA. EMILIA LUCIO GOMEZ MAQUEO

ASESOR: LIC. GUADALUPE SANTAELLA HIDALGO.



MEXICO, D. F.

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS DE GRADUACIÓN
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo receptivo.

NOMBRE: Epica Marcelina Ríos Ramírez

FECHA: 18/ noviembre/ 2002

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS

A la UNAM por haberme permitido formarme como profesional y darme las herramientas para desempeñar mi trabajo de manera eficiente.

A TODOS mis maestros a lo largo de la carrera y especialmente a la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo por su asesoría , paciencia y experiencia en el desarrollo de esta investigación

A la Mtra. Consuelo Durán por su asesoría y apoyo en la metodología y estadística de este trabajo.

A mis asesores y sinodales por su tiempo y dedicación:

Mtra. Guadalupe Santaella Hidalgo

Dra. Rosa Korbman Chjetaite

Mtro. Celso Serra Padilla

Lic. Dalila Yussif Roffe

Al Instituto Nacional de Pediatría por haberme permitido realizar esta investigación durante mi estancia en Prácticas Profesionales y Servicio Social.

A la Lic. Gabriela Michaca Abrego (Psicóloga Adscrita en el INP) por todo su apoyo, conocimiento, asesoría y confianza en este proyecto de investigación y a los diferentes servicios del Hospital (Endocrinología, Gastro- Nutrición y Psiquiatría) por su apoyo y canalización de niños y adolescentes para este trabajo.

A mi familia y amigos:

A mi madre:

A quién dedico este trabajo, y a quién agradezco por haberme guiado y ser un ejemplo a lo largo de mi vida, por confiar plenamente en mí y apoyarme en cada momento.

A mi padre

Por ser el hombre más importante en mi vida, a quién admiro y del que siempre estaré orgullosa por ser el hombre que es, y darme un ejemplo de profesionalismo, honestidad y confianza.

A mi hermana y abuela.

Por haber estado durante todo este tiempo cerca de mí y apoyarme en todos los momentos buenos y malos.

A mis amigas y amigos por estar al pendiente y apoyarme en este proyecto tan importante.

A mis compañeros de trabajo y jefes por darme el tiempo necesario para terminar este trabajo y por su confianza.

INDICE

	Página
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1	
Obesidad	
1.1. Definición	8
1.2. Medición de la obesidad	9
1.3. Prevalencia de la obesidad	11
1.4. Etiología de la obesidad	13
1.5. Consecuencias de la Obesidad	15
1.6. Estudios realizados relacionados obesidad autoestima y trastornos afectivos.	17
1.7. Prevención y tratamiento de la Obesidad	18
1.8. Psicoterapia Gestalt	22
CAPÍTULO 2	
Autoestima	
2.1. Conceptos	24
2.2. Desarrollo de la autoestima	27
2.3. Autoestima en niños	31
2.4. Modelos explicativos de autoestima	32
2.4.1. Modelo de Pope , McHale y Craighead	32
2.4.2. Modelo de Stanley Coopersmith.	34
2.5. Medición de la autoestima	34
2.5.1. Rosenberg Self-esteem Scale	35
2.5.2. Coopersmith Self-esteem Inventory	35
2.6. Nivel de autoestima	37
2.7. Estudios de autoestima y su relación con otras variables	37
2.7.1. Autoestima y Trastornos afectivos	38
2.7.2. Autoestima y Trastornos alimentarios	38
2.7.3. Autoestima y logro académico	39
2.7.4. Autoestima y delincuencia	39
2.7.5. Autoestima y entorno familiar	39
2.7.6. Autoestima y apariencia física	39
2.7.7 Autoestima y variables sociodemográficas	40

	Página
CAPÍTULO 3	
Ansiedad y Depresión.	
Otros factores asociados.	
3.1. Definición de Ansiedad	42
3.2. Epidemiología de la Ansiedad	42
3.3. Etiología de la Ansiedad	43
3.4. Tratamiento de la Ansiedad	44
3.5. Definición de Depresión	44
3.6. Epidemiología de la Depresión	44
3.7. Manifestación de la depresión	45
3.8. Etiología de la depresión	46
3.9. Tratamiento de la depresión	47
CAPÍTULO 4	
METODOLOGÍA	
4.1. Planteamiento del problema	48
4.2. Objetivos de la investigación	48
4.3. Justificación	48
4.4. Hipótesis	49
4.5. Diseño de Investigación	49
4.6. Variables	49
4.7. Participantes	50
4.8. Instrumentos	51
4.9. Procedimiento	53
4.10 Análisis Estadístico	54
CAPÍTULO 5	
5.1 Resultados	55
CAPÍTULO 6	
6.1. Discusión y Conclusiones	65
6.2. Limitaciones y sugerencias	69
6.3. Aportaciones	71
Referencias Bibliográficas	108
Anexos	121

Resumen.

Se realizó un estudio descriptivo utilizando el Cuestionario de Autoestima para niños y adolescentes de Stanley Coopersmith, para conocer las frecuencias de baja autoestima en niños y adolescentes con obesidad.

Así mismo se utilizaron los criterios del DSM-IV de trastorno de ansiedad generalizada y trastorno distímico para determinar si los niños y adolescentes obesos presentan este tipo de trastornos.

Por otro lado fue utilizada una historia clínica al inicio del estudio para conocer las variables sociodemográficas de nuestra población, así como antecedentes del desarrollo, escolares y familiares, esto se realizó para posteriormente poder enriquecer los resultados de las evaluaciones.

Los resultados indican que los niños presentan una autoestima relativamente baja en un 40% de nuestra muestra, presentando el 60% niveles de autoestima promedio y altos.

En cuanto a los trastornos de ansiedad y depresión el 98% presenta un trastorno de ansiedad y el 96% un trastorno depresivo (distímico).

Posteriormente se realizaron correlaciones entre baja autoestima, ansiedad y depresión en niños y adolescentes obesos, en donde se encontró que existe correlaciones estadísticamente significativas entre estas variables.

Lo cual apoya lo encontrado en estudios realizados por Keegan 1987, Skager 1987, Gossop 1979, Miller 1988 y Addeo en 1994, en los que encontraron correlaciones altas entre autoestima y ansiedad y autoestima y depresión.

Otra de las propuestas de esta investigación era conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas con obesidad y el nivel de autoestima, ansiedad y depresión. Con respecto a esta hipótesis no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas.

Para concluir se elaboró un programa cognitivo conductual de modificación de conductay técnicas gestálticas, para el tratamiento de la obesidad en niños, lo cual sería conveniente utilizar en otras investigaciones o como seguimiento de estos pacientes, ya que con esto podríamos demostrar la importancia del área de salud mental en el tratamiento de la obesidad infantil.

Introducción.

Se ha visto como la obesidad se relaciona con muchas variables psicológicas importantes en el comportamiento de los seres humanos. Las variables asociadas con la obesidad interactúan con ella ocasionando problemas psicológicos importantes que dificultan la adaptación de niños y adolescentes.

Uno de los objetivos principales es demostrar la importancia del área de la Salud Mental para el tratamiento de la obesidad ya que hasta el momento no se ha dado la importancia de nuestra área en el Instituto Nacional de Pediatría para el tratamiento de la obesidad en los niños.

La obesidad ha ido incrementando en los últimos años en el INP teniendo poca adherencia y /o abandono del tratamiento tanto por los niños como de los familiares.

Por otro lado el hacer conciencia de que si no se actúa a tiempo y en conjunto con otras instituciones nacionales y con otras áreas tanto de salud como de educación, en un futuro y a mediano plazo existirá una demanda asistencial que prácticamente sería imposible atender y mucho menos resolver esta enfermedad.

La importancia de esta investigación es dar una aproximación del origen de la obesidad en los niños para que de esta manera se trabaje de forma integral las causas que desencadenan la enfermedad ya que al conocer algunas de las variables relacionadas con la obesidad nos ayudará a proponer la creación de programas de intervención más efectivos y de rápido impacto.

Además se pretende que al termino de esta investigación se proponga una propuesta de trabajo para poder hacer una contribución no sólo a los niños y adolescentes que contribuyeron en este trabajo, sino beneficiar a los que siguen asistiendo a la clínica de Gastro-nutrición y Endocrinología del INP, brindando una alternativa de trabajo, que nos permita hacer tanto prevención , como tratamiento junto con el área médica.

Capítulo 1 OBESIDAD

1.1 DEFINICIÓN

Actualmente se acepta que la obesidad es la enfermedad metabólica más frecuentemente observada en la población y se identifica como un sobrepeso mayor a dos desviaciones estándar del peso medio correspondiente a su talla y edad, con la condición que este exceso de peso sea por una acumulación de grasa de reserva a consecuencia de un desbalance en la ingesta y del consumo energético (Ajuriaguerra 1996, González 1993).

La obesidad también puede definirse como el exceso de grasa o tejido adiposo en el organismo (Gómez Pérez Mitre 1995).

Se considera que dicha enfermedad es crónica y de origen multifactorial que se caracteriza por un fenotipo con excesiva grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud en donde se ha observado que aumenta con la edad y es seis veces más frecuente en mujeres que en hombres. (Troiano 1995, Saldaña 1988, Kaplan 1996)

Miller (1988) clasifica a la obesidad en exógena o y endógena. La exógena expresa una relación calórica - gasto energético, así el trastorno puede deberse a una ingesta de calorías excesiva, una disminución en el gasto energético o a una combinación de ambas. Este tipo de obesidad es característico de poblaciones que cuentan con exceso de alimentos y en donde existe mínima información de los valores nutricionales de los mismos.

La obesidad endógena, es el resultado de una patología ya existente o como efecto colateral de algunos medicamentos, dentro de estas se encuentra la obesidad por efecto termogénico, hipotalámico, endocrina e iatrogénica.

CARACTERÍSTICAS DE OBESIDAD EXOGENA Y ENDOGENA.

Obesidad Exógena(Idiopática)	Obesidad Endógena
>90 % de los casos	<10% de los casos
Estatura Normal	Estatura corta
Historia Familiar de obesidad	Historia familiar de obesidad rara
Funcionamiento mental normal	Frecuente deterioro mental
Exámenes físicos normales	Exámenes físicos anormales

1.2. MEDICION DE LA OBESIDAD

Se ha visto que al nacer los niños presentan un peso normal y que éste empieza a crecer durante la lactancia, con un aumento progresivo en las fases críticas y especialmente en la pubertad. Por lo general, suelen tener una talla alta, acompañada por una edad ósea acelerada. Así mismo, se ha observado una aceleración del crecimiento, coincidiendo con periodos de un aumento rápido de peso y una disminución de la velocidad de crecimiento ante una dieta estricta (Forbes 1977).

Las mediciones antropométricas pueden ser lineales o de masa, en donde se evalúan las dimensiones y composición global del cuerpo humano por medio de los indicadores antropométricos como son peso y talla para la edad, circunferencias del brazo, y grosor del pliegue cutáneo tricipital (piel de la región anterior del antebrazo).

Las visitas de los niños al pediatra siempre van acompañadas de la evaluación de las curvas de peso y talla para la edad y el sexo las cuales han sido desarrolladas mediante estudios estadísticos basados en el promedio de peso y talla de una población. En estas curvas se observa la evolución en el tiempo del adecuado crecimiento, este es un parámetro importante para determinar si el niño tiene un peso adecuado, sin embargo, es importante distinguir entre los niños que están en sobrepeso por exceso de grasa corporal de los niños que están en sobrepeso por una mayor masa muscular o por su textura ósea estos últimos no presentan las consecuencias de morbilidad que acompañan a los niños con obesidad.

Los mediciones más utilizadas en salud Pública son el índice nutricional, y el índice de masa corporal.

El índice nutricional se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto con la relación del peso y la talla correspondiente al percentil 50, referido en las tablas, donde se considera el sexo y la edad. (Gómez Pérez-Mitre y Saucedo 1997,1998).

La fórmula para obtener el índice nutricional es: (Gómez Pérez-Mitre y Saucedo 1997,1998).

IN =Peso actual en kg/ talla actual en metros.

$$\frac{\text{Peso en kg (percentil 50)}}{\text{talla en metros (percentil 50)}} *100$$

Los puntos de corte para la clasificación de las diferentes categorías de peso en la etapa adolescente fueron determinadas por Saucedo y Gómez- Pérez-Mitre 1997,1998) y son:

Menor a 77.51%	Emaciación
77.51%- 83-5%	Bajo Peso
83.51%- 119.5%	Normo peso
119.51- 136.5%	Sobrepeso
Mayor a 136.51%	Obesidad

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida indirecta de la grasa corporal, se calcula con el peso del niño en kilogramos dividido por la talla en metros cuadrados, esta es una medida que se correlaciona muy bien con las complicaciones de la obesidad en la niñez. Un niño o un adolescente con IMC mayor del percentil 95 para la edad y el sexo se debe considerar como obesidad severa, si se encuentra entre el percentil 85-95 para su edad se puede considerar obesidad (Lebow 1989).

OBESIDAD Y OBESIDAD SEVERA.

Índice	Obesidad	Obesidad Severa	Información relevante
Media peso por altura	>120 %	>140 %	Peso actual es 20% o más por encima de la media de peso para niños por su altura.
Peso por Altura	>85 percentiles	>95 percentiles	Fácil de usar pero no diferencia la masa corporal.
Medición de Tríceps pliegues de piel	>85 percentiles	>95 percentiles	Medición directa de la grasa subcutánea.
Índice de masa corporal	>= 85 percentiles	>=95 percentiles	Se correlaciona mejor con el exceso de peso en niños y adolescentes.

En México Saucedo y Gómez- Pérez-Mitre (1997,1998), presentaron una tabla para medir la categoría del peso en niños y adolescentes.

Categoría	IMC Gómez Pérez Mitre
Bajo peso	17.6-19.9
Normal	20-22-99
Sobrepeso	23-27
Obesidad	Mayor de 27

La evaluación de la obesidad en la adolescencia es importante por diversas razones. La primera ofrece una prevención de la progresión de la enfermedad que es asociada con la morbilidad en la adultez. Segunda, mientras las causas hormonales y genéticas son raras, pueden considerarse en la obesidad en los niños. Por otro lado la obesidad tienen un impacto negativo en la autoestima de niños y adolescentes, que puede traer implicaciones a largo plazo en la felicidad y el éxito en su vida. Finalmente las sesiones directivas que enfatizan comer sanamente y con un programa de ejercicios para los niños y las familias puede ser efectiva para el estilo de vida del paciente y de la familia (Whitaker 1997).

1.3. PREVALENCIA DE LA OBESIDAD

En los Estados Unidos, hay aproximadamente 58 millones de adultos obesos, es decir, uno de cada tres. La obesidad no es sólo un problema cosmético, es un peligro para la salud. Alguien con un 40 por ciento de sobrepeso tiene doble probabilidad de morir prematuramente que una persona con peso promedio (este efecto se ve después de 10 a 30 años de ser obeso).

Los estudios de antropometría en Estados Unidos durante las décadas pasadas muestran, que los efectos de la modernización y la industrialización han ocasionado una reducción en la actividad física y cambios en la dieta, incrementado la prevalencia de la obesidad, de hasta 5% mayor que en años anteriores (Stoudemire 2000). Estudios recientes mostraron una población de 4.7 millones entre los 6 y los 17 años, presentaban obesidad severa y con esto, riesgos de hipertensión, problemas respiratorios, hipercolesterolemia, algunos tipos de cáncer, diabetes, problemas ortopédicos, disfunciones psicosociales y aumenta el riesgo para muchos otros problemas de salud. En cuanto al nivel socioeconómico en los estratos bajos se ha asociado altos niveles de obesidad (Dietz 1993, Slade 1995).

La obesidad se ha convertido en el problema nutricional más importante en los niños y adolescentes en los Estados Unidos siendo así que el Estudio Nacional de Salud y Nutrición de 1990 determinó que el 22% de los niños y adolescentes presentaban sobrepeso y el 11% eran obesos; igualmente en las últimas décadas hubo un notorio aumento en la incidencia de obesidad entre los niños de 6 a 11 años y en los adolescentes entre 12 y 17 años.

La prevalencia de obesidad severa se incrementó en un 98% en los hispanos nativos americanos y los pacientes afroamericanos y tienden a ser más afectados que otra población (Williams 1993, Gortmaker 1987, Kumanyika 1993).

Avila 1996, señala que en países altamente industrializados cerca del 15% en hombres y 20% en mujeres tiene más de un 20% de peso deseable. Debido al sedentarismo o a la ausencia de actividad física y a un tipo de alimentación basada en cantidades de carbohidratos y grasas, la obesidad se ha convertido en un mal común que alcanza su mayor prevalencia en los países industrializados, aunque se puede observar también en las capas privilegiadas de las sociedades de países en los que la desnutrición es frecuente.

En el caso de México la obesidad en niños y adolescentes es un padecimiento que ha venido aumentando su incidencia y prevalencia de manera notoria en la población mexicana.

Diversos estudios locales realizados en el Distrito Federal y en varios Estados de la República, han estudiado las características del crecimiento en la población infantil, demostrándose en todos que la prevalencia de obesidad y sobrepeso tanto en niñas como en niños así como de sus madres, es mayor a lo reportado en años anteriores (Calzada 2002).

En algunas encuestas realizadas en la República Mexicana por González 1993, se encontró una prevalencia del 35%. Por otra parte en los distintos estudios realizados para determinar la prevalencia por sexos, se pudo concluir que la obesidad aparece con mayor frecuencia en las mujeres en la infancia y a partir de los 50 años, mientras que los hombres alcanzan su peso máximo antes que las mujeres (Gómez Pérez Mitre 1995, Gama 1999)

La incidencia de obesidad infantil es relativamente constante en todas las edades, con un incremento de los 4 a los 6 años y marcado más en las mujeres en la etapa puberal (López 1994).

En México se, estima que la obesidad en niños es del 25 al 30%. Se ha incrementado en un 54% en niños de 6 a 11 años y en 39% en adolescentes de 12 a 17 años. Alonso 1984, citado por Gamma 1999, menciona que la obesidad es del 30.93% en niños y el 27.78 % en las niñas entre 6 y 11 años, mientras que en los adolescentes de 13 y 14 años el 30% de los chicos eran obesos y el 29.47% en niñas.

Gómez Pérez -Mitre 1998, estudió una muestra de 487 niños que cursaban el 5 y el 6 grado de primaria para ver si había seguimiento de dietas; encontró que un 25% había hecho cambios en su alimentación, el 19% con la finalidad de bajar de peso y un 6% con el fin de subirlo, los porcentajes del IMC, en la categoría correspondiente a sobrepeso y obesidad resultaron más altos entre los niños 13% y 54% entre las niñas (Hernández 2000).

En México, Bray (1989) en el último congreso de Obesidad del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", en 1998, mencionó que la edad de inicio de la obesidad es: 60% entre los 0 a 12 años, 28% entre los 12 a 20 años, 10 % después de los 20 años. La principal causa de obesidad en nuestro país es una malnutrición afectando aproximadamente del 5% al 15% de los niños en preescolar, y del 10 al 35% en los adolescentes.

La estadística del Instituto Nacional de Pediatría en años recientes muestra, un alto índice de pacientes con problemas de obesidad, que además va en aumento, sin embargo no se le ha dado la importancia necesaria a la obesidad como un problema médico, sino más bien como un problema social; se observa que de los pacientes que acuden a la consulta por problemas de obesidad, el 62.94 % son niñas y el 37. 5% son niños, en su mayoría de 9 a 11 años (32%), seguidos por la población comprendida entre 12 a 14 años (23%).

Es importante mencionar que de estos pacientes el 88% provienen del Distrito Federal y el Estado de México y el 12 % de otros Estados de la República.

1.4. ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La mayoría de los clínicos consideran que los elementos que sobresalen en el análisis de la obesidad destaca el hecho de que es un trastorno crónico con etiología multifactorial donde la curación es difícil, y en donde se ha observado un abordaje complejo con un tratamiento a veces frustrante (Angélico y Del Ben 1991).

En la literatura (Troiano 1995) destaca distintos factores que pueden estar relacionados con el aumento de peso y la persistencia de la obesidad. Entre los factores asociados en la patogenia de la obesidad, destacan desajustes en el control del comportamiento alimentario, en los mecanismos de almacenamiento de las grasas y en el balance entre la ingesta y el gasto de energía así como las influencias endocrinas, genéticas, medioambientales, regulación metabólica, hormonales, sociales y psicológicas (Saldaña 1988).

Factores hormonales y genéticos

Dentro de los aspectos endocrinológicos que juegan un rol importante en el inicio de la obesidad están las hormonas tiroideas (en particular en el caso del mixedema) y la hormona adenocorticotrópica (ACTH) y el cortisol (síndrome de Cushing). (Hodge 1995).

La evidencia del factor de herencia de la obesidad ha sido bien estudiado entre familias (80% de los obesos tienen historia familiar de obesidad), hermanos gemelos (MZ:2::1:DZ) y en niños adoptados; y se ha sugerido que la obesidad inducida por la dieta tiene un fuerte componente genético. La obesidad en los padres incrementa 2 a 3 veces el riesgo de obesidad en sus hijos. (Kaplan 1999, Stoudemire 2000)

Existe un grupo de pacientes en los que, debido a sus antecedentes heredofamiliares (hipercolesterolemia, hipertensión arterial, infarto del miocardio, poliquistosis ovárica, acantosis nigricans etc), es necesario iniciar un manejo para evitar alteraciones metabólicas a mediano y a largo plazo.(Calzada 1997)

Equilibrio energético

Regulación metabólica del tejido graso: La regulación del peso corporal está determinada por las calorías almacenadas que son la diferencia entre las calorías ingeridas y las calorías gastadas, al parecer el factor determinante para la obesidad es un menor gasto calórico. El gasto calórico está definido por la tasa metabólica basal (el metabolismo de las funciones vitales mínimas, tales como la generación de calor corporal y la actividad física). Los cálculos han mostrado que la obesidad es consecuencia de pequeños desequilibrios entre el aporte y el consumo energético a largo plazo.

Factores familiares

Adicionalmente, la agrupación familiar de los casos de obesidad no se explica completamente por factores biológicos, los factores socioculturales, como son la tradición alimenticia de cada región, los hábitos generacionales de la familia y los factores económicos contribuyen entre el 20% y el 50% de la varianza para desarrollar obesidad.

Otras variables que se mencionan son; sedentarismo de los padres, y el tipo de alimentación familiar (rica en grasa, comidas rápidas, etc), (Dietz 1994).

En la actualidad es notable la disminución de la actividad por la televisión, los juegos de vídeo y el uso de computadoras a edades cada vez más tempranas. Además, la actividad física de los niños se ve influida por la actividad física de los padres.

Contenido de grasa en la dieta

En la actualidad, los adultos y los niños tienden a comer frecuentemente fuera de casa, donde la calidad y forma de preparar los alimentos es menos controlada y su contenido de grasas es mayor; entre un 45% a 50% de las calorías que proveen las hamburguesas, pizzas, papas fritas son de origen graso. De acuerdo a las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría y la Asociación Americana de Cardiología los niños mayores de 2 años y los adultos deben disminuir su ingesta de grasas a menos del 30% del aporte calórico total.

Factores sociales

De acuerdo con San German 1999, la principal forma de comunicación del bebe es el llanto. No obstante, muchas madres responden mecánicamente al llanto del niño dándole alimento, que es una forma eficaz de mantenerlo callado y quieto.

En relación a esto Bruch 1981, menciona que acosar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida para tranquilizarlo durante su desarrollo equivale a criar a un niño con confusión de los estados internos. Por lo que la sobrealimentación enseña eslabones defectuosos entre los estados internos y el acto de comer, montando una ingesta excesiva.

Otras causas de obesidad

Algunas enfermedades particulares pueden causar obesidad. Entre ellas están la depresión y ciertos problemas neurológicos que pueden llevar a comer demasiado. Ciertas drogas como los esteroides y algunos antidepresivos pueden causar ganancia excesiva de peso. Un médico puede determinar si un paciente tiene alguna de estas condiciones, que se cree son responsables del 1% de todos los casos de obesidad.

Factores psicológicos

Muchas personas comen como respuesta a emociones negativas tales como aburrimiento, tristeza o enojo. Alrededor del 30% de las personas que buscan tratamiento para problemas de peso serios, tienen dificultades con comer, presentando episodios de comer grandes cantidades de alimentos y sentir que no pueden controlar cuánto comen. Los que padecen problemas más graves de este tipo se considera que tienen desorden de gula (binge eating disorder). Estas personas puede que tengan más dificultades en perder peso y mantenerse así, que las personas sin estos problemas. Algunos necesitarán ayuda especial, tal como consejo o medicación para controlar su ansiedad por comer, antes de que puedan controlar con éxito su peso.

Al valorar el área emocional se ha encontrado relación con la existencia de privación emocional, maltrato físico o historia de abuso sexual (abuso como compensación de las imperfecciones de los padres, donde la energía de la madre está dirigida a cambiar al

niño, hacerlo a su medida). Se ha sugerido que la sobrealimentación ocurre como resultado de depresión, somatización y disfunción familiar (Must 1996, Ajuriaguerra 1996).

Por otra parte, el niño tiene necesidades reprimidas, las que intenta satisfacer inmediatamente a través de la comida, el alimento equivale a la necesidad, tiene un valor de compensación y alivio. El individuo es aparentemente sumiso pero en realidad se trata de alguien que no soporta el rechazo (Ajuriaguerra 1996).

La expresión del comportamiento de la obesidad sólo es un elemento sintomático de una condición del conflicto interno, que no puede ser resuelto en la medida en que se desconoce su origen y su motivación.

Tal estado de cosas nos lleva a considerar que la obesidad es una resultante de la cultura internalizada, pero además puede brindarle al sujeto ganancias secundarias que instauran de manera firme al síntoma. Esta situación provoca que haya poca adherencia al tratamiento, mismo que puede tener un éxito relativo cuando el síntoma se contrapone a otro hecho generalmente circunstancial (Dietz 1986).

También un clima familiar adverso puede influir en el desarrollo de la obesidad, ya que en ocasiones la comida se convierte en un paliativo temporal de una situación que el sujeto no desea o no sabe cómo enfrentar. Es común encontrar algún caso de obesidad en familias disfuncionales, en familias donde no se permite la libre expresión de emociones y sentimientos.

Parece que algunas personas usan el comer casi exclusivamente como su modo de enfrentarse a la ansiedad. Estos individuos tienden a ser egocentristas, demandantes, dependientes de otros e intolerantes a la frustración. En suma, presentan regresión. También pueden buscar consuelo mediante la gratificación oral, comer, chupar, y más tarde fumando o bebiendo. Esta variedad de detención emocional (fijación oral) puede ser el resultado de cuidados maternos inadecuados o de una relación madre hijo muy trastornada durante los primeros meses de la vida. Sus efectos pueden ser relativamente ligeros en la infancia tardía y en la adolescencia. También puede presentarse como una sobrealimentación compensadora para vencer la inseguridad materna (Stunkard y Mahoney 1976).

Una concepción no deseada que se materializa en la forma de un bebe no deseado pueden conducir a sobrealimentación, un autoengaño para mitigar la culpa. Trece de 25 estudios muestran baja autoestima en niños y adolescentes obesos, y en seis de ocho estudios con respecto al tratamiento se vio que la baja de peso mejora la autoestima (Blocker 1996)

Hay otros enfoques que dicen que la obesidad representa la necesidad de protección de heridas, desaires, críticas, abuso, sexualidad, etc. Que la obesidad es a fin de cuentas la manifestación del temor a la vida en general.

En la historia de vida de los obesos podemos encontrar tanto personas que en etapas tempranas fueron privadas de alimentos y en la edad adulta utilizan la comida como compensación de esas carencias, como personas que fueron sobreprotegidas y que han sido invadidas en su individualidad, y no por ser muy "cuidados" fueron atendidos en sus

necesidades. Las madres de estos niños han sobrepasado su función de nutrición y le han dado a sus hijos lo único que sabían dar : comida. No se les permite crecer y a la vez que es sobrealimentado se deja un vacío, una profunda hambre emocional y la única manera conocida para llenarse y sentirse aceptado y querido es comer.

La comida se vuelve para el obeso una forma de darse lo que necesita. Sin embargo, no le es claro lo que requiere y desde el registro de su vacío, se genera un ciclo de satisfacción de necesidades no reales. El hambre emocional, se identifica con el hambre fisiológica y la manera de satisfacerla es comiendo. Así mismo, mientras come, mas vacío se encuentra y repite el círculo una y otra vez esperando ser llenado. Esto puede explicar la compulsión del obeso: un ciclo de satisfacción de necesidades falso con la fijación en el satisfactor. Ninguna cantidad ni calidad de comida es suficiente por que lo que tiene no es hambre.

De esta manera la comida también se convierte en una forma de no sentir y de aislarse. La experiencia de muchos obesos es de haberse sentido lastimados, abandonados y humillados, por diferentes personas a lo largo de su vida. Lo único que siempre han encontrado disponible, incondicional y no hiriente es la comida. Una y otra vez, recurren a ella en busca de protección, consuelo o amor.

1.5. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD.

La obesidad se asocia a enfermedad cardiovascular, del 20% al 30% de los niños obesos entre 5 y 11 años pueden presentar hipertensión arterial, presencia de placas de cartílago de crecimiento no fusionadas y el hueso cartilaginoso de los niños contribuye a anomalías ortopédicas, tales como deformidades de la columna, posturales, deformidades de pelvis y miembros inferiores (Arouesty 1997).

La obesidad se asocia también a la resistencia a la insulina e hiperandrogenemia principalmente en niñas adolescentes (González 1993), la resistencia a la insulina se asocia a hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, esta resistencia a la insulina aumenta la prevalencia de riesgo a diabetes mellitus tipo II, así como al síndrome de ovarios poliquísticos (oligoamenorrea, hirsutismo, ácné y acantosis nigricans).

La importancia de la obesidad radica en su elevada prevalencia y en ser por sí misma una alteración metabólica crónica condicionante de otros trastornos como la resistencia a la insulina, intolerancia a los hidratos de carbono, dislipidemias, problemas cardiovasculares como la aterosclerosis, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, algunas neoplasias y una mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas. Las personas obesas tienen un riesgo mayor de padecer apnea de sueño, insuficiencia respiratoria, osteoartritis y cálculos biliares entre otras enfermedades, así como problemas psicosociales asociados a su condición (Pitchard 1997, Kaplan 1996, Wadden 1995, Kostanki 1998).

Finalmente es pertinente mencionar aquellos casos en que existe un trastorno metabólico, es necesario también decir que se trata de pacientes que por su condición se encuentran emocionalmente alterados pues la autoestima se encuentra seriamente disminuida, en tanto que su imagen no responde a los patrones culturales o al propio deseo, y aun más, no sienten tener el control sobre lo que les esta ocurriendo (Srinivasan y Sathanur 1996).

En los niños y adolescentes las complicaciones más importantes de la obesidad son las sociales y emocionales, ellos mismos se ven y son vistos por los demás como anormales.

Tienen bajo rendimiento en las competencias deportivas, sociales y de pareja: esto normalmente lleva a sentimientos de ansiedad y depresión que pueden permanecer de una forma sólida en la personalidad del niño obeso. Los adultos que han sido obesos desde niños se diferencian de aquellos que aumentaron de peso después de la adolescencia, siendo más propensos a trastornos en la imagen corporal.

Los individuos que presentan obesidad generalmente sufren consecuencias psicológicas de consideración. Teniendo un círculo vicioso que es difícil de romper. Es decir, al sentirse mal consigo mismo, las personas comen exceso buscando en la comida un alivio a sus conflictos emocionales, aunque este alivio sea tan sólo temporal (Gamma 1999).

1.6. ESTUDIOS REALIZADOS RELACIONADOS CON OBESIDAD AUTOESTIMA Y TRASTORNOS AFECTIVOS.

Slade 1995 menciona que los desórdenes alimenticios han sido identificados como una de las más comunes y serias formas de enfermedad en los adolescentes, en donde existe un factor común, siendo que los adolescentes que sufren de desórdenes alimenticios, presentan un alto nivel no satisfactorio de su imagen corporal (PBDI) (French 1995, Slade 1995)

Brooks y Warren (1985) indicaron que la percepción de la imagen corporal no satisfactoria fue un factor significativamente relacionado a otros en los que se incluyen status perturbado, relaciones familiares disfuncionales, problemas de alimentación, psicopatologías, problemas emocionales y fallas en el control de los impulsos; que revelan futuros problemas de alimentación.

Power and Lake 1997, también reportaron que estos factores se encuentran dentro de los desórdenes alimenticios en adolescentes y son encontrados con más frecuencia en las mujeres (Kostanki 1995).

Friedman (1996) en contraste, buscando la relación entre la imagen corporal no satisfactoria y el aspecto psicológico, refiere que existen muchas variables, tales como depresión y la autoestima que han sido limitadas. Estos estudios que han investigado el aspecto psicológico del adolescente que presenta altos niveles no satisfactorios de su imagen corporal, indican un raro complejo entre la relación entre estas dos variables (Orr y Dinur 1995).

Kaplan 1957, reportó una fuerte relación entre la percepción no satisfactoria de imagen corporal y la depresión; los adolescentes que perciben en ellos un peso normal son menos depresivos que aquellos que perciben un sobrepeso o un bajo peso.

Rosenberg 1965, encontró asociación entre la percepción no satisfactoria de la imagen corporal y la depresión y esta fue eliminada con el control de la autoestima. Este autor

concluyó que la imagen corporal no es un aspecto separado, pero si es un aspecto importante de la autoestima.

Korbman 1997 realizó un estudio en México en el Hospital Médico Pediátrico junto con un grupo multidisciplinario de médicos especialistas, en donde trabajaron con un grupo de niños obesos y sus madres y encontraron que 30% de los niños presentaban complicaciones de tipo psicológico relacionadas con baja autoestima, sentimientos de inferioridad, autoimagen distorsionada depresión y ansiedad que influían en sus relaciones interpersonales y su funcionamiento escolar.

1.7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad pueden evitarse si se mantiene una nutrición adecuada y se promueve la realización de actividades físicas diarias.

Es necesario que durante los primeros seis meses de vida se reciba solamente seno materno y sólo cuando existan causas justificadas administrar fórmula láctea. La leche entera debe ser sustituida por leche descremada después de los 2 años. A partir de los seis meses iniciar la ablactación, prefiriendo los alimentos elaborados en casa sobre los industrializados.

Los padres deben conocer que el biberón y el seno materno en niños puede ser una manera de sobrealimentación. Por otro lado los padres deben respetar el apetito de los niños.

La comida no debe ser usada para fines que no sean nutricionales como pueden ser recompensas o confortar, tampoco es conveniente ofrecer dulces como recompensa de terminar los alimentos. Los alimentos de la familia deben ser orientados hacia una dieta saludable con 30% o menos de calorías derivadas de las grasas. (Barness 1993, Ray 1993).

Los padres deben ser estimulados a evitar la sobrealimentación de los niños limitando la cantidad de alimento, adecuándose a los requerimientos actuales y diferenciando las expresiones de hambre con las de otras necesidades, incluso se pueden llegar a dar alimentos sin azúcar. Es recomendable evitar a toda costa la comida chatarra en casa y tal vez la medida profiláctica en los niños mayores de 3 años es la estimulación a la actividad. El tratamiento inicial debe incluir una educación nutricional de la familia, incluyendo instrucciones en el control de calorías. (González 1993)

Cerca de un 20% de los niños con sobrepeso pierden peso con la simple disminución en el consumo de sodas, jugos y derivados lácteos tomados en exceso. El mayor esfuerzo debe estar orientado a evitar los alimentos con alto contenido de grasa.

También la disminución de la vida sedentaria es útil y limitar el tiempo para la televisión a 1 o 2 horas al día permite mayor disponibilidad para las actividades de juego o deportivas.

El ejercicio constante acompañado de una dieta adecuada puede ayudar en el proceso de disminución de peso, los ejercicios aeróbicos incrementa la habilidad para oxidar las

grasas. El ejercicio ayuda a redistribuir la grasa corporal en músculo, inicialmente se recomienda poco ejercicio que se debe incrementar lentamente (Williams 1993).

Otras alternativas terapéuticas incluyen la cirugía bariátrica (adultos), la farmacoterapia y la psicoterapia (Kaplan 1996).

Las metas de pérdida de peso deben ser alcanzables, siendo primero pequeñas para que el niño no se sienta desanimado. El niño debe mantener un registro de la comida que ayude a evaluar su dieta. El diario de la comida debe incluir no sólo el tipo y la cantidad de comida, sino también donde se comió a que hora del día y quien más estuvo presente (Williams 1993, Barnes 1993).

El niño debe ayudara planear su programa de actividades, firmar contratos de los compromisos que deberá lograr a los largo del programa y ayudar para determinar cuáles serán las recompensas que obtendrá (Williams 1993).

Técnicas conductuales: Tienen una visión del comportamiento mismo como el problema, en lugar de concebirlo como un síntoma de alguna otra causa subyacente. Éste enfoque sostiene, que es necesario cambiar el comportamiento externo por medio del reforzamiento positivo o negativo, condicionamiento aversivo, la desensibilización sistemática o el aprendizaje por observación.

Psicoterapia cognitiva conductual: Sostiene que el objetivo de la terapia debería ser la reestructuración del sistema de creencias de una persona en una visión del mundo más realista, racional y lógica.

Psicoterapia humanista: Se sustenta en la premisa de que las personas controlan su comportamiento, de que son capaces de hacer elecciones con relación a sus vidas, y que depende de ellas la resolución de sus problemas. Los terapeutas humanistas asumen un papel no directivo, ya que actúan más como guías que facilitan la búsqueda de respuestas de parte de los clientes. Un ejemplo de ésta es la psicoterapia Gestalt que es una terapia fenomenológica-existencial, fundada por Fritz Perls en los 40's; y el objetivo es que los pacientes se den cuenta de lo que están haciendo, cómo lo están haciendo y cómo pueden cambiar, y al mismo tiempo aprendan a aceptarse y valorarse a sí mismos.

Para esta investigación se retoman los tratamientos conductuales y la psicoterapia Gestalt como alternativas para el tratamiento de la obesidad.

Los procedimientos conductuales para el control de la obesidad fueron empleados por primera vez hace 25 años en los trabajos de Fester (1962), donde aunque no presentaron resultados empíricos, proporcionaron las bases para explicar los principios de aprendizaje operante del control de peso.

El auto monitoreo o auto observación es un método en donde se presta atención a los tipos, cantidades, y preparaciones de los alimentos ingeridos en cada comida, o las calorías por comida, o ambas cosas, llevando un registro de todo. También se puede llevar un registro de los bocados que se toma durante el día, o el impulso de comer. Asimismo se observan y registran los acompañamientos situacionales de cada episodio de ingestión

de alimentos, las actividades diarias y las recreativas. Es importante tomar nota de los estados de ánimo y actividades relacionadas con el acto de comer, y registrar sus pesos cuatro veces al día.

El hecho de que se les pida a los pacientes que se observen, se debe a dos razones, la primera es que los datos son útiles para la formulación del tratamiento porque sugieren áreas de problemas o porque proveen líneas de referencia que permiten evaluar los efectos ulteriores de la intervención terapéutica. La segunda es por que los pacientes al registrar los datos, pueden darse cuenta de la conducta y modificarla. La auto observación es fundamental para que el sujeto esté capacitado tanto para cumplir auto registros como para modificar sus comportamientos.

En un estudio realizado por Drummond y cols. (1977) utilizaron un programa de modificación de conducta en el tratamiento de la obesidad en jóvenes, el cual mostró que técnicas de autocontrol en jóvenes es un tratamiento prometedor ya que a través de 10 semanas, sólo un sujeto desertó y los demás fueron capaces de registrar su conducta y bajar de peso.

Otros estudios realizados (Romanczyk y Tracy 1974, indicaron que el registro diario, por parte del sujeto, de sus hábitos alimenticios y consumo calórico fue tan eficaz como un programa de autocontrol.

El análisis de los autoregistros permite al paciente obeso y el terapeuta identificar aquellas situaciones o acontecimientos que preceden diariamente a la conducta de comer. Las estrategias de control de estímulos de la mayoría de programas conductuales están diseñadas para reestructurar el ambiente del obeso, de forma que solamente coma en presencia de un número limitado de indicadores.

La modificación de los hábitos en torno a la velocidad y cantidad de alimento por ingesta es uno de los objetivos más importantes de los programas conductuales.

El sujeto obeso al aprender a diferenciar los estímulos que controlan su conducta al comer y haber practicado las estrategias tanto de control de estímulos como las dirigidas a disminuir la velocidad de su ingesta, es necesario que desarrolle respuestas competitivas alternativas a la conducta de comer, que pondrá en práctica cada vez que tenga la necesidad de comer.

La mayoría de las cadenas conductuales de la conducta de ingesta se inician como respuesta a estados emocionales negativos tales como el aburrimiento, cansancio, depresión o ansiedad. Es conveniente que además se entrene a la persona obesa en procedimientos como relajación, entrenamiento en asertividad o estrategias de resolución de problemas que le facilitarán el control de la conducta de comer en presencia de estados emocionales.

Los contratos con adultos, adolescentes y niños son modos de proporcionar tratamientos múltiples. Consisten en acuerdos escritos y claros que las partes creen que ayudarán al paciente a adelgazar; se trata de contratos conductuales.

En los contratos con niños y adolescente puede integrarse tanto los niños como los padres y compensar la conducta de ambos, por el cumplimiento por parte del niño y por la preparación de alimentos y constancia de citas de la madre (Jeffery 1978).

Se entregan al terapeuta objetos personales valiosos que él ira devolviendo a medida que adelgazarán o que conservará si se fracasa en el intento, en realidad donaba estos objetos a organizaciones de caridad.

Cuando los individuos querían adelgazar le daban al terapeuta objetos valiosos que recuperarían si efectivamente perdían peso. Después de firmar el contrato, tenían que cumplir con el imperativo de bajar de peso o no volvían a ver sus tesoros. Y si estos tesoros valían realmente la pena para ellos la trampa era fuerte.

La idea de usar contratos parece adecuada en el diseño de programas amplios para niños obesos. La idea del terapeuta consiste en encontrar esos ambiente e iniciar cambios que le permitan al niño entrar en ellos. Así, las metas del tratamiento pueden ser tanto promover la perdida de peso como enseñar habilidades atléticas y sociales.

Se ha encontrado en algunos estudios que el peso en los niños y adolescentes esta relacionado con el peso de los padres. Los niños con madres obesas redujeron mucho menos que aquellas con madres con peso normal, esto sugiere como ya se comentó anteriormente la inclusión de los padres, y así podrán tratar con efectividad a sus hijos.

Coates, Jeffery, Dananher (1982), recompensaban diariamente a sus sujetos adolescentes por perder peso, el contrato diario resultó significativamente eficaz.

En cuanto a las tácticas Stuart(1971), aconseja a sus pacientes que ingieran sus alimentos sin hacer ninguna otra cosa al mismo tiempo, que preparen una lista para comprar la comida y que se atengan a ella, y que coman en un lugar determinado. Permanecer alejados de lugares de la casa donde es probable que se coma. Evitar comer con acompañamientos conductuales como leer o ver la televisión.

Fester(1962) prescribió a los sujetos con obesidad y sobrepeso una mayor lentitud en el manejo de cuchillo y tenedor. Por otro lado Bellack 1975, Stuart 1978, Stunkard y Mahoney 1976 mencionaban algunas recomendaciones.

- Reducir la cantidad de comida que recoge con el tenedor o cuchara.
- Masticar más la comida
- Tragar la comida masticada antes de tomar otra porción. Deposite el cubierto sobre la mesa después de tomar el bocado.
- Intercalar pausas durante la comida, hablando más con sus compañeros de mesa.

Un estudio realizado por Luengas y Cuellar concluyó que el manejo del niño obeso debe ser multidisciplinario y que no sólo se debe referir al aspecto dietario, sino a la solución de otros problemas como los factores culturales, sociales y psicológicos.

En la Universidad de Stanford Thorensen y Coates, (1976) utilizaron un paquete multicomponente: un tratamiento que combina los aspectos de cambio de hábitos

alimentarios, de información nutricional, de actividad física, de factores sociales y familiares y el desarrollo de habilidades de autocontrol, el cual tuvo un gran éxito así como cambios durante el tratamiento y mantenimiento a largo plazo.

En un estudio realizado en México por Korbman 19987 y cols, se utilizaron una entrevista clínica, cuestionarios a la madre para recabar información sobre el desarrollo físico y emocional del niño y de sus relaciones familiares, Posteriormente se trabajó con el niño en una entrevista, aplicación de pruebas psicológicas y sesiones de psicoterapia de grupo para madres y niños de forma separada en donde se obtuvieron beneficios satisfactorios al trabajar con un equipo médico multidisciplinario .

1.8. LA PSICOTERAPIA GESTALT.

Se considera que la Psicoterapia Gestalt tiene mucho que ofrecer al obeso. El establecer la relación terapéutica ya es en sí importante, si tenemos en cuenta que la obesidad es un problema de relación.

El espacio terapéutico ofrece un campo seguro de autoexploración y expresión. Es una oportunidad para que el obeso pueda descubrir todo aquello que ha ido tapando con la comida durante tanto tiempo y puede expresarse sin juicio ni crítica.

Desde el respeto del terapeuta por la forma de ser del otro y la aceptación incondicional, se promueve el crecimiento y la autoaceptación y confianza. Perls decía que la maduración es la transición del apoyo ambiental al autoapoyo y esto es muy importante en el proceso de vida, no sólo del obeso, sino de todos los que se acercan a terapia (Polster 1994).

Es importante que el obeso se responsabilice de sí mismo y deje de culpar a otros y sentirse víctima. El asumir lo que ha proyectado en su parte corporal y escuchar sus propios mensajes, puede ayudar a su integración como persona (Zinker 1995).

La confrontación ante sus juegos de control y manipulación le dan la oportunidad de aumentar su conciencia: el darse cuenta de sí mismo es una herramienta de crecimiento. Al darse cuenta el obeso de lo que hace, de lo que controla y lo controla, de lo que carga, puede ver opciones diferentes para él (Perls 1973, Polster 1994).

Puede optar de manera responsable seguir siendo el gordo y que no se enoja, o enfrentar sus verdaderos sentimientos y expresarlos. Puede seguir resentido o aprender a expresarse.

Es también importante ayudarle a descubrir sus necesidades auténticas y las maneras que tiene para cubrir las de manera diferente a la única que él conoce, que es la de comer. El trabajo con sus asuntos inconclusos, quizás heridas de la infancia, le puede ayudar a cerrar gestalts, a sanar heridas, aumentar su autoestima y la seguridad, y ya no tendrá que protegerse tan hostilmente de la vida, que a fin de cuentas es su vida y podrá empezar a vivir la vida y no a sufrirla (Sánchez 1998).

Los trastornos de alimentación tienen en común un problema de control. El actualizar este concepto de control, es importante, así como revisar sus experiencias obsoletas a este respecto y al comer en sí. ¿Qué necesita?, ¿Qué obtiene?, y ¿Qué quiere en realidad? (Sánchez 1988).

Por otro lado acompañar a desafiar los introyectos a su propio ritmo. Respetar su ritmo es importante sobre todo si es un obeso que tiene historia de sobreprotección. La sobreprotección es una forma de invasión a la individualidad que inutiliza al otro y crea mucho resentimiento. En un clima de confianza, el obeso puede explorarse y expresarse. (Muñoz 1997 y Polster 1994).

Se realizó una extensa revisión de la obesidad por ser una de las enfermedades crónicas más frecuentes de origen multifactorial, condicionante a otras enfermedades no sólo físicas, sino también psicológicas como baja autoestima y trastornos afectivos.

Es de suma importancia que en las visitas que se realizan al pediatra se lleve a cabo una evaluación de la obesidad, ya que de esta manera se puede prevenir la obesidad o la progresión de la misma.

Debido a las consecuencias de la obesidad que fueron mencionados a lo largo de este capítulo, es importante que la obesidad, no sólo sea abordada por el área médica, sino que el área de la Salud Mental trabaje de forma paralela con los tratamientos que se lleven a cabo en las Instituciones Médicas para que los tratamientos sean efectivos.

CAPÍTULO 2. AUTOESTIMA

2.1 CONCEPTOS

Existen muchos autores que han realizado investigaciones sobre autoestima por lo que es importante hacer una revisión de los diferentes conceptos sobre este tema.

Symonds (1951), define a la autoestima como un sentimiento hacia uno mismo, que se desarrolla a partir de experiencias, necesidades y éxito. Este autor habla de dos manifestaciones de la autoestima, amor propio y respeto propio, que resultan de distintas formas de experiencias: positivas, de afiliación y de éxito.

Maslow (1954), en el área de autoconcepto y autoestima gira alrededor de la noción de autorrealización. Postuló una jerarquía de necesidades que abarca desde las más básicas, las fisiológicas a las superiores que son las de autorrealización. El establecimiento de autoestima es una condición necesaria para poder alcanzar la autorrealización.

Newcomb(1950), indica que la autoestima es el individuo tal y como es percibido por sí mismo en un marco de referencia determinado socialmente.

Martinez Muñiz (1980), define la autoestima como el sentido de verse bueno y valioso, que se concreta en confianza y seguridad en sí mismo.

Martínez y Montagné (1981), la define como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una evaluativa.

James(1890) afirma que el self de una persona es la suma de todo aquello que la persona puede llamar su yo, dividiéndola en tres partes: Yo material, Yo social, y Yo espiritual.

Yo material: Se refiere a todos los objetos y posesiones materiales de la persona incluyendo su propio cuerpo.

Yo social: Se refiere a los sentimientos y pensamientos que se encuentran en la existencia subjetiva del individuo.

Yo espiritual: Funge como observador e intérprete del yo material y social, determinando la sensación de autoestima.

Rosenberg (1973), define la autoestima como una totalidad de pensamientos y sentimientos que tiene un individuo, haciendo referencia a él mismo como objeto. Por su parte existen tres significados, concernientes a la autoestima: autoaceptación, amor así mismo y sentido de competencia.

Corkille (1985), menciona que la autoestima es lo que cada persona siente por sí misma, es la medida en que le agrada su propia persona. El concepto que se tenga de uno mismo influye en la elección de amigos, en la forma de relacionarse con los demás, en la elección de pareja, en la productividad y en la creatividad. La actitud hacia sí mismo pesa en forma

directa sobre la forma en que vive cada etapa de la propia vida. Es el factor que decide el éxito o fracaso de la persona como ser humano.

Otros autores como McCreary (1989), afirman que la autoestima está basada en la concepción que tiene la persona de su propio valor, y que está determinada no sólo por las percepciones de la persona, sino también por las reacciones de los demás hacia ella. La consistencia, estabilidad y claridad de ciertos aspectos de la autoestima pueden variar de acuerdo a las demandas específicas de cada situación, a la jerarquía de necesidades en un momento determinado y a la accesibilidad de los propios recursos en ese momento.

Por su parte, Satir (1981) señala que la autoestima es la capacidad de valorar al yo y de tratarse con dignidad, amor y realidad. La autoestima es un concepto, una actitud, un sentimiento y una imagen, y está representada por la conducta.

La autoestima es el juicio implícito que cada uno hace acerca de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida y acerca de su derecho de respetar y defender sus intereses y necesidades, es decir es la suma de la confianza y el respeto por sí mismo; por tanto, se relaciona con la confianza en la capacidad de pensar y de enfrentarse a la vida, con la certeza en el derecho a triunfar y a ser feliz, el sentimiento de ser respetable, digno y de tener derecho a afirmar las propias necesidades y carencias. (Branden 1997, 1995).

Cabe señalar que la autoestima es una experiencia interna, privada, e íntima, y que reside en el núcleo del yo, es lo que la persona piensa y siente sobre sí misma, nunca lo que otros piensan, o sienten en relación a ella. Branden (1997), considera que la autoestima es en realidad un proceso, en lugar que una estructura fija, esto es lógico si se considera que el ser humano mismo es un proceso.

Si la persona es un proceso, la autoestima tampoco es absoluta, es decir, si bien es posible encontrar gente con alta o baja autoestima la mayor parte del tiempo, ésta, generalmente se halla fluctuando entre ambos polos.

Sobre la misma línea Field (1996) señala que los pensamientos, sentimientos y comportamientos siempre cambian, de ahí que los niveles de autoestima se pueden ver alterados de un minuto a otro; menciona que es posible hallarse sumergido en pensamientos positivos, sintiéndose bien y después algo sucede, con lo que tal experiencia puede tender a un sentido opuesto.

Branden (1995), menciona que la autoestima tiene dos componentes relacionados entre sí: por una parte la sensación de confianza frente a los desafíos de la vida que es la eficacia personal; mientras que el otro es la sensación de considerarse merecedor de felicidad, lo que es respeto a sí mismo.

La eficacia personal, implica la confianza en el funcionamiento de la propia mente, para pensar y entender, aprender, elegir y tomar decisiones, y en la capacidad para entender los hechos de la realidad que entran en el ámbito de los intereses y necesidades personales. En pocas palabras significa creer y confiar en sí mismos. El segundo elemento, el respeto a sí mismo significa el reafirmarse en la valía personal, implica una actitud positiva hacia el derecho a ser feliz. (Branden, 1995).

Algunos autores dan mayor énfasis al aspecto social en el desarrollo de la autoestima.

Mead (1934), considera al self como una serie de actitudes reflexivas que resultan del contexto social, la autoestima puede ser descrita como el componente de evaluación de cada una de estas actitudes o como la totalidad de dichas evaluaciones.

Cohen(1959) creía que no tiene sentido pensar en un self separado de lo social. La concepción de un individuo sobre sí mismo está determinada por la percepción de las reacciones de otros hacia él. Postula que, los sentimientos de una persona acerca de sí misma son producto de sus relaciones con otros, mismas que le afectan desde los primeros años de vida.

Sherif y Sherif (1966), al hablar de autoestima, argumentan que ésta se forma como resultado de la internalización de las normas y los valores del grupo social por el individuo, y de su adecuado desempeño, ya que todas las agrupaciones humanas poseen un conjunto de normas, valores y costumbres que expresan las pautas conductuales a seguir dentro de la estructura de la sociedad.

Para Colley(1974) el self tiene diversos aspectos de los cuales el más importante es el self social, que se forma de las observaciones del individuo acerca de cómo otros responden a su self, y es además el vehículo a través del cuál la sensación interna de sí mismo se desarrolla y se refina.

Considerando al desarrollo del self como un proceso social, este autor habla de tres elementos: las percepciones individuales, la interpretación individual acerca de cómo se es evaluado por las otras personas y la experiencia personal del individuo como respuesta afectiva para percibir la opinión de los demás. Este autor menciona que la madurez aumenta el autocontrol, lo cual da como resultado que las opiniones de los otros sean poco significativas y alteren el self.

Algunos autores mencionan que existen dos tipos de autoestima, la global o nuclear y la específica. Vallerand, Pelletier y Gagné (1991) señalan dos grandes posiciones en relación a la naturaleza de la autoestima. Por un lado, la corriente encabezada por Coopersmith y Rosenberg que enfatiza la naturaleza global de la autoestima como una experiencia general de autovalía, respeto a sí mismo, y por otra parte, la corriente de Shavelson y Harter1993 , que percibe a la autoestima como una función en varios dominios de la vida, es decir, una persona puede tener una alta autoestima en un dominio y estar bajo en otro.

Taylor (1995) menciona que la autoestima global se refiere a una evaluación completa del ser y la experiencia, la que pudiera estar relacionada principalmente con las relaciones familiares en la infancia; más adelante, se desarrolla una autoestima, la cual se le denomina situacional, que se origina en el conocimiento que se tienen aptitudes para algo, que se satisfacen las expectativas y que se pueden realizar tareas interesantes y difíciles. Además señala que la autoestima se deriva de evaluaciones en áreas bien definidas, esta autoestima puede ser considerada como una autoestima secundaria generada por medio de la interacción con personas fuera del núcleo familiar.

Fajardo 2001 identificó seis componentes utilizados en un número importante de definiciones de autoestima entre 1967 y 1996 por diversos estudios. Dichos componentes son: evaluativo, afectivo, cognitivo, conductual, social y contextual. El componente evaluativo se refiere al conjunto de juicios valorativos con respecto a sí mismo, el afectivo a los sentimientos y emociones derivadas de dichas evaluaciones, el cognitivo a las operaciones y procesos psicológicos involucrados, el conductual a las competencias y habilidades percibidas, el social a la retroalimentación recibida por las personas significativas de su entorno inmediato y el contextual al conjunto de creencias, normas y valores prevalecientes en el entorno social del individuo.

Considerando la revisión de los conceptos de autoestima en la literatura, se observa que el término autoconcepto y autoestima son manejados por muchos autores como sinónimos, sin embargo es conveniente señalar que el autoconcepto como su nombre lo indica, es el concepto o idea que un hombre tiene de sí mismo, abarca aspectos cognitivos que tenemos nosotros mismos y la autoestima se refiere a la valoración que hacemos de nosotros mismos, es medido en dirección en valor positivo o negativo y fuerza. Damon (1983).

2.2. DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA.

Tschirhart y Donovan (1985) consideran que para comprender el desarrollo de la autoestima, es necesario conocer qué sucedió antes de que éste naciera. Sostienen que los motivos para concebir a un hijo son fundamentales para su autoestima. Para que la persona comprenda cómo llegó a verse y como se ve, es necesario que conozca si fue deseada o no y las expectativas que se tenían del bebe. Se considera que los niños perciben las actitudes y juicios parentales y los internalizan como si fuesen ciertos.

Cabe señalar que el bebé llega al mundo con cierta carga genética que aporta rasgos temperamentales, fortaleza y susceptibilidades básicas, pero no nace con un sentido de valoración de sí mismo. Este sentido se genera, en primera instancia, a partir del contacto con los padres y después en la interacción con el mundo, incluyendo las relaciones interpersonales y la influencia sociocultural.

Desde que el niño nace necesita de protección y de la continuidad de una relación, que la misma persona le proporcione alimento, calor, escuchar la misma voz y sentir el mismo toque humano que lo introducirá a la existencia y presencia del otro.

Con la ayuda de la marcha, del lenguaje, y la capacidad de representación mental se va desarrollando así como el proceso de individuación y por lo tanto una mayor conciencia de sí mismo, el niño aprende a diferenciar y clasificar a las personas que le rodean, aprende a evaluar, predecir y diferenciar entre sentimientos buenos y malos y entre conducta buena y mala.

A lo largo del desarrollo, el niño aprende ciertas ideas básicas con respecto a quién es y como debería ser. Entonces se forma el yo y el ideal del yo, mismos que se comparan constantemente. La autoestima se determina en parte por la congruencia o similitud entre ambos, es decir entre más parecidos sean el yo y el ideal del yo, mayor será el nivel de

autoestima, mientras que, entre más distantes sean, ésta será menor. (Tschirhart y Donovan 1985).

Un aspecto muy importante para la evolución de la autoestima, es la familia y la interacción entre cada uno de sus miembros. La autoestima del niño se forma casi exclusivamente en la familia. Cuando el niño empieza a ir a la escuela, intervienen otras influencias (maestros y compañeros). Las influencias externas tienden a reforzar los sentimientos de valor o bien la falta de ellos que se hayan aprendido en el hogar.

La cultura influye de manera importante sobre la imagen que se tiene de sí mismo, ya sea en relación a la imagen corporal o la autoestima. Además cabe recordar que la cultura patriarcal que caracteriza a este país, valora al hombre sobre la mujer, y por lo tanto es lógico que el desarrollo natural de la autoestima en la niña se vea perjudicado, pues se le considera como inferior y menos capaz que el niño.

Tschirhart y Donovan (1991) han realizado estudios que muestran repetidamente patrones preocupantes en las mujeres: falta de autoestima, inhabilidad para poder controlar sus vidas, vulnerabilidad a la depresión y tendencia a verse así mismas como menos capaces de lo que en realidad son.

Erikson (1977), considera que la autoestima se conforma en la etapa de confianza básica vs desconfianza, supone que de ésta depende que el niño adquiera confianza, se acepte a sí mismo y a los demás, porque él percibe qué es importante y valioso para las personas que le son significativas.

Durante esta etapa se genera la sensación de confianza y se cristalizan los primeros sentimientos de seguridad, fe, aceptación, y amor. El bebé percibe si es amado y aceptado, y si el mundo es un lugar seguro que se hará cargo de sus necesidades. De ahí que durante ésta primera etapa, la necesidad básica del bebé sea obtener seguridad física y emocional por parte de los padres. El tacto y el afecto en esta primera etapa son necesarios para el desarrollo de una sana autoestima.

En el segundo año, cuando el niño comienza a ser capaz de tener metas generadas por sí mismo, es decir de tener inquietudes y deseos de hacer algo por él mismo, demostrar y demostrarse que es capaz de hacerlo, su autoestima derivará de dos fuentes, por un lado la aprobación de los otros y por el otro la satisfacción de realizar la actividad, agradable por sí mismo y de manera independiente.

Más adelante durante la etapa de autonomía vs vergüenza y duda, el niño empieza a tener autocontrol y fuerza de voluntad. La autoestima se promueve cuando el niño puede tomar algunas decisiones solo y puede ejercitarse con éxito. Durante esta etapa es necesario que los padres pongan límites flexibles y que tomen al niño en cuenta como persona.

El uso del lenguaje se hace importante, pues permite poner en palabras y en conceptos aquello que se vivió en la primera y actual etapa. En este estadio lo que se dice y la forma en la que se trata al niño son importantes. En los años pre-escolares a través de la fantasía y del juego, los niños buscan vencer y superar las heridas de su autoestima, las cuales derivan de ir conociendo sus limitaciones.

Posteriormente en la etapa de iniciativa vs culpa el niño adquiere un sentido de dirección y de propósito, construye su seguridad, se identifica y es curioso sexualmente. La resolución de esta etapa y el logro de la iniciativa aporta el eslabón al desarrollo de la autoestima. Así, durante los primeros cinco o seis años, la autoestima del niño quedará conformada principalmente por la familia. (Satir 1981).

La etapa escolar constituye un periodo crítico en la formación de autoestima ya que el desarrollo del pensamiento lógico-concreto le permite al niño evaluar sus habilidades para compararlos con la de los otros y con las expectativas de los padres.

Durante los años escolares los niveles de autoestima se ven afectados aún más por la adquisición de habilidades de competencia, especialmente en el desempeño escolar, en las relaciones de amistad y en los deportes. Durante estos años la autoestima se ve profundamente afectada por los éxitos y los fracasos en estas áreas. Podríamos decir que los dos retos para la autoestima en los años escolares son:

1. El rendimiento académico.
2. El ser exitoso en las relaciones con los grupos de amigos de la misma edad, ya sea individual o grupal. El ser competente dentro de una actividad deportiva o artística.

Las motivaciones sociales y la necesidad de pertenencia al grupo son muy importantes en esta edad la opinión del grupo de pares, por lo que las habilidades sociales, motoras, cognitivas tienen un alto valor para el desarrollo de la autoestima.

La siguiente etapa es la de industriosidad vs inferioridad, se considera que ésta representa otro momento importante en el desarrollo de la autoestima, pues por primera vez el niño sale al mundo y se vale por sí solo. Al hacer uso de sus capacidades y al relacionarse con compañeros de juego, la autoestima se hace más sólida o se deteriora. Este es el inicio de la etapa escolar, la interacción con maestros y compañeros cobra un papel determinante.

Satir (1981), menciona que durante la etapa escolar, las fuerzas externas tienden a reforzar los sentimientos de valía o inutilidad que el niño aprendió en el hogar. Por lo tanto el ámbito escolar se vuelve posteriormente el espacio secundario más importante en la formación de autoestima.

En lo que se refiere a los niños es importante resaltar algunos puntos interesantes sobre cuestiones que alteran el desarrollo de la autoestima:

- Cada palabra, expresión facial o acto de alguno de los progenitores envía un mensaje al niño.

- Los niños pequeños tienden a pensar que ellos provocan lo que sucede a su alrededor, esto abarca tanto sucesos buenos como malos, por lo que es necesario que los padres expliquen qué sucede, que relación tiene con el niño, que clarifiquen el contexto y las personas involucradas en el mismo.

- El efecto más destructor es el producido por los adultos que avergüenzan, humillan, restringen o castigan a los niños a causa de una conducta inadecuada.

La adolescencia temprana comprende la etapa de identidad vs confusión del rol. Esta se caracteriza por multitud de cambios en la vida del individuo en todos los aspectos, físico, cognitivo, emocional, interpersonal, social, etc. La tarea del adolescente es importante y difícil pues debe manejar la nueva cantidad de energía que posee, sus necesidades psicológicas, de independencia y las expectativas socioculturales (Satir 1981).

La etapa de la adolescencia se caracteriza por un darse cuenta de la propia existencia. Cabe destacar que las dificultades propias de este periodo, hacen de la autoestima un proceso vulnerable que sólo encuentra estabilidad en la medida en que la adolescencia se elabore. El adolescente suele rechazar y rebelarse contra las normas que se le habían inculcado y concientizarse de que el camino que siga será por elección propia.

Una importante fuente de satisfacción del adolescente es su grupo de amigos, con quienes satisface su necesidad de arraigo, relación e identidad (Villa Pola 1997). Cabe señalar que la necesidad de separarse de sus padres y de identificarse con otros modelos, le pueden llevar a buscar cumplir con cierto ideal para ser aceptado y sentirse seguro.

En lo particular, la adolescencia representa una segunda oportunidad para elaborar y trascender aquello que había quedado inconcluso en etapas anteriores, incluyendo las deficiencias en su autoestima.

Como conclusión se puede decir que la adolescencia como la adultez temprana son momentos cruciales en el desarrollo de la autoestima. Los jóvenes durante esta etapa se encuentran vulnerables en relación a su nivel de autoestima y por lo tanto es un magnífico momento para trabajar con ella.

2.3. AUTOESTIMA EN LOS NIÑOS.

Los niños son capaces de interpretar el trato que reciben por parte de otras personas, Según Morris y cols (1964), para el niño hasta los tres años, la opinión que tiene de sí mismo es muy similar a la que sus padres tienen de él.

Los compañeros también juegan un rol importante. Su influencia viene a través de las actividades sociales informales y los juegos en donde se seleccionan compañeros.

En las experiencias escolares, el niño aprende a ser visto y tratado de acuerdo a sus habilidades o a los resultados que obtiene, formando de esa manera una nueva e importante parte de su imagen.

Los niños hasta los seis o siete años, generalmente son capaces de expresar verbalmente las imágenes que tienen de sí mismos, en parte porque carecen de herramientas para la descripción, y en parte por que la imagen parece tan natural que es muy obvia de examinar.

Los niños también juegan un rol activo en la formación de la autoestima, algunos resisten o rechazan imágenes que sus padres les imponen y tienden a sentir alguna tensión o rechazo. Con el tiempo se vuelve capaz de escoger entre las opiniones de otros, las que se acomodan mejor con su auto imagen.

De todo esto podemos decir que las imágenes y el trato que recibe el niño de las personas que lo rodean ejercen una considerable influencia en la formación de la autoestima. También es importante un ambiente suficientemente estructurado como para brindarles información clara y un camino adecuado que seguir, ya que la ausencia de esto dificulta la integración de la persona y tendrá repercusiones en la vida.

En el caso de la autoestima de los niños Cicirelli (1976) sugiere que la autoestima durante los primeros años escolares es prácticamente vulnerable a fluctuaciones en el sentimiento de auto-valía. El egocentrismo en la edad preescolar funciona hasta cierto punto como un escudo para la baja autoestima pues los niños de esta edad responden a todas las experiencias de forma positiva como evidencia de su importancia y su valor. En los años escolares las capacidades y las habilidades en comparación con otros empieza a tomar importancia, esto les permite evaluar críticamente sus fortalezas y debilidades. A esto se le une la internalización de normas sociales que incluyen ideales a alcanzar y prohibiciones, así como la capacidad de sentir culpa.

Harter (1990 en Papalia y Olds, 1994) encontró que la autoestima en los niños proviene de dos fuentes principales: que tan competentes se sienten en diferentes aspectos de su vida y cuanto apoyo reciben de las demás personas.

2.4. MODELOS EXPLICATIVOS DE AUTOESTIMA

2.4.1 Modelo de Pope , McHale y Craighead

Pope, McHale y Craighead en 1988 apoyados en una perspectiva cognitivo- conductual, proponen un modelo explicativo de la autoestima señalando la existencia, por un lado de un marco o entorno comprendido principalmente por el hogar, la familia, la escuela con compañeros y profesores, donde se producen sucesos, y por otro lado, sostienen la existencia de variables o áreas personales las cuales pueden producirse en cualquier momento y llegar a influirse mutuamente. Dichas áreas son la biológica, la conductual, la cognitiva y la emocional.

Consideraban que la autoestima en niños y preadolescentes se encuentra integrada por varios componentes, los cuales representan aquellos dominios que son importantes en la vida de todo individuo. Dichas componentes son el social, el académico el familiar, el corporal y el global.

La autoestima social abarca los sentimientos de uno mismo en cuanto a las relaciones interpersonales. La autoestima académica trata de la evaluación de uno mismo como estudiante. La autoestima familiar refleja sus propios sentimientos como miembro de la familia. La autoestima física se basa en la satisfacción con la imagen corporal. Finalmente la autoestima global se refiere a la valoración general de uno mismo basándose en la evaluación de todas las áreas.

Consideran que la autoestima es el resultado de la discrepancia entre la percepción de uno mismo y el ideal de uno mismo

Entre las principales aportaciones de Pope y colaboradores se encuentran estrategias específicas para el fortalecimiento de la autoestima. Proponen atender un área problemática en particular enseñando habilidades a los individuos para mejorar su rendimiento y examinar la discrepancia entre la percepción y el ideal de uno mismo, ayudando a los niños a modificar su ideal para conseguir sus objetivos, y cambiar la percepción de sí mismos para que se vean de forma positiva.

2.4.2. Modelo de Stanley Coopersmith.

En un intento por explorar el desarrollo como un elemento que permitiría explicar el constructo por medio de la adquisición e interacción con la experiencia, las aportaciones de Coopersmith (1967) son sin duda las más conocidas en este campo. Coopersmith desarrollo uno de los instrumentos más utilizados en los últimos 30 años respaldado en la creencia de una estructura unidimensional.

No obstante Coopersmith propuso dimensiones o postulados de segundo orden similares a los referidos por Epstein 1973 que favorece la idea de una autoestima global localizada en la cima de la estructural (Harter 1993).

Dichas dimensiones son: competencia (éxito escolar ante las demandas académicas), virtud (adherencia a normas morales y éticas), fuerza(habilidad para controlar e influir en otros) y significado (aceptación y afecto de otros, otorgando un papel especial a la competencia académica y a la aceptación social proveniente de padres y de grupo de pares.

Así mismo, sugiere cuatro factores principales que contribuyen en el desarrollo de la autoestima.

1. El valor que el niño percibe de otros hacia sí mismo expresado en afecto y reconocimiento y atención.
2. La historia de éxito del niño ,la posición o status que uno percibe tener en relación a su entorno.
3. La definición del niño de éxito o fracaso, las aspiraciones y demandas que una persona define como elemento del éxito
4. El estilo del niño para manejar la retroalimentación negativa Bednar, Wells & Peterson (1989).

Coopersmith (1967,1981) considera que la autoestima es una evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso. Es un juicio personal de valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo, es una expresión subjetiva que el individuo manifiesta a otros a través de reportes verbales y otras conductas abiertas.

En la autoestima de una persona lo más importante es la cantidad de respeto, aceptación y trato que recibe de los otros individuos que le son significativos en su vida, viéndose afectada por las percepciones de personalidad o del vínculo que exista entre los miembros del grupo familiar.

Coopersmith distingue dos aspectos muy importantes de la autoestima: la expresión subjetiva es decir, la autodescripción y autoapreciación individual; y la expresión comportamental que el individuo pone a disposición de otros observadores.

La autoestima como un conjunto de cogniciones y sentimientos forma parte del sí mismo o self, el cuál esta constituido por tres componentes:

- Un componente cognoscitivo, constituido por el autoconcepto.
- Un componente afectivo, constituido por la autoestima
- Un componente connativo , que se refiere a la conducta dirigida hacia sí mismo, que lo determinado por los valores, éxitos, aspiraciones, y defensas del individuo y que dependen de la edad, sexo, etc.

Así mismo, menciona que el nivel de autoestima, ya sea alto o bajo, se relaciona principalmente con cuatro condiciones:

- Debe existir la total aceptación del niño por parte de los padres.
- Es necesario que reciban instrucciones claras y definidas, evitando ambigüedades.
- Debe haber respeto por la individualidad del niño.
- Apoyar al niño en sus decisiones para que llegue a conseguir sus metas.

2.5. MEDICIÓN DE LA AUTOESTIMA

Es de destacar el interés que ha generado el debate entre la uni y multidimensional de la autoestima. Teóricamente la autoestima se conceptuó inicialmente como un constructo unidimensional, medido por un rango de reactivos, centrándose en contextos o dominios específicos, tales como la familia o la escuela y las relaciones con el grupo de iguales (Coppersmith, 1967).

Posteriormente, se supuso que cada dominio contribuía de igual modo a la autoestima total o global, de tal forma que los puntajes obtenidos en las distintas dimensiones podrían sumarse obteniendo un puntaje total. Sin embargo, existen algunos autores que coinciden de que los enfoques que se centran en la obtención de un solo puntaje global no permite vislumbrar importantes distinciones que los niños podrían hacer en los diferentes dominios de sus vidas.
(Eiser, Eiser & Havermans, 1995)

Por lo tanto, dos posturas pueden distinguirse con respecto a la medición de la autoestima. La primera enfatiza la naturaleza global de la autoestima que sostiene el argumento de que los individuos experimentan un sentimiento general de autovalía con respecto a si mismos. La segunda, enfatiza la multidimensionalidad de la autoestima, la cual varía en función de los distintos dominios de la vida de los individuos. Recientemente se ha insistido en la naturaleza multidimensional de la autoestima, pero esto no se ha visto reflejado en muchos de los instrumentos de medición.

Se realizaron una búsqueda de los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para medir autoestima de niños y adolescentes desde 1989 a la fecha. Se encontraron 68 instrumentos que miden autoestima y autoconcepto.

Los resultados de la búsqueda indican que los instrumentos más utilizados para medir la Autoestima son la Escala de Autoestima de Rosenberg, el Inventario de Autoestima de Coopersmith, el Inventario de Auto percepción para niños de Harter, La Escala Gráfica de Competencia y Aceptación Social para niños de Harter y colaboradores, y la Escala de Autoestima Académica de Coopersmith y Gilberts.

En otras investigaciones Francis y Wilcox (1995), refieren que la Escala de Rosenberg y el Inventario de Autoestima de Coopersmith son los instrumentos que más se emplean para medir la autoestima (el primero utilizado en el 25% de los estudios y el segundo el 18%)

2.5.1. ROSENBERG SELF-ESTEEM SCALE (ROSENBERG 1965)

Esta escala es el instrumento que más se ha utilizado para medir la autoestima. La escala contiene diez reactivos tipo Lickert, formando una estructura unidimensional, lo cual contribuye a su rápida administración, calificación e interpretación. Originalmente, se diseñó para utilizarse con adolescentes y adultos aunque en la actualidad se aplica también a la población infantil.

Confiabilidad y validez.

Sus múltiples aplicaciones refieren índices de consistencia interna entre .77 y .88 Hagborg (1996), en tanto que en aplicaciones test-retest se han obtenido correlaciones de .85 y .82 con dos y una semana de intervalo.

Alcances y limitaciones .

En el contexto teórico, es una estructura factorial unidimensional, lo cual permite simplificar las interpretaciones de las relaciones entre el constructo autoestima y otras variables. No obstante en el afán por simplificar dicha tarea , se comete el error de excluir elementos esenciales que limitan la comprensión de los diferentes factores que se relacionan con la autoestima. Por otro lado existen versiones traducidas al español, pero no se cuenta con registros de su aplicación en población mexicana.

2.5.2. COOPERSMITH SELF-ESTEEM INVENTORY.

El inventario de Autoestima de Coopersmith, segundo en popularidad, es un instrumento para aplicarse con niños, habiendo sufrido varias modificaciones para su adecuación y aplicación a población adulta. La primera versión constaba de 50 reactivos tipo Lickert que medían cuatro áreas del constructo: grupo de amigos, padres, escuela e intereses personales. Cada reactivo es un enunciado autodescriptivo, escrito en primera persona con dos opciones de respuesta.

Confiabilidad y validez. La aplicación de la versión de 50 reactivos ha registrado índices de consistencia interna del orden de .90. Por otro lado se cuentan con correlaciones en aplicaciones test-retest de .85 y .70 con intervalos de 5 semanas y tres años respectivamente. Por otro lado también se encontraron correlaciones significativas entre el inventario y diversas variables, incluyendo variables de personalidad. (Francis 1998, Lara-Cantu et al 1993) y medidas de autoestima obtenidas por otros instrumentos.

Una de las críticas más importantes al trabajo de Coopersmith revela la inconsistencias entre su modelo explicativo de la autoestima y las características reales del instrumento.

2.6. NIVEL DE AUTOESTIMA.

Las manifestaciones más comunes de la autoestima alta son:

- Comodidad al expresar afecto hacia los demás
- Disfruta de las relaciones interpersonales
- Apertura a las críticas y comodidad para reconocer errores
- Actitud abierta y curiosidad hacia ideas y experiencias
- Menor susceptibilidad hacia factores ambientales y sociales
- Mayores sentimientos de control sobre circunstancias externas
- Mayor capacidad para controlar el estrés interno y externo

La autoestima elevada, proviene de las reflexiones positivas que se hagan en torno a la persona, sobre todo durante la infancia. Un niño que presenta una alta autoestima, se encuentra nutrido emocionalmente, tiene sus necesidades afectivas y emotivas satisfechas, tanto por él mismo como por los demás, es capaz de descubrir y utilizar sus propios recursos, considerándose valioso y digno de confianza.

Los individuos con elevada autoestima se acercan a personas y tareas con considerables expectativas de éxito, aceptan sus opiniones y manifiestan confianza en sus relaciones, mostrando mayor independencia social y creatividad, lo que los conduce a comportamientos más asertivos.

Su desempeño escolar generalmente es alto, piensan mejor de sí mismos, enfocan las tareas escolares con una actitud positiva y una motivación alta.

En términos generales el niño con un alta autoestima no sólo piensa bien de sí mismo, sino que generalmente tiene éxito en la escuela, en sus relaciones interpersonales y en su relación con sus padres.

Por su parte, se considera que el niño con baja autoestima más que vivir sobrevive, se encuentra constantemente en función del medio externo, en un intento de satisfacer las expectativas que le garanticen aceptación y amor, es un niño con necesidad afectiva, dudoso de su valor, recursos y capacidades. Se considera que estos niños se convierten en adultos que llevan un niño interior lastimado.

Las manifestaciones más comunes de la autoestima baja son:

- Sentimientos de incompetencia e inadecuación
- Apatía, aislamiento
- Poca capacidad de amar y pasividad
- Sensibilidad ante las críticas de los demás
- Aislamiento y desconfianza en las relaciones interpersonales
- Tendencia hacia la ansiedad, depresión y destructividad

Muchos de los criterios de la sintomatología depresiva, están relacionados con la baja autoestima, como uno de los factores nucleares de dicha patología.

Por lo tanto, es importante aumentar la autoestima para lograr relaciones humanas satisfactorias. Para lograr un desarrollo adecuado de la autoestima ya que a la larga fortalece la relación de la persona consigo misma y con los demás teniendo como resultado una autoestima sana.

2.7. ESTUDIOS DE AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES.

2.7.1 Autoestima y trastornos afectivos.

Harper y Marshal 1991 realizaron una investigación para observar la relación entre ansiedad, depresión y autoestima en niños con y sin tratamiento de cáncer, utilizaron la Escala de Autoreporte, el inventario de depresión en niños CDI y una escala de ansiedad (ROMAS). Los resultados que se obtuvieron fue que los niños sin tratamiento no tuvieron diferencias significativas en ninguna de las escalas utilizadas.

Posteriormente se compararon con niños sanos y se encontró que estos reportaban puntajes de depresión y ansiedad más altos que los niños con tratamiento y sin tratamiento y niveles de autoestima más bajos.

Keegan 1987, Skager 1987, Gossop 1979, Miller 1988 encontraron que los niveles bajos de autoestima causan o contribuyen neurosis, ansiedad, defensividad y últimamente consumo de alcohol. Battle 1990, Bhatti 1989 realizaron estudios que confirman la relación entre la depresión y pensamientos suicidas en adolescentes y baja autoestima.

Los trabajos de Addeo 1994 en un estudio 305 adultos, cuyo objetivo era validar un instrumento de autoestima, encontraron correlaciones importantes entre autoestima y depresión $r = .60$ y ansiedad $r = .80$ tales resultados presentan consistencia con los de Healherton y Polivy 1991, quienes en un estudio similar reportaron correlaciones entre puntajes de autoestima y depresión de $r = .59$ y entre autoestima y ansiedad de $r = .59$

Benjet 1999 como parte de un estudio realizado con 1102 preadolescentes mexicanos encontró correlaciones significativas entre depresión y autoestima en mujeres $r = .53$ como en hombre $r = .46$. En tanto Aguilar, Eduardo y Berganza 1966 en un estudio con 908 adolescentes guatemaltecos encontró un nivel de asociación negativa de $r = .61$. Por otro lado Oliver & Paul 1995 encontraron con estas dos variables correlaciones de $r = .66$.

La interacción entre autoestima y ansiedad se considera el predictor más importante de los desordenes de la alimentación (Canals, Carbajo, Fernández & Doménech, 1996). Variables como la clase social, la salud, la preocupación por la gordura y la ansiedad en general pueden predecir estos problemas (Button, Sonuga-Barke, Davies & Thompson, 1996)

2.7.2. Autoestima y trastornos alimentarios

Existen diferentes factores de riesgo involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios, entre ellos los que se asocian con la insatisfacción y alteración de la imagen corporal.

Las personas que tienen un sentido de la autoestima basado en la aprobación externa y la apariencia física, tienen mayor probabilidad de padecer algún tipo de trastorno alimentario, debido a que son más susceptibles a las presiones sociales en donde la obesidad no es parte de la belleza ideal (Gómez-Pérez-Mitre y Saucedo 1998).

Se han realizado estudios en donde se muestra una relación entre la autoestima y la obesidad. Los efectos de la presión de la sociedad de ser delgados tiene un efecto permanente en la autoestima de los niños.

Se realizó un estudio longitudinal de 1520 niños de 9 y 10 años y posteriormente se les realizó una segunda aplicación del Cuestionario de Auto percepción después de cuatro años a los 13- 14 años. En la primera aplicación se encontró que en el área escolar y autoestima global las diferencias no fueron significativas en obesos y no obesos. Sin embargo después de 4 años las mujeres presentaron niveles más bajos de autoestima comparados con los hombres.

Es frecuente que los niveles bajos de autoestima corporal se presenten con anterioridad a los trastornos alimentarios. Los niveles bajos de autoestima en niños obesos, también se asocian con incremento de tristeza, soledad y nerviosismo comparadas con niños no obesos y el decremento de la autoestima puede desencadenar el consumo de alcohol y tabaco. Brunch,1981, Brodie y cols (1994).

Otra variable en los trastornos alimentarios son las autoatribuciones negativas, características que devalúan a la persona (Gómez Pérez- Mitre 1999).

2.7.3. Autoestima y logro académico

Brookover 1985, Wylie 1974 encontró que hay una relación significativa entre el autoconcepto y el logro académico. Coopersmith 1965, reportó en sus investigaciones que el autoconcepto predice la habilidad de leer en el primer año escolar así como el nivel de inteligencia. Por otro lado Holly 1987, Covington 1989 realizó varios estudios en donde menciona que el nivel de autoestima da como resultado el logro académico, en cuanto incrementa el nivel de autoestima los logros incrementan y cuando decrementa los logros en la escuela disminuyen.

La autoconfianza académica es otro factor relacionado con la autoestima en los años escolares sin embargo muchos niños tienen una alta autoestima sin salir bien en la escuela, esto se debe al trato que las personas significativas le den al niño y de la importancia que le den al éxito académico en el ambiente que este creciendo. Harter (1990), Papalia (1994).

Dubois, Bull, Sherman y Roberts 1998, en un estudio de 213 adolescentes, identificaron correlaciones significativas entre la autoestima global y el rendimiento académico.

2.7.4. Autoestima y delincuencia

Estudios realizados por Kelley 1978, Kaplan 1975, Toch 1969, Davis 1991, Johnson 1983 Sahagun 1990, López 1994, encontraron una relación entre la delincuencia y baja autoestima. Estos niveles de autoestima conducen a un estado de enojo, hostilidad que frecuentemente da como resultado violencia. Se reconoce que los actos de violencia compensan los sentimientos de inseguridad y baja autoestima.

2.7.5. Autoestima y entorno familiar.

Peterson, Southworth y Peters 1983 examinaron la relación entre la percepción de 2194 estudiantes de quinto y sexto grado de primaria con respecto a las prácticas de crianza utilizadas por sus madres, vinculándola con puntajes de autoestima. El estudio reveló correlaciones positivas entre las dimensiones de aceptación y demanda de las madres con respecto a la autoestima de sus hijos. En tanto se registraban correlaciones negativas entre la dimensión de castigo y autoestima.

Del mismo modo, Kawash y Kerr 1985, en un estudio con una población similar en donde relacionaron autoestima y entorno familiar, encontraron que los niños quienes percibían a sus padres con puntajes altos de aceptación, registraban mayor autoestima que aquellos que los percibían bajos. Además los niños que percibían a sus padres con una disciplina flexible presentaban mayor autoestima que aquellos que percibían a sus padres con una disciplina rígida.

2.7.6. Autoestima y apariencia física.

La apariencia y la capacidad física son dos grupos de variables utilizadas para caracterizar la dimensión física de la autoestima. Entre las variables citadas en esta categoría se vinculan la imagen corporal, la atracción, la apariencia física y el autoconcepto físico.

En cuanto al área física (Tobin-Richards, Boxer y Petersen 1983 en Papalia y Olds, 1992) hallaron que la apariencia física es lo que les interesa a la mayoría de los adolescentes.

La imagen corporal se forma en cierto grado como una función de las apariencias corporales definidas según la cultura. Debido a esto la autoestima de las niñas puede verse influida en cierto grado de acuerdo a como ellas se perciben que se acercan a lo establecido por la cultura. Según el planteamiento de este autor la imagen corporal y una pobre autoestima es particularmente alta en las niñas durante la adolescencia ya que los cambios físicos en esta etapa son muy ostensibles y las niñas son confrontadas con lo establecido culturalmente. (Usmiani & Daniluk, 1997)

Estudios han investigado la relación entre imagen corporal y autoestima y encontraron correlaciones entre ambas. En México, Benjet 1999, en un estudio con 1102 niños de sexto grado y de primero de secundaria, identificó correlaciones significativas tanto en hombres como en mujeres de $r = .62$ y $.65$.

Otros estudios realizados no encontraron diferencias significativas entre el nivel de autoestima de mujeres universitarias que deseaban ser más delgadas y mujeres universitarias que se encontraban satisfechas con sus presentes figuras (Odea 1999).

Existen instrumentos de medición que consideran la atracción o la apariencia física como componentes de la autoestima. Tales como Self-esteem Questionnaire (Heatheron & Polivy, 1991) y el State Self-esteem Scale (Addeo 1994) los cuales se utilizaron para relacionar sus escalas respectivas de atracción física y apariencia con puntajes de autoestima obtenidos con la aplicación del Rosenberg Self-esteem Scale. En ambos casos se registraron correlaciones de $r = .25$ y de $.65$.

2.7.7. Autoestima y variables sociodemográficas.

Existen investigaciones que vinculan la autoestima con variables como el sexo, la edad, y variables del entorno familiar, tales como la composición familiar y el nivel de escolaridad de los padres.

En cuanto a la variabilidad de la autoestima por sexo, existen diversos estudios que apuntan a una tendencia no significativa, de los hombres a presentar mayores puntajes de autoestima que las mujeres (Benjet 1999, Lara- Cantu et al 1993, Leondari & Safont 1998).

En cuanto a la diferencia entre géneros Zimmerman y Dileman (1997) encontraron una mayor proporción de mujeres con trayectorias de autoestima que tendían a la disminución y una proporción de hombres con trayectorias que tendían hacia el aumento. En los estudios de Harper y Marshall (1991) se encontró que la autoestima en las mujeres, comparada con la de los varones, baja dramáticamente en la pubertad.

Rampel y Bingham (1983) llegaron a la conclusión de que pueden existir diferencias entre el hombre y la mujer en relación a la autoestima. El hombre se basa en su aprobación personal mientras que las mujeres se apoyan en los juicios que los otros hacen hacia ellas.

Sin embargo Francis (1998), sugiere que los hombres tienden a presentar puntajes más elevados de autoestima que las mujeres, tanto Rosenberg Self- esteem Scale como en Coopersmith Self- esteem Inventory sucediendo lo contrario en el Lipsitt Self-concept Scale.

Existe otro punto de vista de que la autoestima se relaciona con la edad de la persona ya que cambia en función de las diferencias en la estructura de los procesos de pensamiento Mullis, & Normandin (1992).

En lo referente a la edad, no queda claro su efecto diferencial sobre la autoestima, aunque existe evidencia que señala variaciones durante transiciones en el desarrollo, tales como su disminución tanto en hombres como en mujeres alrededor de la pre-adolescencia y adolescencia (Benjet 1999, Oubrayrie et al 1994).

Caso y Nieto (2000) realizó un estudio de la prueba de autoestima Infantil de IPOPE y colaboradores, a 921 estudiantes de ambos sexos con edades que fluctúan entre 8 y 19 años, en el cual encontró diferencias entre sexos con relación a los puntajes de autoestima, se registraron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en los factores de evaluación positiva con puntajes mayores en niños, y en el factor percepción de competencia superiores en las niñas, mientras que en adolescentes los hombres presentan puntajes mayores que las mujeres en el factor enojo. No se registraron diferencias significativas en los puntajes de autoestima con respecto a la edad.

Para esta investigación será considerado el Modelo explicativo de Stanley Coopersmith (1967) por ser una de las posturas teóricas más importantes en la actualidad y por ser el autor del instrumento que será utilizado en éste estudio.

Este autor ha venido desarrollando un programa sistemático de investigación en el área, y señala la importancia que tiene la interacción del niño con sus padres para el desarrollo de la autoestima.

Las aportaciones encontradas en algunos estudios resumen que la autoestima influye sobre los individuos durante el continuo de su desarrollo niñez, infancia, preadolescencia, adolescencia, juventud, adultez, y es el producto de las evaluaciones que el individuo hace de sí mismo con base en el intercambio que sostiene con sus sistemas de referencia (familiar, escolar, social, etc).

Mucho se ha debatido en torno a la naturaleza uni o multidimensional de la autoestima. Sería un error ignorar todas las variables asociadas con cada etapa del desarrollo o sólo mencionar una dimensión global que permita explicar la autoestima. Los estudios que se han realizado a través del tiempo refuerzan la idea de factores personales y medio ambientales, que influyen de manera directa en la construcción de la autoestima

Por lo que se puede observar al final de este capítulo, la autoestima se ha asociado con infinidad de variables con las que mantienen una relación interaccional, entre las que destacan la ansiedad (Koubekoba 1993), depresión (Harter 1993), abuso de sustancias, (Rhodes & Jasón 1988), la competencia social y el aprovechamiento escolar (Hernández, & Sánchez Sosa 1991), y la crianza familiar (Hernández- Guzmán & Caso Niebla 1997), y trastornos alimentarios (Gómez Pérez-Mitre & Saucedo 1997), que es el tema central de esta investigación.

CAPÍTULO 3:
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
Otros factores asociados

3.1 DEFINICIÓN DE LA ANSIEDAD

La ansiedad es una emoción que se caracteriza por sentimientos de peligro, tensión y sufrimiento por algo que supuestamente habrá de suceder y por una activación del sistema nervioso simpático, este efecto se caracteriza como una sensación negativa y tensa (Asato 1990).

La ansiedad es un sentimiento de aprensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones opresión en el pecho, molestias gástricas inquietud y que tiende a variar de un individuo a otro; esta sensación es producida por la anticipación del peligro, puede ser interna o externa (Kaplan 1996).

La ansiedad es una señal de alerta; advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas contra la amenaza. El miedo es un signo de alerta parecido a la ansiedad, sin embargo éste es una respuesta conocida, externa, definida o no conflictiva, mientras que la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, interior, vaga o conflictiva.

La ansiedad puede definirse como una sensación displacentera, difusa, acompañada de molestias físicas como opresión retroesternal, taquicardias y sudoración. La sensación puede tomar diferentes formas, experimentándose como una sensación inexplicable de destrucción inminente, preocupación excesiva infundada acerca de numerosas cosas, o como miedo irracional a una situación actividad u objeto (Pichot 1995).

La ansiedad tiene dos componentes: la conciencia de las sensaciones fisiológicas y la conciencia de estar nervioso o asustado; el sentimiento de vergüenza puede aumentar la ansiedad. Además de los efectos motores y viscerales, la ansiedad afecta al pensamiento, la percepción y el aprendizaje, tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, no sólo respecto al tiempo y al espacio, sino también respecto de las personas y del significado de los sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje al disminuir la concentración, reducir la memoria y alterar la capacidad de relacionar un tema con otro, es decir, de hacer asociaciones. Estas personas tienen una atención selectiva al entorno, lo que produce que no detecten sus propias necesidades orgánicas (Kaplan 1996).

3.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad forman uno de los grupos más comunes de los trastornos mentales. El Estudio Nacional de Comorbilidad (en Estados Unidos), informó que una de cada cuatro personas cumple los criterios diagnósticos de, por lo menos, uno de los trastornos de ansiedad y que la tasa anual de prevalencia es de 17.7%. Las mujeres presentan una probabilidad mayor de tener un trastorno de ansiedad, 30.5% de prevalencia a lo largo de la vida que los hombres con 19.2% (Kaplan 1996).

3.3 ETIOLOGÍA DE LA ANSIEDAD

Teorías Psicológicas

Teorías psicoanalíticas

La ansiedad es definida como una señal de la presencia de peligro en el inconsciente, como un conflicto psíquico entre deseos inconscientes, sexuales o agresivos y las amenazas correspondientes del superyo o la realidad externa. Como respuesta a esta señal, el yo moviliza los mecanismos de defensa para evitar que pensamientos y sentimientos desagradables o inaceptables emerjan al consciente. Una de las consecuencias de la ansiedad como trastorno en lugar de cómo señal, es que puede llegarse a ignorar las fuentes subyacentes de la misma.

En los estadios más tempranos, puede estar presente la ansiedad de desintegración. Esta ansiedad deriva del miedo a perder el sentido de uno mismo, a unirse a través de la fusión con un objeto o la preocupación de que el yo se fragmente por que los otros no responden con la requerida afirmación y aprobación. En un nivel posterior, la ansiedad paranoide o persecutoria puede estar conectada con la percepción de que una persona corre el riesgo de ser invadida y aniquilada por una fuerza externa. Posteriormente la ansiedad produce menos problemas, un niño podría estar ansioso a causa del miedo a perder el amor del objeto amado. En el nivel de mayor madurez, se entiende la ansiedad del superyo relacionada con sentimientos de culpa acerca de no vivir de acuerdo a las normas internalizadas de la conducta moral derivada de los padres.

Teorías conductuales

Según estas teorías, la ansiedad es una respuesta condicionada a estímulos ambientales específicos.

Teorías existenciales

El concepto central de las teorías existenciales de la ansiedad, es que las personas toman conciencia de sentimientos de un profundo vacío en sus vidas, que pueden llegar a ser incluso más incómodos que la aceptación de la inevitable muerte. La ansiedad es su respuesta al vasto vacío en la existencia y a la falta de sentido de la misma.

Teorías biológicas

Una corriente de pensamiento sostiene que los cambios biológicos medibles en pacientes con trastornos de ansiedad reflejan los resultados de conflictos psicológicos; el polo opuesto propone que los sucesos biológicos preceden a los conflictos psicológicos. Ambas situaciones pueden existir en determinados individuos, y puede darse un rango de sensibilidad biológicamente condicionada entre personas con síntomas de trastornos de ansiedad.

La estimulación excesiva del sistema nervioso autónomo causa ciertos síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorios, estas manifestaciones periféricas de ansiedad no son ni específicas de los trastornos de ansiedad, ni están correlacionados necesariamente con la experiencia subjetiva de ansiedad. El sistema nervioso autónomo de pacientes con trastornos de ansiedad, particularmente aquellos con trastorno de pánico

muestra un incremento en el tono simpático, lo que significa una disregulación en los circuitos neurales mediados por noradrenalina, serotonina y ácido γ -aminobutírico.

3.4 TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD

Los dos tratamientos más efectivos son la farmacoterapia y la psicoterapia, la que puede ser cognitivo-conductual, familiar o grupal.

Las terapias cognitivo conductuales son tratamientos eficaces en el trastorno de ansiedad. Los dos elementos centrales en éste método son la información sobre las creencias equivocadas del paciente, y la información respecto a la crisis de angustia.

Entre las técnicas conductuales se encuentra la relajación el objetivo es el entrenamiento en la misma, proporcionando a los pacientes un sentido de control respecto a sus niveles de ansiedad y relajación. A través del uso de procedimientos estandarizados de relajación muscular e imaginación, los pacientes aprenden técnicas que pueden utilizar en caso de crisis de ansiedad.

La psicoterapia de introspección se centra en ayudar al paciente a comprender el hipotético significado inconsciente de la ansiedad, el simbolismo de las situaciones evitadas, la necesidad de reprimir impulsos y las ventajas de los síntomas.

En el caso de la farmacoterapia, los medicamentos más utilizados son las benzodiazepinas, los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina y los bloqueadores de receptores β -adrenérgicos.

3.5 DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN

Se trata de un sentimiento patológico de tristeza caracterizado por pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio; cambios en el nivel de actividad, funciones cognoscitivas, lenguaje y funciones vegetativas como el sueño, el apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos. Estos cambios casi siempre originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y escolar (Ajuriaguerra y Kaplan 1996).

Dennis (1985), menciona que la depresión es el resultado de amenazas a la autoestima la cual engendra con un sentimiento de dominio sobre nuestras acciones.

3.6 EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La depresión no es sólo un trastorno de adultos, sino que puede encontrarse en niños y adolescentes. La prevalencia de depresión se ha incrementado en las generaciones de niños a edades tempranas.

La depresión en niños y adolescentes es común pero frecuentemente no es reconocida. Afecta el 2% de la población preadolescente y del 5% al 8% en los adolescentes. Puede aparecer como una simple tristeza hasta una depresión mayor o un trastorno bipolar.

Los factores de riesgo incluyen una historia de depresión familiar, previos episodios de depresión, conflictos familiares, mala orientación sexual, pobre logro académico o trastornos alimentarios.

El trastorno distímico tiene una prevalencia de 0.6% a 1.7% en preadolescentes y de un 1.6% a un 8% en adolescentes. Es considerado un trastorno que se presenta en edades tempranas e incrementa el riesgo de trastornos afectivos subsecuentes.

Los resultados encontrados por Kostanki 1998 refieren que las mujeres reportan significativamente un mayor nivel de ansiedad y de depresión que los hombres, así como los hombres reportan mejores niveles de autoestima que las mujeres.

En cuanto a la ansiedad y la depresión, se encontró una correlación directamente proporcional, de la misma forma, la autoestima fue inversamente proporcional a la imagen no satisfactoria. Los resultados de ésta investigación corroboran a los obtenidos por Kaplan 1996, en los que se encuentra que los hombres reportan mayor nivel de autoestima y menores niveles de depresión y ansiedad que las mujeres (Deurenberg 1990, Dietz 1993, Kaplan 1996). En cuanto al estado psicológico se encontró que la ansiedad, depresión están positivamente relacionadas con la autoestima.

3.7. MANIFESTACIONES DE LA DEPRESIÓN

Bebes y preescolares no tienen la habilidad de expresar sentimientos de tristeza en lenguaje, por lo tanto los síntomas depresivos se pueden inferir con otras conductas, incluyendo apatía, retraso o regresión en el desarrollo que no están relacionadas con causas orgánicas. Existen dificultades para diagnosticar algún trastorno psiquiátrico en esta edad, los clínicos deben verificar la historia familiar evaluar la interacción entre los niños y los padres y entrevistas de juego apropiadamente llevadas por profesionales.

Los escolares son cognitivamente capaces de externalizar el ambiente estresante, ya sea un conflicto familiar, críticas, pobre logro académico, y mostrar baja autoestima y excesiva culpa. Esto puede expresarse como somatizaciones tales como: dolores de cabeza, estomago, ansiedad, fobia escolar, ansiedad de separación e irritabilidad. Debido a que estos niños se encuentran en la escuela, los maestros pueden ser un recurso de información y deben ser incluidos en el proceso de evaluación.

Los adolescentes experimentan muchos cambios en el desarrollo como la necesidad de separación de los padres, ser autónomos y establecer su propia identidad. En este proceso dependen básicamente del grupo de pares. En este proceso psicosocial de maduración los adolescentes pueden experimentar sentimientos de grandeza, desesperanza, anhedonia, hipersomnia, cambios de peso o abuso de sustancias.

Debido a la lucha entre su autonomía y las figuras autoritarias los adolescentes depositan su confianza en los clínicos. Por lo que es importante un buen rapport para construir una atmósfera de confianza. Es necesario comentarles de la confidencialidad de la información en las sesiones ya que esto será el éxito de la terapia.

A pesar de las diferencias de cada una de las edades, existen similitudes encontradas ente los escolares y adolescentes en términos de los síntomas de un trastorno depresivo mayor. Estos incluyen la frecuencia y la severidad de los síntomas como estado de ánimo depresivo, culpa, coraje, irritabilidad, ideas suicidas, atentados y baja autoestima. De hecho estos mismos factores son usados para diagnosticar depresión en adultos.

El trastorno distímico tiene manifestaciones similares comparadas con el trastorno depresivo mayor. Sin embargo, es de naturaleza crónica que puede impedir un desarrollo de habilidades sociales. Mientras que el trastorno depresivo mayor puede durar de siete a nueve meses, la duración del trastorno distímico es de tres años en adulto y dos en niños.

3.8. ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Factores biológicos

Genética: Los estudios familiares, en gemelos y de adopción sugieren factores genéticos en el origen de los trastornos afectivos; sin embargo, ha sido difícil determinar un patrón de transmisión, y además los resultados han sido sesgados por factores familiares diferentes a los genéticos, tales como ambiente, educación y cultura entre otros. Se sabe que los individuos nacidos en familias con una alta proporción de depresión tienen un riesgo mayor de desarrollar este desorden.

Teoría monoaminérgica: La efectividad de los antidepresivos, mediante sus mecanismos de acción, sugiere un desequilibrio entre diversos neurotransmisores en el origen de la depresión, particularmente una baja sensibilidad con aumento en el número de receptores adrenérgicos y serotoninérgicos.

Factores psicosociales:

Se centran principalmente en acontecimientos vitales (tales como la pérdida de un ser querido) y estrés ambiental. Por lo tanto, es importante evaluar la vida familiar del paciente, identificar los posibles factores estresantes relacionados con el entorno familiar.

Por otro lado, la depresión no es determinada por rasgos individuales de la personalidad ni tipología específica alguna, sin embargo, ciertos tipos de personalidad, tales como los oral-dependientes, obsesivo-compulsivos e histéricos presentan un mayor riesgo de depresión.

En Dennis (1995) Melanie Klein considera a la depresión clínica como una incapacidad para superar la situación depresiva en la infancia. Consideraba que las personas deprimidas habían quedado fijadas o ancladas en una etapa evolutiva en la cual están muy preocupadas porque los objetos amados habían sido destruidos por su propia codicia y agresividad y se dirigía contra ellos.

La depresión se instaura cuando los pacientes se dan cuenta que la persona o ideal para quien han estado viviendo nunca responderá a sus expectativas. La conceptualización de la depresión que realiza Kohout 1983, derivada de su teoría psicológica del self, se basa en el supuesto de que el self, en desarrollo, tiene unas necesidades específicas que deben ser atendidas por los padres para darle al niño un sentido positivo de autoestima y autocohesión. Estas necesidades son la admiración, la validación, la afirmación y la

idealización; cuando otras personas no ejercen estas funciones, se da una pérdida masiva de autoestima en forma de depresión.

3.9. TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Las evaluaciones deben incluir una evaluación médica completa. Una entrevista clínica estructurada y varias escalas de medición como The Pediatric Syntoms Checklist que ayuda a determinar si los niños u adolescentes presentan depresión. La psicoterapia parece ser útil con los niños y adolescentes cuando la depresión es moderada. Antidepresivos tricíclicos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina son terapias medicas que han sido estudiadas y han dado resultados.

Los cuestionarios son muchas veces el escenario para mostrar la depresión ya que pueden abarcar diferentes áreas y son fáciles y rápidos de contestar. Cuando un paciente se ha identificado por medio de estos cuestionarios se tendrá que hacer una historia psicosocial para determinar el tratamiento.

La psicoterapia puede ser útil como terapia inicial con niños y adolescente con depresión moderada y junto con medicamentos para niños con depresión más severa. Pueden utilizarse terapia de juego, terapia psicodinámica, terapia de apego, interpersonal, familiar grupal y cognitiva. Es importante tomar en cuenta el desarrollo emocional y cognitivo del niño para poder determinar que tipo de terapia es la más adecuada.

La terapia de juego y el entrenamiento para padres puede ser utilizada con niños preescolares, mientras que la psicodinamia o terapia cognitiva conductual es más apropiada para preadolescente y adolescentes.

Las depresiones infantiles, pueden manejarse con los mismos fármacos que los casos adultos (tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa e inhibidores selectivos de recaptura de serotonina).

Los antidepresivos tricíclicos fueron los primeros en utilizarse para el tratamiento de la depresión , algunos estudios han reportado una eficiencia del 60% al 80% en niños con depresión mayor. Sin embargo existen efectos secundarios que se deben tomar en cuenta como son aumento de peso, arritmias efectos cardiotoxicos. malestares gastrointestinales, sedación etc.

Se han realizado varios estudios de ansiedad y depresión en adultos, sin embargo en México es poca la información que se tiene de estos trastornos en niños y adoeslcentes, ya que suele confundirse con miedo u otros trastornos psicológicos.

CAPITULO 4. METODOLOGÍA.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Existe asociación entre la obesidad en niños mexicanos de 10 a 15 años atendidos en una institución de tercer nivel y la presencia de baja autoestima, ansiedad, y depresión?

4.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

4.2.1 Objetivo General.

Evaluar la asociación entre obesidad, y la presencia de baja autoestima, ansiedad, y depresión en niños mexicanos atendidos en el Instituto Nacional de Pediatría.

4.2.2 Objetivos Particulares

- 1- Determinar la frecuencia de baja autoestima, y la presencia de ansiedad y depresión en niños con obesidad.
- 2- Determinar la relación entre baja autoestima, y la presencia de ansiedad y depresión en niños con obesidad.
- 3- Establecer si hay diferencias significativas entre niños y niñas con obesidad, el nivel de autoestima, y la presencia de ansiedad y depresión.

4.3. JUSTIFICACIÓN

Existe un alto porcentaje de niños que padecen obesidad, relacionado con un mayor riesgo para la salud en las etapas posteriores. Diversos estudios hacen énfasis en los factores ambientales, los factores emocionales y la interacción familiar como factores asociados a este trastorno (Bray 1989).

En esta institución se han realizado pocos estudios en relación con el problema de la obesidad, trastornos afectivos y autoestima, por lo que es necesario conocer cuales son las características psicológicas de este grupo de pacientes para buscar un apego al tratamiento que permita obtener resultados que favorezcan la disminución de la obesidad, y la frecuencia de enfermedades asociadas con el padecimiento.

Esta investigación fue realizada para contribuir con otras áreas de la salud e implementar tratamientos alternativos o paralelos para disminuir la obesidad, así como el mantenimiento del peso ideal una vez terminado el tratamiento médico.

El poder entender las causas de origen de la obesidad y hacer conciencia de que es una enfermedad que debe ser erradicada desde los inicios de la infancia, para no traer como consecuencia trastornos psicológicos o psiquiátricos y disminuir el riesgo de mortalidad.

El beneficio de esta investigación lo tendrá tanto el área de la salud como la sociedad, ya que al presentarse el origen y ver la relación con otras variables tendremos una explicación de cuales son algunas de los factores que desencadenan el problema de la obesidad.

Debido a la poca adherencia al tratamiento de estos pacientes en la clínica de Gastro-nutrición, en cuanto a la dieta y al programa de ejercicios, podremos proponer una forma de intervención con estos niños, trabajando de forma paralela con el área médica.

4.4 HIPÓTESIS

H1.- Los niños mexicanos con obesidad tendrán puntajes más bajos al promedio en sus niveles de autoestima.

H2.- Los niños mexicanos con obesidad presentarán los criterios necesarios para diagnosticar ansiedad y depresión.

H3.- Existen relación entre baja autoestima, presencia de ansiedad y depresión en niños con obesidad.

H4.- Existen diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas con obesidad y la presencia de baja autoestima, ansiedad y depresión.

4.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo descriptivo, observacional, clínico, ex postfacto y transversal.

4.6. VARIABLES

4.6.1 Variable de Relación

Definición conceptual de Obesidad:

La obesidad es una entidad patológica crónica que se caracteriza por una proporción excesiva de grasa corporal y se relaciona con importantes riesgos para la salud, en términos generales, es el resultado de un balance positivo de energía, es decir una mayor ingesta en relación al gasto energético, en donde se ha observado que aumenta con la edad y es mayor en mujeres que en hombres.

Definición operacional de Obesidad:

Las medidas antropométricas que más frecuentemente se han utilizado, como apoyo en la cuantificación del grado de obesidad en la población pediátrica son: el peso corporal en relación a la edad, el índice de peso /talla, la circunferencias del brazo y del muslo, el índice de cintura/ cadera, el índice masa corporal IMC y la medición de pliegues cutáneos.

Cada una de estas medidas deben ser comparadas con tablas de referencia específicas para la edad y sexo.

Después de analizar la evidencia publicada tanto a nivel nacional como internacional y en función de la uniformidad clínica y epidemiológica, este grupo de consenso recomienda para la población mexicana, considerar como obeso a todo sujeto con un índice de masa corporal mayor o igual a 27 (Avila 1996).

IMC

Bajo peso	Menor de 20 kg/ m ²
Peso adecuado	20-25 kg/m ²
Sobrepeso	Mayor de 25 kg/m ²
Obesidad	Mayor de 27 kg/m ²

Definición conceptual de Autoestima:

La autoestima es una evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo, la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica el grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso. Es un juicio personal del valor que se expresa en las actitudes que el individuo mantiene acerca de sí mismo, es una expresión subjetiva que el individuo manifiesta a otros a través de reportes verbales y otras conductas abiertas (Coopersmith 1981).

Definición operacional de autoestima:

Las puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de autoestima de Coopersmith para niños.

Definición conceptual de trastorno de ansiedad.

La ansiedad es un sentimiento de aprensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolores de cabeza, palpitaciones opresión en el pecho, molestias gástricas inquietud y que tiende a variar de un individuo a otro; esta sensación es producida por la anticipación del peligro, puede ser interna o externa (Kaplan 1996).

Definición operacional de trastornos de ansiedad

Revisar el trastorno de ansiedad generalizada F.41.1 en el DSM-IV.

Definición conceptual de depresión.

Se trata de un sentimiento patológico de tristeza caracterizado por pérdida de energía e interés, sentimientos de culpa, dificultad para concentrarse, pérdida de apetito y pensamientos de muerte o suicidio; cambios en el nivel de actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas como el sueño, el apetito, actividad sexual y otros ritmos biológicos. Estos cambios casi siempre originan un deterioro del funcionamiento interpersonal, social y escolar (Ajuriaguerra y Kaplan 1996).

Definición operacional de depresión

Revisar el trastorno dístímico F34.1 en el DSM-IV.

4.7. PARTICIPANTES

El estudio se llevó a cabo con una muestra de niños con diagnóstico de obesidad exógena en el Instituto Nacional de Pediatría. La muestra estuvo conformada por 50 niños de 10 a 15 años de edad, 22 niños y 28 niñas.

En cuanto a la estructura familiar de los participantes el 52% proviene de familias integradas, 28% desintegradas, 12% con un solo padre y el 4% viven con familiares de otras generaciones junto con su propia familia, siendo la dinámica familiar funcional de 26% y 74% disfuncional.

El motivo de consulta por el que fueron referidos al Servicio de Salud Mental fue de obesidad en el 94% de los casos y 6% en problemas relacionados con el área escolar.

Con respecto al área escolar el 30 % de los niños se encontraban en nivel primaria y el 70% en secundaria, estudiando el 84% de ellos en escuelas públicas y 16% en escuelas privadas.

El lugar de residencia de estos pacientes es del 94% en el Distrito Federal y del 6% en provincia.

4.8. INSTRUMENTOS

Se utilizó una historia clínica para recolección de los siguientes datos:

Ficha de identificación, ambiente familiar, motivo de consulta, antecedentes heredo familiares, problemas médicos, antecedentes prenatales y peri natales, antecedentes de alimentación, historia del desarrollo, historia escolar, relaciones interpersonales etc.

Ver anexo 1. Historia Clínica

Para la evaluación de autoestima se utilizó el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith para niños.

Este instrumento fue desarrollado durante una investigación sobre los antecedentes de la autoestima llevada a cabo por Coopersmith en 1967. La mayor parte de los items del inventario estuvieron basados en la prueba de Rogers y Dymon 1954; aunque pensadas para su uso con niños y corresponden a dos tipos: indicadores de alta autoestima y de baja autoestima.

La versión original es en Inglés, se utiliza en población de 8 a 15 años de edad y consiste en 58 items, 50 de los cuales se refieren específicamente a la autoestima y 8 miden defensividad o la tendencia a dar una buena imagen.

La versión en español fue desarrollada por Verduzco y cols 1989, consiste en 58 items, y se aplica una población entre 8 y 15 años de edad.

Las áreas del cuestionario se miden por separado sumando el número de respuestas correctas correspondientes. En algunos estudios estos totales aparecen multiplicados por dos, pero en este caso sólo se multiplicó por dos el puntaje total y no el de las áreas, pues todavía no se cuenta con las normas correspondientes y las cifras no son comparables directamente (Verduzco 1989).

Cincuenta de los reactivos miden específicamente la autoestima, encontrándose agrupados en las siguientes cuatro escalas.

- Autoestima con relación al área social.- Se refiere a la autoevaluación que hace la persona respecto a su desempeño social y el grado de aceptación que percibe por parte del grupo.
- Autoestima con relación al hogar.-Se refiere a la imagen que el sujeto percibe que tienen sus padres de él y como se siente con respecto a su familia.
- Autoestima con relación a la escuela.- Se refiere a la autoevaluación y valoración que realiza el sujeto respecto a su rendimiento escolar.
- Autoestima con respecto al propio individuo (Self General).- Señala el autoaprecio y autoevaluación global que hace un sujeto de sí mismo.

Este inventario incluye además una escala de deseabilidad social con 8 items, que mide el intento que hace la persona por dar una imagen favorable de sí mismo o su defensividad.

Con respecto a la consistencia interna, Johnson y cols (1993) obtuvieron en 1983 un coeficiente alfa para toda la prueba de .86, la de self general .71, área del hogar .61, área escolar .61, área social .61, área de la mentira.63.

La forma de calificación que se utilizará en la investigación será la misma que utilizó Verduzco en sus investigaciones y la utilizada por Coopersmith en donde los puntajes de los 50 items se multiplican por dos para dar una puntuación global sobre 100, y para cada una de las áreas se obtienen puntuaciones de acuerdo al número de preguntas en ellas que igualmente se multiplican por dos y que dan los siguientes puntajes máximos 52 con respecto al self general y 16 en las otras tres áreas.

El tipo de respuesta es dicotómica, el niño solo tiene que marcar con una cruz si es cierta o falsa la aseveración que se le presenta.

Los resultados que se encontraron en el estudio de Verduzco, fueron un Alfa de Cronbach de .74. La media de la puntuación total en la prueba original fue de 69.34 con una desviación estándar de 11.75.

Se realizaron correlaciones inter escalas en el estudio realizado por Verduzco y Lara Cantú (1989), encontraron que las escalas más altas en el cuestionario fueron el self general y la escuela con .45 entre el self general y la escuela .40. La menor es la encontrada entre el área social y la escuela .22, sin embargo todas son significativas al ($p=.0001$)

En cuanto a la comparación por sexo, la media para los hombres fue de 69.26 con una desviación estándar de 11.50 y en las mujeres fue de 69.41 con una desviación estándar de 11.97.

En cuanto al uso del cuestionario se vio que los resultados en México indican que la media de la puntuación total es de 69.34 y desviación estándar de 11.75 y Coopersmith encontró en sus investigaciones con población americana una media de 82.30 con una desviación de 11.6, sin embargo Donaldson (1984) realizó estudios en los que encontró una media de 63.60 con una desviación de 13.6.

En cuanto a las comparaciones entre sexo , los estudios realizados por Verduzco, Coopersmith (1967) Drummond (1977) no encontraron diferencias significativas, por lo que este cuestionario se puede aplicar indistintamente con niños y niñas al no haberse encontrado diferencias entre sexos y grado escolar.

Respecto a la validez del instrumento Johnson y col. (1983) obtuvieron una validez convergente con la prueba de autoconcepto de Piers-Harris, que parece medir el mismo constructo ($r = .63$) y una validez divergente, si se relaciona con la escala de deseabilidad social para niños de Crandall y Katkovsky (1965) ($r = .17$). En cuanto a su coherencia interna, el coeficiente α para toda la prueba fue de 0.89 lo cual sugiere que el inventario de Coopersmith mide únicamente un constructo, esto es, la autoestima formada por diversas facetas (Verduzco 1994).

Los estudios de confiabilidad en pruebas test-retest muestran un coeficiente que va de 0.64 (Rubin 1978), en un periodo de tres años, a 0.88 (Coopersmith 1967), en un periodo de cinco semanas (Verduzco 1989).

En estudios realizados por Verduzco y col. (1994), en una muestra de 1123 niños de 8 a 14 años un coeficiente de confiabilidad muy aceptable de 0.77. Por otra parte, se encontró que casi todos los reactivos presentaron un alto poder de discriminación, la solución factorial más adecuada para el instrumento fue la de cuatro factores, éstos explicaron el 23.4% de la varianza. Los factores no coincidieron con las subescalas de self general, hogar, escuela y ámbito social, sino que mostraron que estos elementos son más interdependientes unos de otros con la población utilizada. En este estudio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos pero si entre grados escolares (Verduzco 1994).

Ver anexo 2. Cuestionario de Autoestima de Coopersmith para niños

Finalmente se aplicó un cuestionario con los criterios del DSM-IV para ver la presencia de trastorno de ansiedad y / o depresión.

Ver anexo 3. Criterios según DSM-IV para diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y / o depresión.

4.9. PROCEDIMIENTO

Para la realización de este estudio fue necesario el apoyo de la clínica de gastro-nutrición del INP, la cual se encargaba de hacer el diagnóstico diferencial entre obesidad endógena y exógena, de realizar las mediciones antropométricas necesarias: índice de masa corporal, peso y talla real, peso ideal y porcentaje de sobrepeso. Además se les daba un programa nutricional y de ejercicios.

El área de psicología evaluaba a los pacientes referidos con el diagnóstico de obesidad exógena, se revisaban los expedientes verificando las medidas antropométricas tomadas por el área de gastro-nutrición, y la adherencia al tratamiento.

Se llevaron a cabo tres sesiones:

En la primera sesión se citó a uno de los padres para realizar la historia clínica.

En la sesión dos, se aplicó el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith y los criterios del DSM-IV para ansiedad y depresión.

En la tercera sesión se realiza la evaluación neuropsicológica necesaria para estos pacientes.

Al terminar la integración del estudio se canaliza al área de psiquiatría para determinar el tratamiento psicológico o farmacológico necesario de los pacientes.

4.10. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

En primer lugar se emplearon técnicas de la estadística descriptiva a través del paquete especializado SPSS para el análisis de las frecuencias y porcentajes de variables como sexo, edad, lugar de residencia, años de escolaridad, tipo de escuela, rendimiento académico, estructura familiar, dinámica familiar, motivo de consulta, obesidad familiar, ansiedad y depresión.

Posteriormente se calcularon las medias y las desviaciones estándar para determinar las puntuaciones totales y de cada una de las escalas que forman parte del Cuestionario de autoestima.

Para determinar la relación entre autoestima, ansiedad y depresión se utilizó una correlación de Pearson.

Finalmente se utilizó una t de student para conocer las diferencias entre autoestima, ansiedad y depresión en niños y niñas con obesidad.

CAPÍTULO 5
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

5.1.RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 50 niños y adolescentes, 22 de los cuales fueron niños en una proporción del 44%, y 28 niñas que equivale a un 56%. El lugar de residencia de estos pacientes es del 94% en el Distrito Federal y del 6% en provincia. Tabla 1 y 2

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
niños	22	44%
niñas	28	56%
Total	50	100%

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Distrito federal	47	94%
provincia	3	6%
Total	50	100%

Tabla 1. Frecuencia y Porcentaje del género.

Tabla 2. Lugar de Residencia

Las edades oscilaron entre los 10 y los 15 años de edad encontrándose 13 sujetos de 10 años (26%), 6 sujetos de 11 (12%), 6 sujetos de 12 años (12%), 6 de 13 años (12%), 8 de 14 años (16%) y 11 de 15 años (22%). Tabla 3

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10	13	26%
11	6	12%
12	6	12%
13	6	12%
14	8	16%
15	11	22%
Total	50	100%

Tabla 3. Edades

Con respecto al área escolar el 30% de los niños se encontraban en nivel primaria y el 70% en secundaria, estudiando el 84% de ellos en escuelas públicas y 16% en escuelas privadas. En cuanto a su rendimiento académico el 34% de los niños y adolescentes presentan un buen rendimiento académico, el 50% rendimiento regular y el 16% mal rendimiento académico. Tabla 4, 5, 6.

Tabla 4. Tipo de Escuela

Tipo de Escuela	Frecuencia	Porcentaje
pública	42	84%
privada	8	16%
Total	50	100%

Nivel de estudio	Frecuencia	Porcentaje
4to de primaria	8	16%
5to de primaria	8	16%
6to de primaria	4	8%
1ero secundaria	6	12%
2do secundaria	8	16%
3ero de secundaria	16	32%
Total	50	100%

Tabla 5 . Nivel de estudios

Rendimiento académico	Frecuencia	Porcentaje
bueno 8-10	17	34%
regular 7	25	50%
malo 6- 5	8	16%
Total	50	100%

Tabla 6. Rendimiento Académico

En cuanto a la estructura familiar de los participantes el 52% proviene de familias integradas, 28% desintegradas, 12% con un solo padre y el 4% viven con familiares de otras generaciones junto con su propia familia, siendo la dinámica familiar funcional de 26% y 74% disfuncional. Tabla 7 y 8.

Estructura familiar	Frecuencia	Porcentaje
integrada	26	52%
fragmentada	14	28%
un solo padre	6	12%
Tres generaciones	4	8%
Total	50	100%

Tabla 7 Estructura Familiar

Dinámica familiar	Frecuencia	Porcentaje
funcional	13	26%
disfuncional	37	74%
Total	50	100%

Tabla 8 . Dinámica Familiar

El motivo de consulta por el que fueron referidos al Servicio de Salud Mental fue de obesidad en el 94% de los casos y 6% en problemas relacionados con el área escolar ver Tabla 9.

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Problemas de conducta	1	2%
Problemas de rendimiento académico	1	2%
2 o 3 de los ya mencionados	1	2%
Obesidad	47	94%
Total	50	100%

Tabla 9. Motivo de consulta.

Es importante mencionar que en el 66% de la familias de los niños y adolescentes que participaron en esta investigación al menos uno de los padres presenta obesidad. Tabla 10

Obesidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje
ausente	17	34%
presente	33	66%
Total	50	100%

Tabla 10. Obesidad Familiar.

En el caso de la variable autoestima se presenta a continuación una tabla de frecuencia con los puntajes obtenidos en el Cuestionario de Autoestima de Coopersmith por los niños y adolescentes que participaron en la investigación.

Es importante considerar que los puntajes que aparecen en la Tabla 11 corresponden al resultado de la suma de todas las áreas multiplicadas por 2, excepto el área de deseabilidad social que no se contabiliza.

Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
24	3	6%
26	1	2%
34	5	10%
38	2	4%
40	1	2%
42	1	2%
44	1	2%
48	2	4%
50	5	10%
52	1	2%
54	3	6%
58	7	14%
60	1	2%
62	3	6%
64	2	4%
68	1	2%
72	1	2%
76	1	2%
78	2	4%
80	1	2%
82	1	2%
84	1	2%
86	3	6%
88	1	2%
Total	50	100%

Tabla 11. Puntaje en el Cuestionario de autoestima.

En la tabla 12 se encuentran las medias y la desviación estándar de la muestra total (50) con base en las puntuaciones totales del Cuestionario de autoestima y de las áreas que componen el instrumento (familiar, social, escolar, self general y deseabilidad social).

Tabla 12. Medias y Desviación estándar del puntaje total y escalas del Cuestionario de Autoestima

	Puntaje Total	Deseabilidad social	Área social	Área escolar	Área hogar	Self general
Media	55.48	6.84	8.24	10.20	8.92	28.12
Desviación Estándar	17.94	3.82	3.62	3.44	4.44	10.42

Tabla 13. Muestras y desviación estándar del Cuestionario de Autoestima en una población de 292 niños de 8- 15 años (Estudio realizado por Verduzco 1992).

Resultados por Escalas			
Escala	Media	DE	Reactivos
Puntaje Total	69.34	11.75	50
Deseabilidad social	9.34	2.71	8
Área Social	11.40	2.94	8
Área Escolar	11.43	3.02	8
Área Hogar	12.00	2.65	8
Self general	34.51	7.17	26

En 1992 Verduzco realizó un estudio de la validez y confiabilidad de la prueba de Coopersmith en un grupo de 292 niños de 8- 15 años de edad por lo que al ser una muestra más representativa se comparan nuestros resultados de nuestra media y desviación estándar con la media y desviación estándar por medio de una prueba T. Tomando en cuenta estas tablas podemos decir que si existen diferencias significativas entre los niños mexicanos normales y los niños obesos con una probabilidad de.001 en todas las escalas excepto en el área escolar que presenta diferencias significativas con probabilidad de .05. Tabla 14

Con respecto a la primera hipótesis se acepta ya podemos ver que los niños mexicanos con obesidad presentaron un nivel de autoestima más bajo al promedio tanto en la puntuación total como en cada una de las escalas del Cuestionario de Coopersmith.

Escala	Resultados de T de Student	Probabilidad
Puntaje Total	7.05	.001
Deseabilidad Social	5.63	.001
Area Social	6.72	.001
Area Hogar	6.75	.001
Area Escolar	2.61	.05
Self General	5.40	.001

Tabla14: Comparación de medias entre niños normales y niños obesos.

	Frecuencia	Porcentaje	Categoría
0-35	5	10%	Muy inferior
36-45	6	12%	Inferior
46-57	9	18%	Ligeramente inferior
58-81	21	42%	Normal
82-92	3	6%	Ligeramente superior
93-116	6	12%	Muy superior
Total	50	100%	

Tabla 15. Rangos de autoestima.

En cuanto al rango de autoestima podemos ver que el 10% de los niños y adolescentes en este estudio presentaron una autoestima inferior a lo normal, el 12% inferior a lo normal, el 18% ligeramente inferior a lo normal siendo un 40% de nuestra muestra de niños y adolescentes los que presentan niveles bajos de autoestima. El 60% restante de la muestra obtuvo puntuaciones que los ubica con un rango normal en un 42%, ligeramente superior a lo normal en un 6% y en un 12% muy superior a lo normal. Tabla 15

A continuación se muestran las frecuencias y porcentajes obtenidos en cada una de las áreas que componen el Cuestionario de autoestima. Es importante considerar que las frecuencias y porcentajes en las tablas para cada una de las áreas corresponden a cuantos reactivos presentaron cada uno de los sujetos en el cuestionario. En el caso de las áreas social, escolar, familiar y deseabilidad social que tienen una puntuación máxima de 8 reactivos para cada una y el área de self general tiene 26 reactivos. Tabla 16,17,18,19, 20.

Tabla 16. Deseabilidad social

Reactivos	Frecuencia	Porcentaje
0	1	2%
1	9	18%
2	7	14%
3	10	20%
4	8	16%
5	8	16%
6	5	10%
8	2	4%

Tabla 17. Área social

Reactivos	Frecuencia	Porcentaje
1	4	8%
2	6	12%
3	8	16%
4	13	26%
5	6	12%
6	10	20%
8	3	6%

Reactivos	Frecuencia	Porcentaje
2	3	6%
3	7	14%
4	10	20%
5	8	16%
6	11	22%
7	6	12%
8	5	10%

Tabla 18. Área Escolar

Reactivos	Frecuencia	Porcentaje
0	2	4%
1	1	2%
2	8	16%
3	10	20%
4	6	12%
5	1	2%
6	10	20%
7	9	18%
8	3	6%

Tabla 19. Área Hogar

Reactivos	Frecuencia	Porcentaje
4	1	2%
7	6	12%
8	3	6%
9	2	4%
10	4	8%
11	1	2%
12	1	2%
13	6	12%
14	2	4%
15	5	10%
16	2	4%
17	3	6%
18	4	8%
20	2	4%
21	3	6%
22	2	4%
23	3	6%
Total	50	100%

Tabla 20. Self General

En el caso del trastorno de ansiedad es importante mencionar que para que este trastorno sea presentado en los niños se requiere de al menos uno de los síntomas.

Las siguientes tablas muestran la frecuencia y el porcentaje del número de criterios del tx de ansiedad generalizada que presentaron los niños y adolescentes en la investigación. Al observar las tablas 21 y 22 podemos determinar que 49 niños (98%) presenta tx de ansiedad generalizada.

Tabla 21 y 22 Ansiedad Generalizada y Número de síntomas de tx de ansiedad.

	Frecuencia	Porcentaje
ausente	1	2.0
presente	49	98.0
Total	50	100.0

Número	Frecuencia	Porcentaje
0	1	2.0
2	2	4.0
3	8	16.0
4	12	24.0
5	21	42.0
6	6	12.0
Total	50	100.0

A continuación se presentan las frecuencias y porcentajes de niños y adolescentes que presentaron cada uno de los síntomas de ansiedad generalizada. Tabla 23

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Inquietud o impaciencia	41	82%
Fatiga	35	70%
Irritabilidad	37	74%
Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco	40	80%
Tensión muscular	27	54%
Alteraciones del sueño	36	72%

N = 50

Tabla 23. Síntomas de ansiedad.

Como se puede ver en la tabla 23 los porcentajes de niños y adolescentes que presentan los síntomas de ansiedad es alto ya que en casi todos los casos es mayor al 70%, sólo en el caso de la tensión muscular sólo el 54 % de los niños presentó este síntoma.

Para determinar el trastorno depresivo se tomaron en cuenta los criterios diagnósticos del DSM-IV para el trastorno distímico ,ya que se estima que el trastorno distímico es más común que el trastorno depresivo mayor en niños de edad escolar con tasas de más del 2.5% comparadas con el 2% trastorno depresivo mayor. Los niños de edad escolar con trastorno distímico tienen un alta probabilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor en algún momento del año que sigue al trastorno distímico.

Las siguientes tablas 24 y 25 muestran la frecuencia y el porcentaje del número de criterios del trastorno depresivo (distimia) que presentaron los niños y adolescentes en la investigación. Al observar las tablas podemos determinar que 48 niños (96%) presenta trastorno depresivo o distímico.

Tabla 24 y 25. Frecuencia y porcentaje de Trastorno depresivo (distimia)

	Frecuencia	Porcentaje
ausente	2	4%
presente	48	96%
Total	50	100%

	Frecuencia	Porcentaje
0	2	4%
2	2	4%
3	5	10%
4	6	12%
5	19	38%
6	16	32%
Total	50	100%

A continuación se presentan las frecuencias y porcentajes de niños y adolescentes que presentaron cada uno de los síntomas de tx depresivo (distimia).Tabla 26

Tabla 26. Frecuencia y porcentaje de trastorno depresivo (distimia)

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día	48	96%
Pérdida o aumento de apetito	47	94%
Insomnio e hipersomnía	34	68%
Falta de energía o fatiga	38	76%
Baja autoestima	42	84%
Dificultad para concentrarse o tomar decisiones	45	90%
Sentimientos de desesperanza	28	56%

Como se puede ver en la tabla 26 los porcentajes de niños y adolescentes que presentan los síntomas depresivos es alto ya que en casi todos los casos es mayor al 68%, sólo en el caso de sentimientos de desesperanza el 56% de los niños presentó este síntoma. En el caso de síntomas de insomnio e hipersomnía se corrobora con los síntomas que también presentaron en el trastorno de ansiedad siendo este del 72%.

En lo que se refiere a la segunda hipótesis podemos decir que los niños mexicanos con obesidad presentaron en un 98% los criterios para diagnosticar el trastorno de ansiedad y en un 96% para el trastorno depresivo (distimia).

Para determinar la relación entre autoestima ansiedad y depresión (distimia) se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson. Tabla 27

Tabla 27 de correlaciones: Autoestima, ansiedad y depresión.

		Tx de ansiedad	Tx depresivo	Autoestima
Tx de ansiedad	Correlación de Pearson	1.000	.700**	-.249
	Sig. (1-cola)	.	.001	.040
	N	50	50	50
Tx depresivo (distimia)	Correlación de Pearson	.700**	1.000	-.283
	Sig. (1-cola)	.001	.	.023
	N	50	50	50
Autoestima	Pearson Correlation	-.249*	-.283*	1.000
	Sig. (1-cola)	.040	.023	.
	N	50	50	50

** Correlación significativa al nivel de 0.01 (1 cola).

* Correlación significativa al nivel de 0.05(1 cola).

Se observa en la tabla una correlación positiva de .70 entre trastorno de ansiedad y trastorno depresivo el coeficiente es significativo al nivel de .01, lo cual permite suponer un 99% de que la correlación es verdadera. Esto supone que a mayor nivel de ansiedad mayor depresión (distimia).

También observamos una correlación negativa de .24 entre autoestima y trastorno de ansiedad, y en el caso de autoestima y trastorno depresivo (distimia) la correlación es negativa de .28, en ambos casos el coeficiente es significativo al nivel de .05 siendo un 95% de confianza de que la correlación sea verdadera. Con esto queremos suponer que entre más baja el nivel de autoestima mayor será el nivel de ansiedad y depresión.

En el caso de la tercera hipótesis se acepta debido a que sí existe una relación estadísticamente significativa entre baja autoestima, ansiedad y depresión en niños con obesidad.

En cuanto a la cuarta hipótesis se rechaza ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas con obesidad y la presencia de baja autoestima, ansiedad y depresión.

Como se puede ver las medias y desviación estándar del trastorno depresivo, ansiedad y autoestima son casi iguales en niños y niñas , así como la t en ambos grupos.

Prueba T- student

	sexo	N	Media	Desviación Estándar	t	gl
Tx depresivo (distimia)	niños	22	4.82	1.53	.588	48
Tx depresivo (distimia)	niñas	28	4.57	1.43	.583	47.662
Tx de ansiedad	niños	22	4.45	1.10	.592	48
Tx de ansiedad	niñas	28	4.25	1.29	.603	43.599
Puntaje en la escala de Coopersmith	niños	22	53.82	19.04	-.577	48
Puntaje en la escala de Coopersmith	niñas	28	56.79	17.26	-.570	42.942

P=.01

CAPITULO 6

6.1.DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo a lo reportado en los resultados podemos decir que en el caso de nuestra población con obesidad exógena, este padecimiento no sólo es el resultado de un exceso de alimentos, en donde existe mínima información de los valores nutricionales, sino que además se encuentra relacionada con trastornos afectivos como ansiedad y depresión así como baja autoestima.

Sin embargo estos sólo son algunos de los factores, ya que como hemos estado revisando a lo largo de la investigación esta enfermedad es multicausal, es por eso que siendo la Historia Clínica (HC) una de las herramientas más importantes para el psicólogo para recolectar información de la historia del paciente, en esta investigación se utilizó un formato de HC que es un requisito indispensable para ingresar al Servicio de Psicología del Instituto Nacional de Pediatría, la cual abarca información como: ficha de identificación, área familiar, motivo de consulta, antecedentes heredo-familiares, problemas médicos actuales, antecedentes prenatales y perinatales, antecedentes de alimentación, antecedentes de vínculo,, desarrollo psicomotor, desarrollo del lenguaje, control de esfínteres, desarrollo escolar, emocional, socialización etc.

En el caso de nuestra investigación el sexo de los niños fue casi homogéneo. El nivel socioeconómico de los niños y adolescentes que participaron en el estudio es de un nivel medio-bajo ubicados en un mayor porcentaje en el D.F, lo cual se corrobora con los estudios realizados por Dietz 1993 y Slade 1995 que mencionan que en los estratos medios y bajos e industrializados existen altos niveles de obesidad, esto se debe al sedentarismo de los padres y al tipo de alimentación familiar (rica en grasa, comidas rápidas, etc

La edad de los niños que participaron en el estudio fueron niños y niñas de 10 –15 años de edad, estos se encontraban desde un nivel de cuarto de primaria hasta tercero de secundaria, perteneciendo generalmente a escuelas públicas y sólo un 8% de ellos a escuelas privadas.

El problema por el cual fueron canalizados al Servicio de Psicología principalmente se debía a un problema de alimentación, sin embargo a largo del proceso de evaluación el cual comprende la historia clínica y las sesiones de evaluación, observamos que existen problemas emocionales, escolares y rendimiento académico regular en casi el todos los casos.

En cuanto al factor hereditario el 66% de la muestra presenta antecedentes de obesidad familiar en al menos alguno de los padres o en ambos, esto se corrobora con los estudios realizados por Kaplan 1999, Stoudemire 2000 en donde la obesidad en los padres incrementa 2 a 3 veces el riesgo de obesidad en sus hijos.

La estructura familiar es un factor importante en el desarrollo del niño, pero también la dinámica familiar ya que en la gran mayoría al verse alterada desencadena trastornos psicológicos u otras enfermedades. En el caso de nuestra investigación los resultados muestran que aún cuando las familias de los niños son integradas 52%, la dinámica familiar en la que se encuentran es disfuncional en un 74%, lo cuál es uno de los factores que también origina problemas de obesidad, baja autoestima, niveles altos de ansiedad y depresión. Es común encontrar casos de obesidad en familias disfuncionales, en donde no se permite la libre expresión de emociones y sentimientos a los niños.

El rendimiento académico de los niños y adolescente en este estudio muestra que el rendimiento es regular (50%) y malo en un (16%). Estudios como los que realizaron Coopersmith 1965, Holly 1987, Covington 1989 demuestran que el nivel de autoestima da como resultado el logro académico, y que a medida que incrementa el nivel de autoestima los logros se incrementan y cuando esta decrementa los logros en la escuela disminuyen.

Dubois, Bull, Sherman y Roberts 1998, por su parte encontraron correlaciones significativas entre la autoestima global y el rendimiento académico.

Si tomamos en cuenta cada una de las escalas que evalúa el Cuestionario de Coopersmith podemos decir que las áreas que se encuentran afectadas son el área social y hogar, estos datos reiteran que la familia y la interacción entre cada uno de sus miembros son determinantes para el desarrollo de la autoestima en los primeros años de vida y posteriormente el ámbito escolar se vuelve el espacio secundario más importante, ya que los maestros, el grupo de pares, así como las habilidades de competencia, continúan desarrollando la autoestima. Satir 1991

En esta investigación se observó que los niños obesos presentaron en un 98% trastorno de ansiedad y el 96% también presentó trastorno depresivo (dístimo), lo cual nos indica que es importante trabajar con este tipo de trastornos primero, para posteriormente poder dar tratamiento a la obesidad, ya que al presentar sintomatología depresiva y niveles de ansiedad elevados, no les permite seguir un plan nutricional adecuado ni realizar algún deporte, que son los tratamientos médicos que constantemente se les dan a estos pacientes.

Los estudios realizados por (Canals, Carbajo, Fernández & Doménech, 1996) dan especial atención a la interacción entre autoestima y ansiedad y depresión ya que han sido consideradas como el predictor más importante de los desórdenes de la alimentación

En nuestro trabajo encontramos que sí existe una relación estadísticamente significativa entre autoestima, ansiedad, depresión.

Al respecto existen muchos estudios como los realizados por Brunch 1981 y Brodie cols 1994, en los que en los niveles bajos de autoestima en niños obesos se asocia con incremento de tristeza, soledad, nerviosismo, aislamiento.

Keegan 1987, Skager 1987, Gossop 1979, Miller 1988 encontraron que los niveles bajos de autoestima causan o contribuyen a trastornos de ansiedad, así también la sintomatología depresiva se relaciona con la baja autoestima. Battle 1990, Bhatti 1989 realizaron estudios que confirman la relación entre la depresión y pensamientos suicidas en adolescentes y baja autoestima.

En estudios realizados por Addeo 1994 encontró correlaciones entre autoestima y depresión $r = .60$ y ansiedad $r = .80$. Por otro lado Healherton y Polivy 1991, encontró correlaciones entre autoestima y depresión de $r = .59$ y entre autoestima y ansiedad de $r = .59$, tales resultados presentan consistencia con los encontrados en nuestro estudio en donde encontramos correlaciones entre autoestima y ansiedad de $-.24$ y entre autoestima y depresión de $-.28$. Lo cual nos indica que a menor nivel de autoestima, mayor nivel de ansiedad y que de igual manera a menor nivel de autoestima mayor nivel de depresión.

Por otro lado en nuestra investigación no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas con obesidad y la presencia de baja autoestima, ansiedad y depresión. Dicha discrepancia puede deberse al tamaño de la muestra que no permite observar diferencias, debido a que las medias de ambos grupos se encuentran casi iguales. Sin embargo, pensamos que actualmente por factores socioculturales la obesidad afecta de igual manera a niñas y niños ya que presentan los mismos trastornos psicológicos.

Hay estudios en niños y adolescentes que indican que no existen diferencias significativa en el nivel de autoestima, entre hombres y mujeres (Benjet 1999, Lara- Cantu et al 1993, Leondari & Safont 1998).

Aunque hay otros como los estudios de Harper y Marshall (1991) en donde la autoestima en las mujeres, comparada con la de los varones, baja dramáticamente en la pubertad, Sin embargo el estudio que realizaron los autores antes mencionados fue realizada en población sin ninguna patología.

De igual manera no se encontraron diferencias significativas entre ansiedad y depresión en niños y niñas obesos. a lo que nuevamente hago hincapié en que diversos estudios han encontrado niveles de ansiedad y depresión altos en los trastornos alimenticios, lo cual justifica el no haber encontrado diferencias significativas entre niños y niñas.

Kaplan realizó una serie de estudios en los que encontró que los hombres reportan mayor nivel de autoestima y menores niveles de depresión y ansiedad que las mujeres. Estos estudios son en población norteamericana, por lo que habría que realizar estudios en México para verificar que existen diferencias en hombres y mujeres.

En términos generales los resultados encontrados permiten concluir que la obesidad es una enfermedad multifactorial, en la cual la baja autoestima, ansiedad y depresión juegan un papel muy importante, ya que contribuyen al mantenimiento de esta enfermedad y por otro lado dificultan el apego al tratamiento.

La obesidad desafortunadamente continúa creciendo en México y ha llegado a ser una de las enfermedades con mayor índice de riesgos para la salud, debido a que se asocia con enfermedades cardiovasculares, diabetes, hiperinsulinemia, hipercolesterolemia etc.

Es por eso que se sugiere un tratamiento multidisciplinario en el cual no solo se cuente con un plan nutricional, fármacos y un programa de ejercicio, ya que como se ha visto en la actualidad estos tratamientos no han permitido que disminuya el porcentaje de obesidad en la población mexicana.

En México desafortunadamente no se ha dado la importancia al factor psicológico como desencadenante de esta enfermedad. Sin embargo existen varios estudios en los cuales se utilizan programas de modificación de conducta y psicoterapia individual o grupal que han logrado la reducción de peso tanto en niños como en adultos, Korbman 1997, Zierold 1980 (Centro de Servicios Psicológicos UNAM).

Es por eso que esta investigación no sólo pretende hacer una descripción de algunos de los factores que se asocian con la obesidad, sino que además propone un programa de trabajo con niños para modificar hábitos alimenticios, lo cual permitirá la reducción de peso de forma indirecta por un lado y por el otro al combinar técnicas de Psicoterapia Gestalt, el nivel de autoestima aumentará y los trastornos afectivos disminuirán siendo posible la reducción de peso llevando un plan nutricional y de actividad física para el tratamiento de la obesidad, con la participación de un equipo multidisciplinario.

6.2. LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Las limitaciones de esta investigación se refieren principalmente al tamaño de la muestra que fue utilizada, esto se debió al tiempo autorizado para realizar esta investigación en el INP.

Es hasta hace apenas algunos años que se empezó a dar la importancia que requiere la obesidad en México, debido a los índices de mortalidad que han incrementado año tras año, dando como resultado enfermedades relacionadas con este padecimiento. Y además anteriormente la obesidad era vista como un factor socio-cultural, que no parecía causar problemas adaptativos de riesgo.

Por otro lado al revisar la bibliografía que existe en México nos encontramos con que es muy escasa y en el caso de los niños la obesidad continua siendo un factor social, por lo que las soluciones encontradas en las investigaciones en adultos en México aportan información nutricional, programa de ejercicios, fármacos y cirugía bariátrica para combatirla.

Sin embargo en el caso de la obesidad infantil no existen investigaciones o propuestas de trabajo para prevenir la obesidad en la niñez y adolescencia.

En cuanto a la medición de la autoestima en este estudio se utilizó el Cuestionario de Coopersmith, utilizado por Verdusco y cols en 1992, sin embargo, sería conveniente para futuras investigaciones utilizar muestras más representativas para corroborar los resultados encontrados en esta investigación.

Por otro lado el Cuestionario de autoestima de Coopersmith utilizado en esta investigación contiene 58 reactivos, mide diferentes áreas, y utiliza una escala dicotómica con dos opciones de respuesta, lo cual limita a los niños y adolescentes a inclinarse por una respuesta y al no tener opciones si acaso presentaran ese tipo de sentimientos o situaciones, es decir, no existen puntos medios de respuesta. Es por eso que se sugiere hacer modificaciones a la prueba en México utilizando al menos cuatro opciones de respuesta para cada reactivo, así mismo validarla y estandarizarla para que de esta manera podamos tener mayor información del ambiente en el que se desarrolla el niño y conozcamos en que situaciones es necesario apoyarlos.

Otra alternativa de trabajo es la escala de autoestima de Rosenberg esta escala es el instrumento que más se ha utilizado en Estados Unidos para medir la autoestima. La escala contiene diez reactivos tipo Lickert, formando una estructura unidimensional, lo cual contribuye a su rápida administración, calificación e interpretación. Originalmente, se diseñó para utilizarse con adolescentes y adultos aunque en la actualidad se aplica también a la población infantil.

Sin embargo, aunque existen versiones traducidas al español, aún no se cuentan con registros en población mexicana, por lo que esta es una línea de investigación interesante de ser utilizada para el trabajo con niños y adolescentes.

Por otro lado sería conveniente utilizar propuestas realizadas en otros países para el tratamiento de la obesidad, tomando en consideración los programas cognitivo - conductuales que han dado resultados alentadores en trastornos alimenticios (Last 1999).

Una aportación en esta investigación es un programa de modificación conductual que es una propuesta de trabajo para el tratamiento integral del niño obeso o tomar en cuenta la contribución de la Dra. Korbman y cols (1997), en el Hospital Médico Pediátrico en el que el trabajo multidisciplinario brindó una alternativa para el tratamiento de este padecimiento, ya que en México los programas especializados de intervención psicológica para el tratamiento de trastornos alimenticios en niños y adolescentes no ha sido prioridad en Centros de Salud y Hospitales de Especialidad.

6.3. APORTACIONES

En el Centro de Servicios Psicológicos (CCP) desde 1972 se lleva a cabo un tratamiento preventivo en comunidad, así como un tratamiento cognitivo conductual, en el que se trata de bajar de peso de forma indirecta, como resultado de cambiar los hábitos alimenticios. Este programa ha beneficiado a población adulta y adolescente (Zierold).

El objetivo del programa que se lleva a cabo en CCP, es enseñar a comer de una forma que permita bajar de peso y lo más importante que se mantenga el peso.

El modelo de intervención terapéutica se basa en el registro del programa de Graciela Zierold (CCP) y el trabajo realizado por Cynthia Last 1999 haciendo algunas modificaciones ya que en CCP y en la Centro de Tratamiento de la Ansiedad en Florida, no se trabaja con niños este tipo de programas, además se agregan técnicas gestálticas para el manejo de las emociones.

Una de las propuestas de esta investigación no es sólo poder entender algunas de las causas de la obesidad y hacer conciencia de que es una enfermedad, sino realizar una contribución en beneficio de los niños y adolescentes no sólo que contribuyeron a realizar este trabajo sino a los que aún siguen asistiendo a consulta en el INP y que debido al tratamiento médico que consiste en dietas y programas de ejercicios para el tratamiento de la obesidad, no han logrado el éxito de la pérdida de peso, lo cual muchas veces los orilla a abandonar el tratamiento y posteriormente presentan enfermedades de alto riesgo relacionadas con la obesidad.

Para iniciar este programa todos los niños del INP que se pretende que sean beneficiados con el programa cognitivo - conductual, deberán presentarse al área médica (Clínica de Gastro- nutrición para que se realicen las mediciones antropométricas necesarias para iniciar el programa, y proporcionar el plan nutricional para cada uno de los niños y adolescentes. Posteriormente, serán evaluados por el área de Psiquiatría y Psicología con los instrumentos necesarios para esta investigación.

Es necesario tener la Historia Clínica del niño, las evaluaciones psicológicas (Bender, Figura de Rey, WISC-R, Frases Incompletas, Cuestionario de autoestima, Criterios diagnósticos del DSM-IV para ansiedad y depresión).

Al término de la Evaluación se realizará la integración del estudio y discutirá la problemática del niño junto con el área de Psiquiatría para determinar si es viable o no la administración de medicamentos según sea el caso del niño y determinar si es un candidato viable para el programa. Se tomará en cuenta las asistencias a las consultas, la disposición del niño y de alguno de los padres.

Es importante que cada semana o visita a consulta después de haber ingresado en este programa se realicen las medidas de peso y talla, ya que para cualquier programa de modificación de conducta la medición es fundamental. Por lo que es necesario contar con una balanza y una cinta métrica en el Área de Salud Mental para pesar y medir a los niños al llegar a cada una de las sesiones.

En las sesiones iniciales, es de suma importancia que se realice un registro alimentario. Esto nos permitirá extraer información a nosotros como especialistas, y al paciente le dará información de:

a) el tipo de conducta alimenticia que presenta, b) hacer asociaciones entre estresores de conducta alimentaria, c) servir de estrategia de autocontrol, d) adquirir un papel activo en su tratamiento.

Se dará inicio con una línea base que nos servirá de observación, antes de realizar algún cambio en la conducta del niño. Estos registros en donde se realizan las anotaciones de la conducta alimentaria se entregarán al terapeuta y posteriormente se utilizarán, para ver los avances en la mitad y al final del programa.

Es indispensable que se cuente con el apoyo de algún familiar en el tratamiento ya que se ha demostrado en algunas investigaciones mejores resultados en el caso de niños y preadolescentes en los tratamientos de obesidad cuando alguno de los padres se involucra en el tratamiento.

Respecto a como conseguir una normalización del peso, se utilizarán procedimientos conductuales y de modificación de conducta, Utilizando programas de condicionamiento operante con reforzamiento positivo / negativo que presentan mayor efectividad en la pérdida de peso de los niños (Touyz y cols 1964, Saldaña 1994)

Tres aspectos que se deben tomar en cuenta.

1. Valorar y fortalecer la motivación del paciente y establecer una relación terapéutica.
2. Esclarecer el problema alimentario del niño y analizar los factores desencadenantes, consecuencias y factores que mantiene el trastorno alimentario, para que nos permitan llegar a una hipótesis terapéutica.
3. Resolución de los problemas intra personales (del paciente) y/ o interpersonales (en relación al medio)

MODELO DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA.

En la actualidad este tipo de tratamientos se muestra como uno de los más efectivos en pacientes con trastornos de alimentación. Incide en aspectos sintomáticos de los problemas alimentarios (peso, alimentación, nutrición cogniciones hábitos alimentarios y familiares, conductas compensatorias) y en aspectos no sintomáticos (déficit conductuales, problemas interpersonales, resolución de problemas).

REGISTRO DIARIO

Nombre:

Edad:

Fecha:

	Tiempo de inicio (Hora)	Tiempo de finalizar (Hora)	Comida o bocadillo	Grado de hambre	Como se realizó la comida	Actividades relacionadas	Lugar donde se comió	Tipo de comida	Personas que estaban	Sentimientos
Desayuno										
Comida										
Cena										
Otras comidas										

Este registro deberá ser llenado todos los días incluyendo fines de semana.

Instrucciones para llenar el registro diario.

Tiempo.

Anotar la hora de iniciar la comida.

Tiempo de finalizar la comida.

Anotar la hora en que se levanta de la mesa para hacer otras actividades.

C/B.

Indicar si fue un bocadillo o comida completa, y describir los alimentos

Grado de hambre

Indicar del 0 al 3

Anotar el número de grado de hambre que sintió para querer comer

0= sin hambre.

1= poca hambre

2= Mucha hambre

3= extremadamente hambriento.

Como realizó la comida.

Anotar el número de cómo realizó la comida.

1= Caminando

2= Parado

3= Sentado

4= Acostado

Actividad mientras comía.

Anotar si estaba viendo la televisión, leyendo, haciendo tarea, etc.

Lugar de comida.

Indicar el lugar en donde comió : en la calle , en un restaurante, si es en la casa indicar el lugar de la casa en donde comió.

Tipo de comida y cantidad.

Anotar todo lo que comió y cantidades.

Con quien estaba comiendo.

Indicar quien estaba con el a la hora de comer: sólo, con su hermano, toda la familia, etc.

Sentimientos que presentaba antes y después de comer.

Marcar con un color el sentimiento que prevalecía antes y después de comer.

Azul .Felicidad

Verde: Ansiedad

Amarillo: Preocupación

Rojo: Enojo

Café : Tristeza.

Gris: Tranquilidad

PROGRAMA COGNITIVO- CONDUCTUAL Y PSICOTERAPIA GESTALT EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

Antes de tomar una decisión sobre el tratamiento de la obesidad es importante tener entrevistas iniciales con los niños obesos, ya que es necesario clarificar y tener en cuenta aspectos como motivación trastornos afectivos objetivos del paciente y relación terapéutica. Estos son de suma importancia si tenemos en cuenta que este tipo de pacientes presentan trastornos afectivos, baja autoestima y poca motivación a los tratamientos.

Objetivo: Plantear el control de peso de un modo enteramente distinto, que resuelva el problema por completo en lugar de aportar una mejoría corta y temporal.

El enfoque psicológico en el tratamiento de ingestión de comida ofrece una solución a largo plazo para el control de peso permanente.

1.-Comer en exceso es un síntoma que tiene causas psicológicas.

- Si los síntomas del problema son tratados sin prestar atención a las causas que los originan con el tiempo los problemas se repetirán.
- Se continuará la ingestión exagerada por que no se ha tratado la causa que la origina.

2.-Las causas psicológicas que originan la sobrealimentación son diferentes para cada persona.

- Comer sin sentir hambre física no es natural
- Muchas personas utilizan la comida para disminuir los sentimientos asociados a las emociones desagradables.
- Otras personas comen cuando se sienten tristes, o utilizan la comida para relajarse cuando están tensos.

3.-El control permanente del peso se consigue mediante la utilización de métodos de tratamiento psicológicos que se corresponden directamente con las causas específicas que originan el problema de cada individuo.

- En la actualidad el punto central del tratamiento psicológico se basa en enseñar a la gente las destrezas específicas que puede utilizar para mejorar su vida.
- Utilizar procedimientos psicológicos para tratar los problemas de sobrealimentación, técnicas gestálticas y técnicas cognitivo- conductuales.
- El tratamiento debe corresponder con el problema, y por lo tanto su enfoque debe ser individualizado.

Aunque el método de reducir las calorías para perder peso puede ayudar a la gente a adelgazar, en raras ocasiones produce un control de peso a largo plazo.

Las dietas fracasan por que se centran en el síntoma de la alimentación exagerada en lugar de hacerlo en los factores psicológicos que originan el problema y sustentan este tipo de conducta.

Una vez realizadas las entrevistas iniciales es necesario aplicar Un Cuestionario el cual nos permitirá identificar el perfil alimenticio que presenta el niño. A partir de este cuestionario y con las evaluaciones de autoestima y los criterios de l DSM -IV de ansiedad y depresión se podrá identificar con mayor precisión el perfil alimenticio que presenta el niño, y de esta manera elegir el programa que más se apegue a sus necesidades.

Es importante mencionar que existen los tipos mixtos lo cuales presentan características de más de un tipo de perfil alimenticio, sin embargo esto se debe a como lo hemos mencionado a lo largo de la investigación que la obesidad es multifactorial, por lo que en el caso de que los niños presenten más de un perfil, se elegirá el programa que más características presente y se podrán utilizar técnicas de otros programas para reducir los síntomas de otro tipo de perfil, la elección de la combinación de los programas debe de determinarse por la constancia y el apego al programa.

Aplicación del Cuestionario del Perfil de alimentación (CPA)

Este cuestionario explora las características de personalidad y el comportamiento frente a la comida. Fue elaborado a partir de entrevistas y los tratamientos con personas con problemas de peso y se creó con la finalidad de diagnosticar las cinco causas más importantes por las que la gente come en exceso. Proporciona la información que se necesita para deducir las razones que se hallan tras el problema de peso.

Cuestionario del Perfil de Alimentación

Marca con una cruz en la columna si o no según sea tu conducta alimenticia.

	Si	No
1.-Comes estando de pie?		
2.-Te resulta difícil recordar todo lo que has comido hoy o ayer?		
3.-Comes entre comidas?		
4.-Sueles terminar de comer antes que los demás?		
5.-Comes con frecuencia sin utilizar platos u otros utensilios?		
6.-Realizas otras actividades mientras comes		
7.-Te importa la calidad más que la cantidad de comida?		
8.-Tienes tendencia a comer despacio?		
9.-Disfrutas probando diferentes tipos de comida?		
10.-Te gusta la comida rica en grasas y en azúcares?		
11.-Rechazas la comida que no es apetitosa?		
12.-Comer es una de las cosas que más disfrutas?		
13.-Eres una persona nerviosa o muy sensible?		
14.-Tomas alguna golosina o bocadillo cuando estas nervioso o preocupado?		
15.-Te resulta difícil resistirte a comer algo que tienes justo delante de ti?		
16.-Te resulta difícil relajarte?		
17.-Con frecuencia el acto de comer es más importante que lo que comes?		
18.-Eres una persona que te preocupas mucho?		
19.-Te resulta difícil expresar lo que piensas?		
20.-Tienes sueños que te inquietan?		

21.-Comes a menudo para no pensar en cosas que te inquietan o preocupan?		
22.-Te resulta difícil en algunas ocasiones identificar tus sentimientos?		
23.-Tienes problemas que parecen no tener solución?		
24.-Eres una niño que siempre complace a todos?		
25.-Hay algún alimento que te hace sentir bien?		
26.-Te provoca la comida una sensación de bienestar?		
27.-Te sientes con frecuencia, triste, aburrido o deprimido?		
28.-Te premias con comida?		
29.-Te criticas constantemente?		
30.-Te falta energía o entusiasmo para hacer las cosas?		

Preguntas 1 a 6 Si has contestado si a cuatro o más de estas preguntas eres un comedor compulsivo.

Preguntas 7 a 12 Si has contestado si a cuatro o más de estas preguntas eres un comedor hedonista.

Preguntas 13 a 18 Si has contestado si a cuatro o más de estas preguntas eres un comedor reductor de estrés.

Preguntas 19 al 24 Si has contestado si a cuatro o más de estas preguntas eres un comedor evasivo.

Preguntas 25 a 30 Si has contestado si a cuatro o más de estas preguntas eres un comedor vigorizador.

Es necesario que además de contestarlo el niño , lo conteste alguna persona de la familia para que trate de describirte.

Tipos de Perfiles de alimentación.

1.-El comedor impulsivo. Demasiado ocupado para prestar atención a la comida.

Los comedores impulsivos –personas con un alto nivel de energía y orientadas hacia la acción, son divertidos , cariñosos y optimistas. Tienen muchos intereses y no toleran el aburrimiento

Se caracterizan por :

- Comer rápidamente
- Comen mientras realizan otra actividad
- Tienen dificultades para recordar todo lo que han comido
- Comen en lugares que no deberían
- Comen entre comidas
- Comen con las manos
- No son muy exigentes con lo que comen

2.-El hedonista. El placer de comer.

Los hedonistas son personas comunicativas y audaces. Siempre buscan pasársela bien. Para los hedonistas la búsqueda del placer se hace extensible a la comida. El mismo acto de comer les aporta una inmensa satisfacción y prestan una profunda atención a la textura, el olor y el sabor de todo lo que hacen. Comer es una experiencia importante que se lleva a cabo lentamente y a la que se le ofrece un interés absoluto.

Se caracterizan por:

- Comer despacio
- Esperar las comidas con ilusión
- Recordar con exactitud lo que ha comido
- Gustarle hablar acerca de la comida
- Dar mas importancia a la calidad de la comida que la cantidad
- Rechaza la comida que no es sabrosa
- Le gusta cocinar o comer fuera
- Consumir una gran cantidad de comidas de alto contenido en grasas y azucares.

3.-El reductor de estrés. Utiliza la comida para relajarse.

Los reductores de estrés son seres humanos sensibles e imaginativos. Tienen un gran empuje y canalizan sus energías para alcanzar lo que desean, son productivos y triunfadores.

Por desgracia, los sentimientos contenidos que los conducen a grandes logros son los mismos que los llevan a comer en exceso. Utilizan la comida para bajar la tensión.

Se caracterizan por:

- Ser nerviosos o muy sensibles
- Preocuparse mucho por las cosas
- Tener dificultades para relajarse
- Comer con rapidez
- Ser miedoso
- Comer con frecuencia en lugares no destinados para ello
- Comer cuando el estrés aumenta,.

4.-El evasivo. Escaparse de los problemas de la vida a través de la comida.

Los evasivos son personas afectuosas y compasivas. Sensibles a los sentimientos de los demás, no le harían daño a nadie. Son personas receptivas y les gusta ayudar a la gente, les resulta difícil manejar sus propios problemas . En lugar de enfrentarse a ellos intentan olvidarlos a través de la comida.

Se caracteriza por:

- Tener dificultades para identificar sus sentimientos
- Tener dificultades para ser autoafirmativo
- Anteponer las necesidades de los demás a las propias
- Ignorar los problemas con la esperanza de que desaparezcan
- Presentar problemas para dormir
- Comer para no pensar en los problemas
- Comer más cuando los problemas se agudizan
- Comer en lugares no destinados para comer.

5.-El vigorizador: Utilizar la comida como un estimulante.

Son personas inteligentes y racionales que contemplan las cosas desde el nivel más profundo. Suelen tomarse seriamente todo lo que hacen, y por lo general, muestran una precisión y una atención minuciosa.

Por su profundidad y perfeccionismo, se sienten fácilmente insatisfechos, tristes y aburridos o cansados. Y cuando se encuentran en este estado utilizan la comida como estimulante.

Se caracterizan por:

- Estar a menudo triste, aburrido o cansado.
- Intentar animarse con la comida
- Sufrir por una baja autoestima
- Planear obsequiarse con comida
- Deprimirse después de comer
- Considerar la comida como su mejor amiga
- Tener una visión pesimista del futuro.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

1.-PROCEDIMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA SOBREALIMENTACIÓN IMPULSIVA.

Objetivos:

- Comer con mayor atención y de un modo menos impulsivo.
- Aprender a cambiar no sólo el entorno, sino también la forma en la que comes.
- Enseñar a utilizar técnicas de refuerzo positivo (recompensas y elogio de ti mismo),
- Desarrollar nuevos comportamientos de alimentación
- Utilizar imágenes de aversión para suprimir tus viejos hábitos frente a la comida.

Semana 1

Introducción al control de la conducta de comer.

Explicación del tratamiento y condiciones de trabajo al niño y a la madre. Es importante mencionar a la madre que se estará trabajando junto con un programa nutricional que se le dará en la clínica de Gastro-nutrición, y que deberán llevarlo junto con el programa de Salud Mental.

Hacer un contrato en donde se establezca la participación de la madre en el apoyo del programa, preparación de alimentos, supervisión de actividades, (no críticas ,ni regaños o apodos), asistencia a las citas. En el contrato se explican los objetivos que se quieren alcanzar y el compromiso del paciente y el terapeuta.

Tareas para la siguiente sesión.

A.- Primera semana diario de comida

Línea Base:

- Explicar (madre y niños/ adolescentes) como deberá llenar el diario de comida y hacer mención de que lo más importante en este programa es la medición y observación de las conductas alimenticias, por parte del niño y de la madre, siendo indispensable en cada sesión llevar el diario de comida.

B.- Mapa de la casa

- En el caso de los niños se les pedirá que realicen un mapa de su casa, para ver la distribución de espacios, y que identifiquen todos los lugares donde ellos recuerden que han tomado alimentos dentro de la casa, se pondrá una C (Comida) o B (Bocadillo) en cada lugar en donde se recuerde que se ha tomado algún alimento

Semana 2

A.- Diario de comida.

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Hacer preguntas sobre los sentimientos que se hallan involucrado en el registro

- El propósito es que se vaya dando cuenta en que situaciones y con que sentimientos esta más propenso a comer.

B.- Limita los lugares en los que comes

Se hará la revisión del mapa de la casa para ver en donde come y que tipo de alimentos come durante el día.

- Se le pedirá el niño que elija un lugar de todos los que tiene en el mapa para realizar todas sus comidas y que deberá respetarlo durante toda la semana.

Sesión 3

A.-Diario de comida.

- Verificar con el niño el registro hacer observaciones sobre el tiempo que tardó en comer, sentimientos, cantidades de comida y preguntarle su experiencia del lugar elegido para comer y si respeto el lugar.
- Preguntar si desea cambiar de lugar para realizar la comida o quiere continuar con el mismo.

B.-Limita las horas de comida

- Establecer las veces que comes a lo largo del día.
- Tienes que fijar al menos tres comidas que encajen bien con tu horario diario.
- Recomendaciones no comer alimentos después de las 20:00 horas
- Si comes sólo durante los momentos preestablecidos, dejarás de hacerlo siempre que te apetezca.

C.- Limita lo que comes.

- Mantener la comida que te causa problemas fuera de tu casa (te ayudarás mucho a ti mismo)
- Mantener alimentos fuera de tu vista y alcance.
- No poner los platos de comida en la mesa , sino servir en los platos desde la cocina.
- Levantarse de la mesa al terminar de comer

Tarea nueva

Cosas más valiosas.

Se le pide al niño y a la madre que hagan juntos una lista de las 5 cosas más valiosas para el niño, ya sean juguetes, paseos, actividades, que más disfruta el niño y que traigan esa lista en la siguiente sesión.

Pequeñas recompensas.

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

Grandes recompensas

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____

Semana 4

A.-Diario de comida

- Se hará la revisión del diario de comida con las horas que invirtió en comer, los lugares en los que se comió, cuantas comidas realizó al día, y que alimentos comió en la semana
(tareas de las sesiones 1 y 2)
- Es importante ver que los hábitos de las primeras sesiones se mantengan y se vayan sumando con los las siguientes semanas.
- Verificar que se haya hecho la tareas de las Cosas más vallosas.

B.-Refuerzo positivo para aumentar la conducta adecuada frente a la alimentación

- En las sesiones anteriores se ha trabajado con cambios ambientales que ayudan a reducir la conducta impulsiva.
- Restricción del lugar para comer
- Los momentos del día en los que se come
- Limita el acceso de comida.
- Aunque al principio estos cambios no parecen difíciles convertirlos en nuevos hábitos requieren de algo de trabajo.
- Las recompensas incrementan la frecuencia de las conductas por lo que a medida que en cambios estas conductas utiliza recompensas pequeñas o grandes.
- Recuerda que premios el cambio de hábito , no el cambio de peso.

Semana 5

A.-Diario de comida

- Se hará la revisión del diario de comida con las horas que invirtió en comer, los lugares en los que se comió, cuantas comidas realizó al día, y que alimentos comió en la semana
(tareas de las sesiones 1, 2, 3, y 4)

- Es importante ver que los hábitos de las primeras sesiones se mantengan y se vayan sumando con los siguientes semanas.
- Verificar que se hayan utilizado los refuerzos positivos y preguntar cuales son las cosas con las que se premió en esta semana.

B.-Mientras comes no realices ninguna otra actividad

Muchas personas hacen otras cosas mientras comen. Miran la televisión, escuchan la radio, leen , hablan por teléfono.

Estas actividades reducen la cantidad de atención que se presta al verdadero acto de comer

- Pedirle al niño que cuando coma no realice ninguna otra actividad, sino que disfrute el alimento.

C.- Cuando comas utiliza siempre platos y cubiertos

Muchos alimentos pueden comerse fácilmente sin necesidad de usar cuchara, el cuchillo o el tenedor. (es decir se comen con las manos)

- Complicar el acto de comer mediante la utilización de platos y cubiertos y convierte el simple hecho de tomar un refrigerio o una comida en un acontecimiento importante.
- Emplea platos y cubiertos siempre que realices cualquier comida.

D.-Come despacio.

Los comedores impulsivos tiene la mala costumbre de engullir la comida. Antes de haber tragado lo que todavía tienen en la boca van por el siguiente bocado.

Si reduces la velocidad con la que comes acabarás por comer menos, ya que permitirás que pase más tiempo, de este modo le das a tu estomago el tiempo que necesita para indicarle al cerebro que estas satisfecha.

Es importante reducir la velocidad de comer por lo que se necesitan realizar los siguientes ejercicios.

- Utiliza platos más pequeños
- Come pequeños bocados.
- Utiliza un tenedor más pequeño o una cuchara para café.
- Mastica la comida con lentitud
- Antes de llenar la boca nuevamente , haber tragado el bocado anterior.
- Contar el número de masticación por cada bocado.
- Dejar los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado
- Haz pequeñas pausas mientras comes
- Ir cortando poco a poco la comida, (no cortar toda en pedacitos)

Sesión 6

A.- Diario de comida

- Se revisará el diario de esta semana para verificar los lugares en donde se comió, las cantidades de comida el tiempo empleado en comer, etc.
- Es importante que se continúe reforzando las conductas aprendidas por parte de los padres o de los mismos niños o adolescentes.
- Ver si se han seguido las conductas y si se ha tenido alguna dificultad en algunas de las conductas aprendidas. (comer despacio, no realizar ninguna otra actividad y comer todo con cubiertos y en platos más pequeños)
- Hacer un resumen sobre todas los hábitos alimenticios que se han hecho a lo largo de las sesiones.

B.- Utilizar imágenes de aversión.

Las imágenes de aversión son una forma de castigo, cuyo objetivo reduce la probabilidad o la frecuencia de una conducta.

La utilización de imágenes de aversión incluye, en primer lugar, la visualización de la conducta indeseable, y después la de consecuencias desagradables que conduce a la conducta problemática.

Es importante que las consecuencias negativas que se imaginen sean exageradas o extremas. Entre más impacto causen, más probable será que desarrolles una aversión a la conducta que quieres eliminar.

- Visualiza la conducta problemática
- Ahora visualiza las consecuencias repulsivas que se derivan de tu conducta problemática e intenta que sean vividas como sea posible.

Utiliza este método cuando tengas impulsos de comer y no puedas llevar a cabo las tareas aprendidas a lo largo de las sesiones.

Sesión 7

A.- Diario de comida.

- Se revisará el diario de esta semana para verificar los lugares en donde se comió, las cantidades de comida el tiempo empleado en comer, etc.
- Verificar que se hallan utilizado imágenes de aversión para controlar el impulso a comer.
- Hacer un resumen sobre lo realizado a lo largo de las sesiones
- Comparar el peso inicial con el peso final hasta esta sesión.
- Comparar el registro de línea base y el último del niños y hacer notar las mejoría que se han dado a lo largo de las sesiones, sin olvidar que es importante que lleve a cabo las tareas siempre, ya que de esta manera le permitirá bajar de peso.

B.- Programa de ejercicios

Es importante realizar alguna actividad deportiva en la semana adicional a estas técnicas para que la reducción de peso sea más efectiva.

- Empezar por actividades que no requieran de mucho esfuerzo, por ejemplo: caminar, sacar a pasear el perro etc.
- Incrementar el tiempo cada semana si comenzaste por 10 minutos diarios en la siguiente semana que sean 15 minutos.
- Posteriormente se puede optar por un deporte que implique mayor esfuerzo físico.

C--Dar citas cada 15 días.

- Seguir utilizando el registro de comida.
- Recomendar que continúen utilizando todas las técnicas aprendidas
- Complementarlas con el plan nutricional y el programa de ejercicios

2.-PROCEDIMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA ALIMENTACIÓN HEDONISTA

Objetivos:

- Reducir el consumo de las comidas altamente calóricas
- Aprender a reemplazar los alimentos hipercalóricos por otros con un menor contenido en calorías.
- Controlar las porciones para disminuir la cantidad de comida que se ingiere.
- Desarrollar la capacidad de obtener placer en otras actividades más sanas
- Aprender a situar la comida dándole sólo un valor nutricional.

Sesión 1

Introducción al control de la conducta de comer.

Explicación del tratamiento y condiciones de trabajo al niño y a la madre. Es importante hacer mención a la madre que se estará trabajando junto con un programa nutricional que se le dará en la clínica de Gastro-nutrición, y que deberán llevarlo junto con el programa de Salud Mental.

Hacer un contrato en donde se establezca la participación de la madre en el apoyo del programa, preparación de alimentos, supervisión de actividades, (no críticas ,ni regaños o apodos), asistencia a las citas. En el contrato se explican los objetivos que se quieren alcanzar y el compromiso del paciente y el terapeuta.

Tareas para la siguiente sesión.

A- Primera semana diario de comida

Línea Base:

- Explicar (madre y niños/ adolescentes) como deberá llenar el diario de comida y hacer mención de que lo más importante en este programa es la medición y observación de las conductas alimenticias, por parte del niño y de la madre, siendo indispensable en cada sesión llevar el diario de comida.

B Mapa de la casa

- En el caso de los niños se les pedirá que realicen un mapa de su casa, para ver la distribución de espacios , y que identifiquen todos los lugares donde ellos recuerden que han tomado alimentos dentro de la casa, se pondrá una C (Comida) o B (Bocadillo) en cada lugar en donde se recuerde que se ha tomado algún alimento

Sesión 2

A.- Diario de comida.

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, la cantidad de alimentos altos en calorías y grasas, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Hacer preguntas sobre los sentimientos que se hallan involucrados en el registro y las situaciones en las que se encontraba el niño y con quien estaba.
- El propósito es que se vaya dando cuenta en que situaciones y con que sentimientos esta más propenso a comer y que tipo de alimentos son los que prefiere.

B.-Engañar tus papilas gustativas con alimentos sustitutos.

Lo que adoran los hedonistas no es el alimento sino el sabor, en el caso de que sea dulce o con grasa.

- Utiliza el método de los sustitutos, podrás satisfacer la necesidad de experimentar un sabor dulce sin consumir alimentos altamente calóricos.
- De esta manera se disminuirás automáticamente la cantidad de calorías que ingieres.
- No esta permitido tomar una mayor cantidad de un producto bajo en calorías.

Ojo: Algunos niños suelen consumir más cantidad de un producto cuando éste contiene un sustituto de la grasa o del azúcar y acaban consumiendo las mismas o más calorías pese a utilizar alimentos bajos en calorías.

C.-Tener alimentos que te dan tentaciones , puedes hacerlo cómetelo.

Se concede algunos de los alimentos altos en calorías que deseas (ocasionalmente o cuando sea casi imposible resistirse)

- Limitar estrictamente el tamaño de la porción.
- Sólo te servirás un pequeño trozo y NO una porción gigante como la que acostumbrabas.
- Reducir el tamaño de las porción, disminuirá el consumo de calorías.

Llevar un registro de cuantas veces a la semana consume alimentos altos en calorías.

Día	Hora	Alimento alto en calorías	Trozo pequeño	Cuantas veces masticaste cada bocado	Sentimiento al terminar de comer

D.-Come despacio.

Si reduces la velocidad con la que comes acabarás por comer menos. Es importante centrar la atención en cada bocado, masticando la comida con la lentitud, obteniendo el placer, ya que de esta manera te sentirás satisfecho al terminar la porción.

Es importante reducir la velocidad de comer por lo que se necesitan realizar los siguientes ejercicios.

- Utiliza platos más pequeños
- Come pequeños bocados.
- Utiliza un tenedor más pequeño o una cuchara para café.
- Mastica la comida con lentitud
- Antes de llenar la boca nuevamente , haber tragado el bocado anterior.
- Contar el número de masticación por cada bocado.
- Dejar los cubiertos en la mesa entre bocado y bocado
- Haz pequeñas pausas mientras comes
- Ir cortando poco a poco la comida, (no cortar toda en pedacitos)

Sesión 3

A.-Diario de comida.

- Verificar con el niño el registro hacer observaciones sobre el registro semanal, observar el número de alimentos altos en calorías consumió en la semana.
- Revisar el registro de los alimentos altos en grasas y hacer preguntas sobre como se sintió, si con el pedazo que había comido era suficiente.
- Hacer observaciones sobre cuantas veces a la semana consumió estos alimentos, y fomentar que los coma lo menos que el pueda y que sí lo hace continúe con las técnicas de comer lentamente, contar el número de masticadas por bocado, y registrar sus sentimientos.

B.-Registro de actividades nuevas

Los hedonistas admiten que comer es la actividad que más disfrutan. La mayoría dependen de la comida para obtener placer diario. Para adelgazar y permanecer delgados, es necesario que aprendan a obtener placer de otras actividades (que no tengan relación con la comida).

Pedir al niño que nos diga que tipo de actividades realiza en su casa. (seguramente su actividad será casi nula).

Preguntar:

- Que lugares hay cerca de su casa.
- Sale a jugar con sus amigos.
- Tiene bicicleta, Patines, mascota.
- Donde esta la papelería o tienda más cercana.

- Hacer una lista junto con el niño de las actividades nuevas que puede hacer, y que elija el mismo de esa lista las que se compromete a realizar en esta nueva semana.

- (No dirigir, No sugerir actividades, es importante que ellos se hagan responsables de sus actividades y que aprendan a elegir)

- Es importante que se comience con actividades sencillas ya que si se quiere que practique algún deporte donde requiera de mucha energía terminará por no ir, las actividades se deberán de anotar en un registro nuevo y deberán de ir aumentando poco a poco.

- Combinar las actividades sugeridas con las de ver la televisión y jugar nintendo.

Sesión 4

A.- Diario de Comida

- Revisar el diario de comida y verificar cantidades de comida altas en grasas. Los sentimientos y las situaciones involucradas en el acto de comer.

- Verificar que se este haciendo alguna actividad placentera en lugar de comer.

- Preguntar sobre los resultados de esta nueva tarea e incrementar la duración de los ejercicios o actividades placenteras.

- Mencionar las tareas que se han aprendido deben hacerse durante la semana y se tendrán que practicar como hábitos de alimentación

B.-Comes para vivir o vives para comer

Es necesario cambiar la actitud hacia la comida con las técnicas de tratamiento que ya hemos aprendido en las sesiones

- Reducir las porciones de alimentos problemáticos
- Reemplazar el acto de comer por actividades placenteras alternativas
- Piensa que el único propósito de los alimentos es el de proporcionar nutrientes y energía al cuerpo.

1.-Para cambiar la actitud a la comida:

- Identificar pensamientos ineficaces para poder cambiarlos por otros más provechosos.
- Sustituir los pensamientos poco provechosos que identificaste por otros que sean beneficiosos. Reconocer los problemáticos tan pronto como aparecen y los reemplazarlos de inmediato por más útiles.

Pensamientos sobre la comida (Ineficaces)

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____

Pensamientos sobre la comida (eficaces)

- 1.- _____
- 2.- _____
- 3.- _____
- 4.- _____
- 5.- _____
- 6.- _____

Ejemplo: " Con un postre, esta comida sería perfecta"

Cámbialo por "El postre esta lleno de azúcar y de cientos de calorías y tiene un valor nutricional muy bajo " " Yo ya he comido demasiado, no necesito comer postre"

Si cambias el tipo de cosas que dices a ti mismo, conseguirás cambiar tu actitud hacia la comida. Si cambias tu actitud hacia la comida, te resulta mucho más fácil resistirte a esos alimentos altos en calorías que hasta ahora has utilizado para entretenerte.

Sesión 5

A.- Diario de comida.

- Se revisará el diario de esta semana para verificarlos lugares en donde se comió, las cantidades de comida el tiempo empleado en comer, etc.
- Verificar que se hayan utilizado los cambios de actitud hacia la comida para controlar el impulso a comer.

- Hacer un resumen sobre lo realizado a lo largo de las sesiones
- Comparar el peso inicial con el peso final hasta esta sesión.
- Comparar el registro de línea base y el último del niños y hacer notar las mejoría que se han dado a lo largo de las sesiones, sin olvidar que es importante que lleve a cabo las tareas siempre, ya que de esta manera le permitirá bajar de peso.

B.- Programa de ejercicios

Es importante realizar alguna actividad deportiva en la semana adicional a estas técnicas para que la reducción de peso sea más efectiva.

- Empezar por actividades que no requieran de mucho esfuerzo, por ejemplo: caminar, sacar a pasear el perro etc.
- Incrementar el tiempo cada semana si comenzaste por 10 minutos diarios en la siguiente semana que sean 15 minutos.
- Posteriormente se puede optar por un deporte que implique mayor esfuerzo físico.

C--Dar citas cada 15 días.

- Seguir utilizando el registro de comida.
- Recomendar que continúen utilizando todas las técnicas aprendidas
- Complementarlas con el plan nutricional y el programa de ejercicios

3.-PROCEDIMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA SOBREALIMENTACIÓN ANSIOSA

Objetivos:

- Aprender a relajar los músculos profundamente
- Aprender a realizar respiración abdominal
- Utilizar afirmaciones sobre su propia competencia
- Aprender técnicas para detener pensamientos negativos
- Enfrentar los miedos
- Manejar la ansiedad directamente, en lugar de intentar suprimirla con comida

Semana 1

Introducción al control de la conducta de comer.

Explicación del tratamiento y condiciones de trabajo al niño y a la madre. Es importante mencionar a la madre que se estará trabajando junto con un programa nutricional que se le dará en la clínica de Gastro-nutrición, y que deberán llevarlo junto con el programa de Salud Mental.

Hacer un contrato en donde se establezca la participación de la madre en el apoyo del programa, preparación de alimentos, supervisión de actividades, (no críticas ,ni regaños o apodos),asistencia a las citas. En el contrato se explican los objetivos que se quieren alcanzar y el compromiso del paciente y el terapeuta.

Tareas para la siguiente sesión.

A.- Primera semana diario de comida

Línea Base:

- Explicar (madre y niños/ adolescentes) como deberá llenar el diario de comida y hacer mención de que lo más importante en este programa es la medición y observación de las conductas alimenticias, por parte del niño y de la madre, siendo indispensable en cada sesión llevar el diario de comida.

B.- Mapa de la casa

- En el caso de los niños se les pedirá que realicen un mapa de su casa, para ver la distribución de espacios, y que identifiquen todos los lugares donde ellos recuerden que han tomado alimentos dentro de la casa, se pondrá una C (Comida) o B (Bocadillo) en cada lugar en donde se recuerde que se ha tomado algún alimento

Semana 2

Relajación muscular profunda

A Diario de comida.

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Hacer preguntas sobre los sentimientos, que se hallan involucrado en el registro
- Verificar en que momentos suele comer más , con que personas o en que situaciones esta más ansioso y busca la comida para reducir la ansiedad.
- El propósito es que se vaya dando cuenta en que situaciones y con que sentimientos esta más propenso a comer.

B.-Relajación muscular profunda

La relajación profunda de los músculos requiere que contraigamos varios músculos del cuerpo y después los relajemos. Uno a uno, primero se tensa cada músculo durante un determinado periodo de tiempo y después se relaja.

- Aprender a identificar si tus músculos están tensos o relajados y pasar de un estado, el de tensión muscular, al otro, la relajación muscular.
- Esta técnica se deberá de practicar una vez al día para poder dominarla y utilizarla en situaciones de ansiedad.
- Cuando estés en una situación de tensión es necesario

- 1.-Identificar las sensaciones de tensión en el cuerpo.
- 2.-Remplazar esas sensaciones por un estado de relajación.

Ventajas:

- Disminuye el nivel general de excitación
- Aumenta la tolerancia ante acontecimientos que generan estrés
- Mejora la atención y la concentración
- Reduce la fatiga
- Mejora el sueño
- Alivia los dolores y las molestias relacionadas con el estrés
- Disminuye la sobrealimentación

Sesión 3

A.-Diario de comida

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Hacer preguntas sobre los sentimientos, que se hallan involucrado en el registro
- Verificar en que momentos suele comer más , con que personas o en que situaciones esta más ansioso y busca la comida para reducir la ansiedad.
- Verificar que se halla practicado la relajación muscular profunda durante la semana y ver que resultados tuvo.
- Preguntar si utilizó la técnica de relajación muscular para reducir la ansiedad en alguna situación durante la semana.

B.-Respiración abdominal.

Esta técnica se utiliza para cambiar las pautas de respiración. Cuando la gente esta nerviosa, su respiración se vuelve superficial y rápida.

En este sentido, la respiración abdominal, también es denominada respiración diafragmática, te enseña a respirar en profundidad. Y respirar de esta manera calma y relaja.

- Hacer varios ejercicios durante esta sesión
- Practicarla una vez al día durante dos semanas e intentar utilizarla cuando empieces a sentir esa sensación de ansiedad.

Sesión 4

A.-Diario de comida

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.

- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Hacer preguntas sobre los sentimientos, que se hallan involucrado en el registro
- Verificar en que momentos suele comer más , con que personas o en que situaciones esta más ansioso y busca la comida para reducir la ansiedad.
- Verificar que se haya practicado la respiración abdominal durante la semana y ver que resultados tuvo.
- Preguntar si utilizó la técnica de respiración abdominal para reducir la ansiedad en alguna situación durante la semana.

B.-Cambiar los pensamientos de ansiedad

Los pensamientos reflejan sentimientos. Cuando estamos nerviosos, nuestros pensamientos son perturbadores, y una vez que se producen, incrementan todavía más nuestro nivel de ansiedad.

Los pensamientos automáticos de las personas con ansiedad son pensamientos del tipo " Y si "

"Y si me pongo nervioso y no soy capaz de responder las preguntas del examen"

Este tipo de pensamientos, llevan a pensamientos que va a ocurrir lo peor y que no serás capaz de manejar la situación cuando se lleve a cabo.

C.-Identifica tus pensamientos de ansiedad.

- Anotar en una lista los pensamientos negativos que provocan ansiedad.
- Cambiarlos por otros más productivos que fomenten una conducta válida.
- Sustituye de inmediato el pensamiento negativo por afirmaciones que se centren en tu capacidad para manejar la situación.
- Elabora una lista de alternativas positivas a tus pensamientos negativos.
- Los pensamientos positivos deberán de combatir los pensamientos negativos

Ejemplo:

Y si me pongo nervioso y no soy capaz de responder las preguntas del examen" cambiarlo por:

" Yo Estudie lo suficiente que me permitirá contestar todo lo mejor posible"

Utiliza la siguiente tabla para anotar los pensamiento negativas y las alternativas positivas.

Pensamientos negativos	Alternativas positivas
1.-	
2.-	
3.-	

Tips para realizar tus autoafirmaciones

- A- Utiliza siempre el " Yo"
- B- No elabores frases negativas
- C- Utiliza tus propias palabras

Sesión 5

A.-Diario de comida

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Hacer preguntas sobre los sentimientos, que se hallan involucrado en el registro
- Verificar en que momentos suele comer más , con que personas o en que situaciones esta más ansioso y busca la comida para reducir la ansiedad.
- Verificar que se hayan practicado las técnicas aprendidas hasta el momento y recordar que es importante que siempre sean utilizadas para reducir la ansiedad.
- Preguntar en que momento las ha utilizado y si logró reducir la ansiedad en alguna situación durante la semana.

B.-Combatir los miedos

La técnica utilizada para combatir los miedos se llama habituación. Este procedimiento implica enfrentarse de manera gradual y repetitivas a las cosas , personas o situaciones que son evitadas por la ansiedad que provocan.

- Elaborar una lista de las situaciones más amenazantes para el niño.
- Empezar por las que sólo te producen un poco de miedo y terminar en la lista por la más amenazantes.
- Se empezará a aproximarse a las situaciones, personas que causan menor ansiedad hasta llegar a los que provocan más ansiedad.
- dedica un día o dos a trabajar con cada uno de los miedos
- Utiliza la relajación y las técnicas de pensamiento aprendidas en las sesiones anteriores para ayudarte a llegar al final de la habituación
- Realiza algún ejercicio con algún miedo de la lista en la sesión.

Sesión 6

A.- Diario de comida.

- Se revisará el diario de esta semana para verificarlos lugares en donde se comió, las cantidades de comida el tiempo empleado en comer, etc.
- Verificar que se hayan utilizado la técnica de habituación para controlar la ansiedad y preguntar su experiencia en el uso de las técnicas a los largo de esta semana.
- Hacer un resumen sobre lo realizado a lo largo de las sesiones
- Comparar el peso inicial con el peso final hasta esta sesión.
- Comparar el registro de línea base y el último del niños y hacer notar las mejoría que se han dado a lo largo de las sesiones, sin olvidar que es importante que lleve a cabo las tareas siempre, ya que de esta manera le permitirá bajar de peso.

B.- Programa de ejercicios

Es importante realizar alguna actividad deportiva en la semana adicional a estas técnicas para que la reducción de peso sea más efectiva.

- Empezar por actividades que no requieran de mucho esfuerzo, por ejemplo: caminar, sacar a pasear el perro etc.
- Incrementar el tiempo cada semana si comenzaste por 10 minutos diarios en la siguiente semana que sean 15 minutos.
- Posteriormente se puede optar por un deporte que implique mayor esfuerzo físico.

C--Dar citas cada 15 días.

- Seguir utilizando el registro de comida.
- Recomendar que continúen utilizando todas las técnicas aprendidas
- Complementarlas con el plan nutricional y el programa de ejercicios

4.-EL PROCESO PSICOLÓGICO PARA LA SOBREALIMENTACIÓN EVASIVA.

Objetivo

- Identificar correctamente las emociones.
- Afrontar y definir sentimientos a fin de poder manejar tus problemas.
- Desarrollar destrezas para resolver y ser más enérgicos, con personas y situaciones para dar solución a los problemas y llevarlos a la práctica.
- Aprender la técnica de visualización para poder probar y practicar en la imaginación nuevas estrategias de solución de problemas.

Sesión 1

Introducción al control de la conducta de comer.

Explicación del tratamiento y condiciones de trabajo al niño y a la madre. Es importante mencionar a la madre que se estará trabajando junto con un programa nutricional que se

le dará en la clínica de Gastro-nutrición, y que lo deberá de llevar junto con el programa de Salud Mental.

Hacer un contrato en donde se establezca la participación de la madre en el apoyo del programa, preparación de alimentos, supervisión de actividades, (no críticas, ni regaños o apodos), asistencia a las citas. En el contrato se explican los objetivos que se quieren alcanzar, el compromiso del paciente y el terapeuta.

Tareas para la siguiente sesión.

A Primera semana diario de comida

Línea Base:

- Explicar (madre y niños/ adolescentes) como deberá llenar el diario de comida y hacer mención de que lo más importante en este programa es la medición, observación de las conductas alimenticias y que se deberá poner atención en los alimentos con alto contenido de azúcares y grasas, por parte del niño y de la madre, siendo indispensable en cada sesión llevar el diario de comida.

B Mapa de la casa

- En el caso de los niños se les pedirá que realicen un mapa de su casa, para ver la distribución de espacios, y que identifiquen todos los lugares donde ellos recuerden que han tomado alimentos dentro de la casa, se pondrá una C (Comida) o B (Bocadillo) en cada lugar en donde se recuerde que se ha tomado algún alimento.

Sesión 2

A Diario de comida.

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Con el mapa de la casa, revisar en cuantos lugares de la casa tiene destinado comer algún bocadillo o comidas completas y determinar un solo lugar donde va a realizar TODAS las comidas, el deberá de elegir el lugar y respetara el lugar para comer hasta la siguiente sesión.
- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, la cantidad de alimentos altos en calorías y grasas, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Para este tipo de sobrealimentación es muy importante enfatizar en los sentimientos, logrando que aprenda a diferenciar cada uno. Hacer preguntas sobre los sentimientos que estén involucrados en el registro, es importante hacer mención que no son los únicos sentimientos.
- El propósito es que se vaya dando cuenta en que situaciones y con que sentimientos esta más propenso a comer y que tipo de alimentos son los que prefiere.

B.-Identificar emociones

- Las personas evasivas se caracterizan por mantener en la sombra sus emociones
- No tienen idea de cómo se sienten o identifican mal lo que sienten
- Lograr identificar y definir correctamente las emociones es un paso para resolver los problemas
- Controlar el problema de alimentación es aprender a identificar detalladamente sus sentimientos, sobre todo los negativos, ya que si no los reconoce, será capaz de resolver la situación y dejar de comer en exceso.
- Lo más probable es que buena parte de los refrigerios tengan lugar inmediatamente después de una emoción negativa o algún problema no resuelto.
- Inspecciona los sentimientos que se han desencadenado en ti ante y después de comer
- Anota las emociones que has sentido inmediatamente antes de comer o después de comer durante un mínimo de una semana.

Tarea

Identifica los sentimientos que aparecen al inicio y al terminar de comer

Registro diario de comida

Día	Hora	Comida o refrigerio	Sentimiento antes	En que parte del cuerpo sientes esa tensión o sentimiento	Sentimiento después
Lunes					
Martes					
Miércoles					

C.-Conoce los sentimientos

- A cada uno de los sentimientos haz que el niño le ponga un color y que explique por que eligió ese color y cuales de todos esos son más comunes en su vida.
- Utiliza las tarjetas de caritas para que el niño le vaya dando un sentimiento a cada ilustración.
- Pídele que escoja las que más se identifican con su forma de ser.
- De las tarjetas que eligió pídele que te cuente alguna situación que recuerde de cuando se sintió ese sentimiento y que hizo para resolverlo.
- Inténtalo con mínimo 5 o 6 sentimientos y haz lo mismo con el.
- Observa que sentimientos son los que predomina, que hace con sus sentimientos, como maneja los problemas.

Guía de sentimientos

Sentimientos negativos

- Enfadado
- Colérico
- Furioso
- Herido
- Disgustado
- Ofendido
- Triste
- Deprimido
- Infeliz
- Aburrido
- Sólo
- Vacío
- Nervioso
- Preocupado
- Atemorizado
- Celoso
- Envidioso
- Resentido
- Avergonzado
- Abandonado
- Mortificado

Sentimientos positivos

- Feliz
- Alegre
- Dichoso
- Excitado
- Ilusionado
- Entusiasmado
- Contento
- Satisfecho
- Cómodo
- Enérgico
- Vivo
- Vital
- Relajado
- Tranquilo
- Calmado

Sesión 3

A.- Diario de comida

- Revisa su diario de comida de esta semana y revisa nuevamente los sentimientos que aparecieron durante esta nueva semana.
- Revisa las cantidades de comida de esta semana y compara con las de la sesión anterior.
- Verifica si el niño ha respetado el lugar que eligió para realizar TODAS sus comidas y preguntar cuál fue los beneficios y desventajas de esta tarea.
- Pídele que te platique de los sentimientos que tenga escritos en el registro.
- Presta atención a las emociones que experimenta antes de comer, y después de comer, quizá te indique de algún problema que necesitas resolver.
- Observa quienes están involucrados con los sentimientos del niño , tal vez exista relación entre los sentimientos y las personas que están en contacto con el niño.

B.-Aprende a describir tu entorno

Ejercicio de adentro y afuera.

- Aunque es difícil entrar en contacto con algunos sentimientos y sensaciones en el caso de los niños el trabajo de sentimientos es más sencillo que con adultos.
- Aprender a describir sensaciones internas y externas
- Hacer descripción del lugar en donde se encuentran, de un cuadro.(algo externo)
- Hacer descripción de sensaciones internas
- Dar nombre a las sensaciones (sentimiento)

Sesión 4

A.- Diario de comida

- Revisa su diario de comida de esta semana y revisa nuevamente los sentimientos que aparecieron durante esta nueva semana.
- Revisa las cantidades de comida de esta semana y compara con las de la sesión anterior.
- Verifica si el niño ha respetado el lugar que eligió para realizar TODAS sus comidas y preguntar cuál fue los beneficios y desventajas de esta tarea.
- Pídele que te platique de los sentimientos que tenga escritos en el registro.
- Presta atención a las emociones que experimenta antes de comer, y después de comer, quizá te indique de algún problema que necesitas resolver.
- Observa quiénes están involucrados con los sentimientos del niño , talvez exista relación entre los sentimientos y las personas que están en contacto con el niño.

B.-Destrezas para resolver problemas

Con el registro de cada semana y con el de sentimientos determina cuales son los problemas que necesita resolver el niño.

Como identifica el problema.

- Realiza ejercicios de sensaciones para que logre identificar sus sentimientos.
- Cuando presente algún sentimiento, tanto positivo como negativo es necesario que se haga estas preguntas.

¿Que estas sintiendo ahora ?

¿Dónde lo sientes?

¿Qué parte del cuerpo esta sintiendo esa sensación?

¿Por que me estoy sintiendo así?

¿En que estaba pensando o que estaba haciendo antes de sentir esto?

¿Quién estaba conmigo en esa situación?

Tus sentimientos no se originan en un vacío, algo debió haber sucedido antes de experimentar ese sentimiento dentro o fuera

C.-Resolución de problemas

1.-Identificar el problema es el paso más importante

- Analiza profundamente todo lo que aconteció en la situación
- Haz una lista de posibles soluciones junto con el niño
- Deberás determinar si es un problema sobre el que pueda hacer algo o es posible dar una solución representativa.
- Evalúa cada posible solución y selecciona una
- Utiliza la creatividad para dar soluciones (utiliza representaciones)

(En el caso de los niños muchas veces, realizando representaciones, ellos logran dar solución a sus problemas)

2.-Evalúa la solución y evalúa los posibles resultados

Haz estas preguntas antes de tomar una decisión

- ¿Puedo darle solución a este problema?
- ¿Tengo los recursos para llevar a cabo la solución del problema?
- ¿Que resultados voy a obtener con esta solución? ¿Serán positivos o negativos?
- ¿Me conviene llevar a cabo esa solución o sería conveniente utilizar otra?
- ¿Se resolverá el problema?
- ¿Es una solución temporal o total?

3.- Toma decisiones

Ya que evaluaste todas tus opciones ahora es necesario visualizarlas y practicarlas.

- Enumera las soluciones y escoge las dos primeras
- Escribe en un papel todo lo que vas a decir e imagina como se lo dices y como se va solucionando el problema.
- Escribe también los diálogos que la persona o personas involucradas en la solución de problemas.
- Visualiza el lugar, la persona, todo lo que implique solucionar el problema
- Practiquen juntos sus soluciones y háganlo lo más real posible
- En el caso de los niños el hecho de imaginar solucionar el problema les da la tranquilidad que necesitan , y al hacer representaciones del problema ayuda a liberar la tensión.
- Si es posible pídele que lo haga en el transcurso de la semana exactamente como lo estuvieron planeando.

Sesión 5

A.- Diario de comida

- Revisar el diario de comida y verificar cantidades de comida, lugares en donde llevó a cabo sus comidas o bocadillos, y lo más importante verificar los sentimientos de esta semana.

- Verificar que se estén llevando todas las tareas que se han aprendido hasta el momento y mencionar que se deben de adquirir como hábitos alimenticios.
- Investigar si dio solución a algún problemas utilizando las técnicas que practicaron la sesión anterior y que resultados tuvo. ¿ Como le hizo?
- Sino se solucionaron en forma real. Preguntar ¿Que necesita para poder lo llevar a cabo? y esperar hasta que el niño este preparado para enfrentar el problema con las personas de forma real y utilizar la representación y visualización como solución temporal.

B.-Aprendizaje de la actitud autoafirmativa

Las personas evasivas suelen ser complacientes. Les cuesta trabajo comunicar sus necesidades y deseos porque les preocupa entrar en conflictos con los demás. Se les dificulta expresar sus sentimientos negativos y decir no.

Resolver problemas implica al menos en parte, la capacidad de comunicarse en forma directa, clara y sincera.

La autoafirmación incluye tanto la conducta verbal como la no verbal.

- Expresarte de forma directa, sincera y clara es un modo de hacer que se acepte tu opinión.
- Poner atención en la postura del cuerpo, el contacto visual, el tono de voz, y la expresión facial también contribuyen a la forma en la que te perciben los demás y a la manera en que leerán tu mensaje.

1.-Ejercicios de conducta no verbal

- Contacto visual
- Lenguaje corporal
- Tono de voz

Hacer ejercicios con el niños e imitar su postura, su tono de voz, y su contacto visual.

Imaginar a personas de autoridad o personajes que el niño proponga o admire y practicar estas conductas no verbales.

Hacer reflejos de la conducta no verbal del niño.

2.-Habla en tu favor. (contacto verbal)

Las conductas verbales del comportamiento autoafirmativo son más complejas que las conductas no verbales. La autoafirmación verbal trata en mayor medida el contenido de tu comunicación.

Tareas

- Expresar los pensamientos y dudas de forma clara , sincera directa y adecuada
- Utilizar Yo en lugar de Tu. (decir que es lo que piensas de esa situación)
- Expresar los sentimientos.
- Yo me siento (expresar como te sientes con esa conducta)
- Expresar lo que deseas de forma clara y directamente
- Yo quiero que tu..... (plantear que es lo que necesitan de forma clara)

- Expresar consecuencias
- Si no entonces Yo (que pasará si no se resuelven los problemas)
- Realiza una serie de ejercicios con situaciones reales de acuerdo a la edad y los problemas que pueda enfrentar el niño de en relación a su historia familiar, escolar , o interpersonal.
- Escribe primeramente las respuestas
- Con la ayuda del terapeuta practica las respuestas autoafirmativas.

Sesión 6

A.- Diario de comida

- Revisar el diario de comida y verificar cantidades de comida, lugares en donde llevó a cabo sus comidas o bocadillos, y lo más importante verificar los sentimientos de esta semana.
- Verificar que se estén llevando todas las tareas que se han aprendido hasta el momento y mencionar que se deben de adquirir como hábitos alimenticios.
- Investigar si utilizó conductas autoafirmativas que se practicaron la sesión anterior y que resultados obtuvo.

B.-Aprende a decir que no

Decir que no es un tipo de conducta afirmativa que a muchas personas evasivas les resulta particularmente desagradable.

- Cuando digas que no, quizá tendrás que hacer frente a la contrariedad de la persona a la que niegas algo.
- Determinar los límites sobre los que harás y no harás por otras personas es un modo de demostrar respeto hacia ti mismo.
- Si dices que si, cuando en realidad quieres decir que no, propiciarás un conflicto interno que lo más seguro es que te haga comer.
- Se sincero y directo a la hora de expresar tus razones, después si viene al caso ofrece una alternativa que beneficie a ambas personas
- Reitera tu punto de vista
- La autoafirmación es muy importante para el cuidado de uno mismo

Hacer ejercicios de esta tarea junto con el niño.

C.-Visualización

La oportunidad de visualizar las nuevas destrezas en la mente antes de llevarlas a la práctica en la vida diaria tienen dos aspectos muy positivos

Es un ambiente seguro en el cual no tendrá ningún fracaso

- Te permite controlar tus respuestas
- Te permite practicar las nuevas destrezas aprendidas

Hacer ejercicios con él niños en la sesión utilizando las dos tareas aprendidas

Sesión 7

A.- Diario de comida.

- Se revisará el diario de esta semana para verificarlos lugares en donde se comió, las cantidades de comida el tiempo empleado en comer, etc.
- Verificar que se hallan utilizado técnicas autoafirmativas para controlar el impulso a comer.
- Hacer un resumen sobre lo realizado a lo largo de las sesiones
- Comparar el peso inicial con el peso final hasta esta sesión.
- Comparar el registro de línea base y el último del niños y hacer notar las mejoría que se han dado a lo largo de las sesiones, sin olvidar que es importante que lleve a cabo las tareas siempre, ya que de esta manera le permitirá bajar de peso.

B.- Programa de ejercicios

Es importante realizar alguna actividad deportiva en la semana adicional a estas técnicas para que la reducción de peso sea más efectiva.

- Empezar por actividades que no requieran de mucho esfuerzo, por ejemplo: caminar, sacar a pasear el perro etc.
- Incrementar el tiempo cada semana si comenzaste por 10 minutos diarios en la siguiente semana que sean 15 minutos.
- Posteriormente se puede optar por un deporte que implique mayor esfuerzo físico.

C--Dar citas cada 15 días.

- Seguir utilizando el registro de comida.
- Recomendar que continúen utilizando todas las técnicas aprendidas
- Complementarlas con el plan nutricional y el programa de ejercicios

5.-PROCEDIMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA SOBREALIMENTACIÓN RELACIONADA CON LA DEPRESIÓN

Objetivos:

- Cambiar los pensamientos problemáticos
- Aprender a desafiar los pensamientos inútiles
- Incrementar el nivel de autoestima
- Incrementar las actividades placenteras
- Fijar objetivos personales.

Sesión 1

Introducción al control de la conducta de comer.

Explicación del tratamiento y condiciones de trabajo al niño y a la madre. Es importante mencionar a la madre que se estará trabajando junto con un programa nutricional que se le dará en la clínica de Gastro-nutrición, y que lo deberá de llevar junto con el programa de Salud Mental.

Hacer un contrato en donde se establezca la participación de la madre en el apoyo del programa, preparación de alimentos, supervisión de actividades, (no críticas, ni regaños o apodos), asistencia a las citas. En el contrato se explican los objetivos que se quieren alcanzar, el compromiso del paciente y el terapeuta.

Tareas para la siguiente sesión.

A Primera semana diario de comida

Línea Base:

- Explicar (madre y niños/ adolescentes) como deberá llenar el diario de comida y hacer mención de que lo más importante en este programa es la medición, observación de las conductas alimenticias y que se deberá poner atención en los alimentos con alto contenido de azúcares y grasas, por parte del niño y de la madre, siendo indispensable en cada sesión llevar el diario de comida.

B Mapa de la casa

- En el caso de los niños se les pedirá que realicen un mapa de su casa, para ver la distribución de espacios, y que identifiquen todos los lugares donde ellos recuerden que han tomado alimentos dentro de la casa, se pondrá una C (Comida) o B (Bocadillo) en cada lugar en donde se recuerde que se ha tomado algún alimento

Sesión 2

A Diario de comida.

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Con el mapa de la casa, revisar en cuantos lugares de la casa tiene destinado comer algún bocadillo o comidas completas y determinar un solo lugar donde va a

realizar TODAS las comidas, el deberá de elegir el lugar y respetara el lugar para comer hasta la siguiente sesión.

- Ir verificando las cantidades de alimentos que come, la cantidad de alimentos altos en calorías y grasas, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Para este tipo de sobrealimentación es muy importante enfatizar en los sentimientos, logrando que aprenda a diferenciar cada uno. Hacer preguntas sobre los sentimientos que estén involucrados en el registro, es importante hacer mención que no son los únicos sentimientos.
- El propósito es que se vaya dando cuenta en que situaciones y con que sentimientos esta más propenso a comer y que tipo de alimentos son los que prefiere.

B.-Desafiar las creencias

A través de las experiencias de la vida desarrollamos actitudes y formas de percibir las cosas que nos guían diariamente. Estas creencias son influidas por nuestros padres, profesores y religión en algunos casos.

Que las creencias sean útiles o inútiles es algo que puede cambiar en el transcurso de nuestra vida. Aunque una creencia particular nos pueda haber sido útil en un momento dado, en otro puede dejar de serlo.

- Identificar creencias inútiles (introyectos)
 - Trabajar en la transformación de tus creencias inútiles.
 - Identificar los términos absolutos como siempre y nunca, y los deberías de todas tus
- ¿Tienes algunos deberías vinculados a las relaciones con tus amigos? Con la escuela? En tu casa, con tu familia?. Con tu apariencia? Con tus hábitos personales?
- Hacer una lista de todos los deberías que vayas recordando que te han dicho personas significativas o que muchas veces te dices a ti mismo, como resultados de las creencias.
 - Poner una marca de acuerdo o desacuerdo con respecto a estas creencias
 - Evaluar cuales de estas creencias son útiles o inútiles y si es necesario modificarlas
 - Seleccionar las creencias inútiles
 - Escribir en el lado izquierdo de una hoja las creencias inútiles y a la derecha los argumentos contrarios que utilizaras para combatir esta creencia.

Sesión3

A.- Diario de comida

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Verificar las cantidades de alimentos que come, la cantidad de alimentos altos en calorías y grasas, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Verificar que siga trabajando sobre sus creencias y que logre identificar las que son parte de su forma de vida y que son útiles y descartar las que le generen pensamientos negativos.

B.-Valoraciones positivas y negativas

Las valoraciones positivas y negativas son cosas que nos decimos mentalmente a nosotros mismos, nuestras propias afirmaciones.

Los pensamientos que empiezan con No puedo, No soy capaz de, por lo general acaban por ser valoraciones negativas, ocasionando baja autoestima, y solo nos sirve para tener una opinión personal negativa.

- Abandona la costumbre de humillarte
- Desarrollar un nuevo hábito, mediante el que puedas mejorar la valoración de ti mismo
- Cambia el No puedo por Puedo, No soy por el Soy y el No haré por el haré.

1.-Valoración personal negativa

Es importante que lleves este registro en el cual anotarás las valoraciones negativas que te haces a ti mismo.

Día	Hora	Actividad	Quien estaba contigo	Valoración Negativa	Sentimientos

- Analizar este registro junto con el niño para encontrar si existen actividades que lo hacen valorarse de forma negativa o si son algunas personas las que se relacionan con que él mismo se valore de forma negativa.

2.-Valoración personal positiva

- Identificar las valoraciones negativas, para poder trabajar con valoraciones positivas.
- Concentrarte de manera selectiva en tus aspectos positivos.
- Anotar de un lado las valoraciones negativas y del otro una valoración positiva para minimizar la valoración negativa.

Valoración Negativa	Valoración Positiva

Sesión 4

A.- Diario de comida

- Se hará una revisión del diario con el niño de todo lo que ha comido durante una semana, (sin hacer juicios) se hará un reflejo de todo lo que comió.
- Verificar las cantidades de alimentos que come, la cantidad de alimentos altos en calorías y grasas, el tiempo que tarda en comer, que actividades realiza cuando come y quien lo acompaña a la hora de comer.
- Verificar que siga trabajando sobre sus creencias y que logre identificar las que son parte de su forma de vida y que son útiles y descartar las que le generen pensamientos negativos.

B.-Actividades placenteras

Unas de las cosas que nos ayudan a seguir adelante en la vida diaria es la recompensa que recibimos de la relación con las personas y de la participación en actividades y acontecimientos gratos. Un modo de sentir placer y sentirse bien con uno mismo es mediante la socialización con otras personas. Con frecuencia las personas con tendencia a deprimirse no tiene suficiente contacto social en su vida diaria.

Razones:

Los individuos con problemas de estado de ánimo tienen baja autoestima y piensan que no les agradan a los demás

Se sienten cansados o poco motivados

- Piensan que las actividades no requiere de su esfuerzo
- Llevar un registro de las actividades sociales placenteras a tu vida
- Analizar la información que has registrado y determina cual es la manera de aumentar el contacto social.
- Si descubres que no tienes mucho que anotar en la lista:
- Añadir actividades sociales a tu vida, para pasar más tiempo con personas distintas y probar diferentes tipos de acontecimientos.

Fecha	Actividad	Duración	Puntuación placer 0 ó nada 8= máximo

Preguntas

¿Existe algún club deportivo al que puedas asistir por la tarde para practicar algún deporte.

¿Hay algún amigo con el que puedas salir comer que no hayas visto en tiempo?

¿Cual es tu afición e intereses personales?

¿Cuales son tus pasatiempos?

¿Existen cosas que solías hacer que ya no haces?

C.-Objetivos personales

Existen aspectos de uno mismo que se pueden mejorar.

Los objetivos personales son aspectos de tu personalidad, de tu estilo de vida que en tu opinión, podrían ser mejorados., y que podrían incrementar la autoestima o el sentido de vida.

- Anotar en una hoja 5 objetivos personales que te gustaría alcanzar.
- Pueden ser escolares, familiares, personales etc.
- Ponerte metas alcanzables a corto plazo.
- A medida que vayas logrando cada uno utiliza reforzamientos positivos

Sesión 5

A.- Diario de comida.

- Se revisará el diario de esta semana para verificarlos lugares en donde se comió, las cantidades de comida el tiempo empleado en comer, etc.
- Verificar que se hallan llevado a cabo alguno de los objetivos personales para incrementar la autoestima
- Hacer un resumen sobre lo realizado a lo largo de las sesiones
- Comparar el peso inicial con el peso final hasta esta sesión.
- Comparar el registro de línea base y el último del niños y hacer notar las mejoría que se han dado a lo largo de las sesiones, sin olvidar que es importante que lleve a cabo las tareas siempre, ya que de esta manera le permitirá bajar de peso.

B.- Programa de ejercicios

Es importante realizar alguna actividad deportiva en la semana adicional a estas técnicas para que la reducción de peso sea más efectiva.

- Empezar por actividades que no requieran de mucho esfuerzo, por ejemplo: caminar, sacar a pasear el perro etc.
- Incrementar el tiempo cada semana si comenzaste por 10 minutos diarios en la siguiente semana que sean 15 minutos.
- Posteriormente se puede optar por un deporte que implique mayor esfuerzo físico.

C--Dar citas cada 15 días.

- Seguir utilizando el registro de comida.
- Recomendar que continúen utilizando todas las técnicas aprendidas

Complementarlas con el plan nutricional y el programa de ejercicios

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Addeo, R. (1994). Construct validity of the Robson Selfesteem questionnaire in a college sample. *Educational and Psychological Measurement*. Vol. 54, 439-446.
- Ajuriaguerra J.(1996). *Manual de Psiquiatría Infantil*. 4ta edición. Masson, Barcelona España.
- Angelico, F. y Del Ben, M. (1991). Management of childhood obesity through a school- based program of general health and nutrition education. *Public Health*. Vol. 105, 393-398.
- Asato B. (1990). La depresión y ansiedad en el paciente oncológico y su interacción con el dolor. Tesis de Licenciatura. UNAM. México.
- Avila H.(1996). Evaluación del estado nutricional. *Nutriología médica*. México: Médica Panamericana. 470- 538.
- Barkslade, L. (1991). El desarrollo de la autoestima. México: *Dinámica del desarrollo*.
- Barness L.(1993). *Pediatric Nutrition Hand Book*. American Academy of Pediatrics.
- Battle, J. (1990). *Self- Esteem: The New Revolution*. James Battle & Associates, Edmonton, Alberta, Canada.
- Beauchamp, K.D. (1995). The Behavioral Academic Self steem. Scale with preeschoolers. *Psychological Reports*. Vol. 76, 273-274.
- Bednar, R.L., Wells, M. G & Peterson, S.R. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. USA: American Psychological Association.
- Bellack, A. (1975). Behavior therapy for weight reduction. *Addictive behavior*. Vol 1, 73-82.
- Benjet, C. (1999). La menarca y la depresión, autoestima e imagen corporal de adolescentes mexicanos. Tesis de Doctorado. México. UNAM.
- Bhatti et al. (1989). Association Between Child Maltreatment and Self-esteem. The social importance of Self –esteem. U.C. Press Berkeley, C. A.
- Blocker, W.P.(1996). Obesity: Evaluation and treatment. Vol. 42 ,833-873.
- Braet C. (1997). Psychological aspects of childhood obesity. *J Pediatr Psychol*. Vol 22, 59-71.

- Branden, N. (1995). Los seis pilares de la autoestima. México. Paidós.
- Branden, N. (1995). Cómo mejorar su autoestima. México: Paidós.
- Branden, N. (1997). Cómo llegar a ser autorreponsable. México: Paidós
- Bray, A.G.(1989). Clasificación y valoración de las obesidades. Medicina de Norteamérica, Obesidad, Aspectos Básicos y aplicaciones clínicas. Vol. 1, 191-218.
- Brodie, D, A & Slade, P, H. (1994). Body image perception in pre and postadolescent females. Journal of Perceptual and Motor. Vol. 78, 147-154.
- Brookover, W.B. (1965). Self –Concept of Ability and School Achievement. East Lansing, Michigan: Office of Research and Public Information, Michigan State University.
- Brooks- Jun & Warren, M.P. (1985). Effects of delay menarche in different context: dance and nondance students. Journal of youth and adolescence. Vol 14, 285-300.
- Bruchon-Schweitzer (1992). Psicología del cuerpo. España Harder.
- Brunch, H. (1981). Developmental considerations of anorexia nervosa and obesity. Canadian Journal of Psychiatric. Vol 26, 212-217.
- Button, E. J., Sonuga-Berke, Davis & Thompson, M. (1996). A prospective study of self-esteem in prediction of eating problems in adolescent schoolgirls: Questionnaire findings. British Journal of Clinical Psychology. Vol. 35 (2), 193-203.
- Calzada, R., Loredó, A (2002). Conclusiones de la reunión nacional de Consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes. Vol. 59, 517-524.
- Canals, J., Carbajo, G., Fernández., & Doménech, E. (1996) Biopsychopathologic risk profile of adolescents with eating disorder symptoms. Adolescence. Vol.31 (122), 443-450.
- Coates, T, Jeffreery, R y Danaher, B.(1982). Frequency of contact and monetary reward in weight loss, lipid change, and blood pressure reduction with adolescent. Behavior Therapy. Vol 13, 175-185.
- Cohen, A, R. (1959) . Some implications of self-esteem for social influence. Personality and Persuability. Yale University Press. 102-120
- Colley, J.(1974). Obesity in school children. British Journal of preventative and social medicine. Vol 28, 221-225.

- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of self- esteem. U.S.A.. Consulting Psychologist Press.
- Coopersmith, S. (1967). The Antecedents of Self-Esteem. San Francisco, C.A.
- Coopersmith, S. (1981).The antecedents of self- esteem. Palo Alto California: Consulting Psychologist Press Inc.
- Covington, M.(1989). Self-esteem and Failure in school. The social importance of Self-esteem. U:C: Press, Berkely, C.A.
- Crandall, C. & Katkovsky, A. (1965). A children's social desirability questionnaire. Journal of Consulting Psychology. Vol. 29, 27-36.
- Cruz, D., Estrada , F. (2001). Factores de riesgo en trastornos alimentarios: Imagen corporal, autoatribución, y autoestima en relación con el peso corporal en preadolescentes. Tesis UNAM.
- Damon, W. (1983). Social and Personality Development. New York. Northon & Company.
- Davis, Eddie. (1991). Youth Violence: an action research project. Journal of multicultural S Social Work. Vol. 1, 33-44.
- Dennis, P. (1985).Depressive disorders in Children. Psychiatric Clinics of North America. Vol. 8, (4) , 779-789.
- Deurenberg, P.(1990). The assesment of the body fat percentage by skinfold thickness measurements in childhood and young adolescence, Brithish Journal nutrition. Vol. 63 ,293.
- Dietz, H. W.(1994). Critical periods in childhood for development of obesity. American Journal Clinical Nutrition. Vol. 59, 955-959.
- Dietz, W.H. (1986). Prevention of childhood obesity. Pediatric Clinics of North America. Vol. 33, 823-833.
- Dietz, W.H.(1993). Assesment and treatment of chilhood obesity. Pediatric Review :Vol. 14, 337- 343.
- Donaldson T,S. (1984). Affective testing in the alum rock voucher school. Rand Corporation en: Coopersmith self-esteem inventory. Consulting psychologist Press, Inc. Palo Alto California.

- Doris R.(1996). Abnormalities in Weight status, eating attitudes and eating behaviors among urban high school students. *Journal of adolescents health*. Vol. 18, 312-319.
- Drummond, R. J.(1977) : Satability and sex differences on the Coopersmith self-esteem. *Inventory for students in grades two to twelve. Psychological Reports*. Vol. 40, 943-946.
- DuBois, D. L., Bull, C.A, Sherman, M.D. & Roberts, M. (1998). Self –esteem and adjustment in early adolescence: A social-contextual perspective. *Journal of Youth and Adolescence*. Vol. 27, 557-583.
- Eiser, C. Eiser, R & Havermans, T. (1995). The measurement of self-esteem. Practical and theoretical considerations. *Personality and Individual Differences*. Vol. 18, 429-432.
- Epidemiology of overweight in Children: Revelance for clinical Care.(1998). *Pediatrics*. Vol. 101, 103-105.
- Epstein, S. (1973). The self concept revisted. Or a theory of a theory. *American Psychologist*. 414-416.
- Erikson, E. (1977). *Identidad juventud y crisis*. Buenos Aires Press.
- Fajardo, V.(2001) *La autoestima en adolescentes mexicanos : su relación con la ansiedad, depresión y asertividad*. Tesis UNAM.
- Ferster, C.(1962). The control of eating. *Journal of Mathetics*, Vol. 1, 87-109.
- Forbes, G. (1977). Nutritional and growth. *Journal of Pediatrics*. Vol. 91, 40-42.
- Forzan, A. (1998). *Influencia de la Autoestima en el Rendimiento escolar de adolescentes de secundaria*; Tesis UIC : México.
- Francis, L, J & Wilcox. (1995). Self –esteem: Coopersmith and Rosenberg compared. *Psychological Reports*. 76- 1050.
- Francis, L,J. (1998) *Self-esteem as a function of personality and gender among 8- 11 years olds: Is Coopersmith index fair?*. *Personality and individual differences*. Vol. 25 (1), 159-165.
- Francis, L. J. & Jones, M. (1998). Is there gender bias in the short-form Coopersmith Self-esteem Inventory?. *Educational Research*. Vol. 40 Spring, 83-89.
- Francis, L. J. & Wilcox. (1995) *Self-esteem: Coopersmith and Rosenberg compared*. *Psychological Reports*. Vol. 76,1050.

- French SA. (1995). Self-esteem and obesity in children and adolescents a literature review. *Obes Res.* Vol. 3, 479-490.
- Friedman, M. (1996). Parenting for self-esteem. Vol. 5, 12-13.
- Gama, A. (1999). Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación, relación entre la obesidad y las variables autodistribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de Licenciatura de psicología. UNAM.
- García, Sugely. (2000). Actitudes hacia la obesidad en niños de escuelas públicas y privadas y su relación con el índice nutricional y preocupación por el peso. Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM
- Golden MP. (1979). An approach to the management of obesity in childhood. *Pediatric Clin North Am*, Vol. 26, 187-197.
- Gómez Pérez- Mitre & Saucedo (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes. *Acta Pediátrica*. Vol. 18, 1, 103-110.
- Gómez Pérez- Mitre. (1997) Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología. Investigación psicológica*. Vol. 3, 1, 95-112.
- Gómez Pérez- Mitre. (1993) Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 10, 1, 17-27.
- Gómez Pérez- Mitre. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. (12), 2, 185-198.
- Gómez Pérez- Mitre. (1997). Factores de riesgo : anomalías de la conducta alimentaria en escolares preadolescentes. Congreso Regional de Psicología para profesionales en América.
- Gómez Pérez- Mitre. (1998). Desordenes del comer con la imagen corporal en México. *La psicología social en México*. Vol. (6), 2 37-46.
- González C. (1993). La obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México, Estudio en población abierta. *Revista de Investigación Clínica*. Vol. 45, 13-21.
- Gortmaker SL. (1987). Increasing pediatric obesity in the USA, *AmJ Dis Child*. Vol. 141, 535-540.
- Gossop, M. (1979). Drug dependence and self-esteem. *International Journal of Addictions*. Vol 11.

- Gray, S.D. (1981). Diagnóstico y prevalencia de obesidad. Clínicas Médicas de Norteamérica: Obesidad: Aspectos Básicos y Aplicaciones Clínicas. Vol 1,1-15.
- Hagborg, W.J. (1996). Scores of middle school age students on the Rosenberg Scale. Psychological Reports. Vol. 78, 1071-1074.
- Harper, J, F & Marshal, E. (1991) Adolescents problems and their relationship to self- esteem. Adolescence.Vol. 26 (104) 800-808.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. Handbook of Child psychology. Vol.4.
- Harter, S. (1990). Adolescent self and identity development. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Harter, S. (1993) Causes and consequences of low Self-Esteem in children and adolescents. New York Plenum Press. 87-116.
- Heatherton, T. F. & Polivy, J.(1991). Development and validation of a scale for measuring State Self-esteem. Journal of Personality and social Psychology.Vol. 60, 895-910.
- Hernández- Guzmán, L & Caso- Niebla, J. (1997) ¿Influye la crianza en la autoestima infantil? B. C. México.
- Hernández, Cesar. (2000). Alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato con problemas de peso. Tesis de licenciatura en psicología. UNAM.
- Hodge, M. B. (1995). Clinical endocrinology and metabolism. Vol 8, 577-595.
- Holly, W. (1987). Self-esteem: Does it contribute to student academic success?. Eugene, OR: Oregon School Study Council, University of Oregon.
- Jeffrery, R Stunkard. (1978). Behavioral treatment of obesity: The state of the art. Behavior Therapy. Vol 9, 189-199.
- Johnson, B, W. (1983). The Coopersmith self-esteem inventory: a construct validation study. Educational and Psychological Measurement.Vol. 43, 907-913.
- Johnson, P.S. (1977). School Failure, School Attitudes. And The Self-concept in delinquents. Doctoral dissertation. Walden University, Arlintong.
- Jordan, H.A (1975). Behavior modification in the treatment of childhood obesity. Edited by Myron Winick. Columbia University,
- Kaplan, H. (1957). The psychosomatic concept of obesity. Journal of nervous and mental diseases. Vol 125,181-201.

- Kaplan, H.B. (1975). Self -attitudes and deviant behavior. Goodyear, Pacific Palisades, C.A.
- Kaplan, Harold, Sadock, Benjamin. (1999). Sinopsis de psiquiatría. Editorial Panamericana. México.
- Kaplan, M.K. (1996). Childhood obesity and self-esteem. Journal of Pediatrics. 367-370.
- Kawash, G. Keer, F & Clewens, J.L. (1995) Self-esteem in children as a function of perceived parental behavior. The Journal of Psychology. Vol. 119, 235-242.
- Keegan, A. (1987). Positive Self Image. Guidepost, February,19.
- Kelley. T. M. (1978). Changes in Self-esteem Among Pre-Delinquent youths in voluntary counseling relationships. Juvenile and Family Court Journal. Vol.29, May.
- Kohut, H, (1983). The analisis of the self: New York. International Universities press.citado en The Development and sustenance of self-esteem in childhood. Editado por Mack, J, E. y Abian, S.L.International Universities press Inc. New York.
- Korbman R, Calzada, R, Guerrero M, Aroustey M, Gómez, G. (1997). Enfoque Multidisciplinario de la Obesidad en niños. Congreso regional de Psicología. México
- Kostanki, M.(1998). Adolescent Body Image dissatisfaction: Relationship with self-esteem, anxiety, and depression controlling for body mass. Journal of Child Psychology. Vol. 39, (2), 255-262.
- Koubekova, E. (1993) Personality and family correlates of altruistic motivated prosocial behavior. Psicología. Vol. 28, 244-254.
- Kumanyika. S. (1993). Ethnicity and obesity development in children. Ann N Y Acad Sci. Vol. 669, .81-92.
- Lara -Cantu, M. A., Verduzco, M. A., Acevedo. M & Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana. Revista Mexicana de psicología. Vol. 25, 247-255.
- Last , C. (1999). Cinco razones por las que comemos en exceso. Editorial Urbano. Barcelona.
- Lebow, M, D. (1989). Adult obesity therapy. New York. Pergamon Press.
- Lebow. Michael. (1993). Obesidad Infantil. Una nueva frontera de la terapia conductual. Paidos psiquiatría, psicopatología y psicomática.

- Leondari, A. & Safent, R. (1998). Academic achievement, motivation and future selves. *Educational Studies*. Vol. 24, 153-163.
- Lopez, L. (1994). Keeping Kids Out of Gangs. Thrust for Educational Leadership, January, 1992.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York. Harper.
- Mead, G, H. (1954). *Mind, self and society*. Chicago. University of Chicago Press.
- Miller, R. L. (1988). Positive self-esteem and alcohol/ Drug relate attitudes among school children. "Journal of alcohol and drug education. Vol. 33: 26-31.
- Morales F. (2001). *Ansiedad y depresión en mujeres embarazadas con epilepsia*. Tesis UNAM.
- Morris, D, R. (1964) Follow- up studies of shy, withdrawn children. Evaluation of later judgments. *American Journal of orthopsychiatry*. Vol. 34, 685-695.
- Mullis, A, K. & Normandin, D. (1992) Cross sectional and longitudinal comparisons of adolescent self-esteem. *Adolescence*. Vol. 27, 51-61.
- Muñoz Polit, Myriam. (1997). *La psicoterapia gestalt y el nuevo paradigma científico*. Figura Fondo editada por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Vol. 1 No. 1. México.
- Must, A. (1996). Morbidity and Mortality associated with elevated body weight in children and adolescents. *American Journal Clinical Nutrition*. 63 (suppl), 445s-447s.
- O'dea, A. (1999). Association between self-concept and body weight, gender and pubertal development among male and female adolescents. *Adolescence*, 34, (133), 69-79.
- Oliver, J. M. & Paull, J. C. (1995). Self-esteem and self-efficacy; perceived parenting and family climate; and depression in University students. *Journal of clinical psychology*. Vol. 51(4), 467-481.
- Orr, E, y Dinur, B. (1995). Social setting effects of gender differences in self-esteem: Kibut and urban adolescents. *Journal of youth and adolescence*. Israel: Vol. 24 ,(1), 3-27.
- Ortiz, M. (2001) *Autoconcepto y autoestima: estudio exploratorios para diferenciarlos teórica y empíricamente*. Tesis UNAM.

- Oubrayrie, N., Leonardis, C. & Safont, C. (1994). A tool for assessing self-esteem in adolescents: ETES. *European Review of Applied Psychology*. Vol. 44 (4),318.
- Papalia, D & Olds, S, W. (1992) *Psicología*. México. Mc Graw Hill.
- Papalia, D & Olds, S. (1994). *Desarrollo Humano*.6ª ed. Mc-Graw-Hill.
- Perls, Fritz. (1973). *El enfoque gestaltico & testimonios de terapia*. Editorial cuatro vientos. Chile. 8va reimpression.
- Peterson, G. W., Southworth, L.E. & Peters, D.F. (1983). Children's self-esteem and maternal behavior in three low income samples. *Psychological Reports*. Vol. 52, 79-86.
- Pichot, P. (1995). *Criterios diagnósticos DSM-IV*..México: Masson.
- Pitchard, E. (1997). Adolescent body mass indices and self -perception. *Adolescence*. Vol. 32,128, 863-879.
- Polster, Erving y Miriam. (1994). *Terapia Gestaltica*. Amorrortu Editores. Buenos Aires. 3ra reimpression.
- Pope, A.W, Mc Hale, S.M, Craighead, W.E. (1988). *Self-esteem enhancement with children and adolescents, USA: Allyn and Bacon Eds*.
- Power C, Lake JK.(1997). Measurement and long term health risks of child and adolescent fatness. *IntJ Obes Relat Metab Disord*. Vol 21, 507-526.
- Rampell, M.E, & Bingham W, C.(1975). *Building self-esteem, a necessary process for maximal career exploitation*. Trenton, NJ. Dept of Education.
- Ray JW.(1993). Influences on eating behavior of children. *Ann N Y Acad Sci*. Vol 669,57-69.
- Remington, Tasha. (2000). *Depresión in Children and Adolescents*. American Academy of Family Psycians. November 15.
- *Review of Self-esteem research- National Association for Self- esteem*. 2002
- Rodhes, J. E. & Jason, L. A. (1988) *Preventing substance abuse among children and adolescents*. USA: Pergamon Press.
- Rogers, C, R & Dymon, R.F.(1954). *Psychoterapy and Personality Change*. Coordinates studies in the client center approach. Chicago, University of Chicago Press.
- Romanczyc,R, Tracy, D. (1973). *Behavoir techniques in the treatment of obesity. A comparative analysis*. *Behavior research and therapy*. Vol 11, 696-640.

- Rosenberg, M. (1963). The association between self-esteem and anxiety. *Journal of psychiatric research*. Vol. 1,135-151.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoestima del adolescente y la sociedad*. México: Ed Paidós.
- Rosenberg, M. (1965). *Society & the adolescent self- image*, Princeton University Press.
- Rubin R, A.(1978). Stability of self-esteem ratings and their relation to academic achievement: a longitudinal study. *Psychology in the schools*. Vol. 15, 430-433.
- Sahagun, L. (1990). *Drugs not Main Cause for Gangs, Sheriff Says*. Los Angeles Times. September 20.
- Saldaña , C.(1988). *Obesidad*. México: Martínez Roca.
- San German, J. (1999). *Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. Obesidad en preadolescentes* . Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM.
- Sánchez Margarita.(1998).*El obeso y las enfermedades, un enfoque gestaltico*. en *Figura Fondo* editado por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Vol. 2 No. 1. México
- Sash, E. (1975). *Weight reduction in obese school boys. Recent advantage in obesity*. Vol 1
- Satir, V. (1981). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
- Scheirer, M. & Kant, R. (1979). *Increasing educational achievement via self concept change*. *Review of educational Research*. Vol. 49,131-150.
- Scheriff, M. (1966). *The Psychology of social norms*. New York. Harper and Row.
- Skager, Rodney. (1987). *Prevention of Drug & alcohol Abuse*. California Attorney General's Office, Sacramento , California.
- Skager, Rodney. (1987). *Prevention of Drug & Alcohol Abuse*. California Attorney General's Office, Sacramento, California.
- Slade, P. (1995). *Prospects for prevention*. In G. Szmukler, C.Dare, *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. London: John Wiley.
- Srinivasan, R. Sathanur, W., y Bao, W. A. (1996). *Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: The Bogalusa Heart Study*. *Metabolism*. Vol. 2, 235-240.

- Rosenberg, M. (1963). The association between self-esteem and anxiety. *Journal of psychiatric research*. Vol. 1,135-151.
- Rosenberg, M. (1973). *La autoestima del adolescente y la sociedad*. México: Ed Paidós.
- Rosenberg, M. (1965). *Society & the adolescent self- image*, Princeton University Press.
- Rubin R, A.(1978). Stability of self-esteem ratings and their relation to academic achievement: a longitudinal study. *Psychology in the schools*. Vol. 15, 430-433.
- Sahagun, L. (1990). Drugs not Main Cause for Gangs, Sheriff Says. *Los Angeles Times*. September 20.
- Saldaña , C.(1988). *Obesidad*. México: Martínez Roca.
- San German, J. (1999). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. *Obesidad en preadolescentes* . Tesis de Licenciatura en psicología. UNAM.
- Sánchez Margarita.(1998).El obeso y las enfermedades, un enfoque gestaltico. en *Figura Fondo* editado por el Instituto Humanista de Psicoterapia Gestalt. Vol. 2 No. 1. México
- Sash, E. (1975). Weight reduction in obese school boys. *Recent advantage in obesity*. Vol 1
- Satir, V. (1981). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax.
- Scheirer, M. & Kant, R. (1979). Increasing educational achievement via self concept change. *Review of educational Research*. Vol. 49,131-150.
- Scheriff, M. (1966). *The Psychology of social norms*. New York. Harper and Row.
- Skager, Rodney. (1987). *Prevention of Drug & alcohol Abuse*. California Attorney General's Office, Sacramento , California.
- Skager, Rodney. (1987). *Prevention of Drug & Alcohol Abuse*. California Attorney General's Office, Sacramento, California.
- Slade, P. (1995). Prospects for prevention. In G. Szukler, C.Dare, *Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research*. London: John Wiley.
- Srinivasan, R. Sathanur, W., y Bao, W. A. (1996). Adolescent overweight is associated with adult overweight and related multiple cardiovascular risk factors: The Bogalusa Heart Study. *Metabolism*. Vol. 2, 235-240.

- Stoudemire A y Fogel Barry.(2000). Psychiatric Care of the Medical Patient. 2da edición. Oxford University press.
- Sttefenhagen, R.A & Burn , J. (1987). The Social Dynamics of Self-esteem. Praeeger, New York,
- Stuart, R, (1978). Act thin, stay thin. Nueva York, Norton.
- Stuart, R. (1971). A three dimensional program for the treatment of obesity, Behavior research and Therapy. Vol 9, 177-186.
- Stunkard J y Mahoney, J. (1976). Behavior treatment of eating disorders. Handbook of behavior modification and behavior therapy. Prentice Hall
- Sung E, Jeffrey T. (2000). Depression in Children and Adolescents. American Family Pshysician.
- Thorensen, C. E, y Coates;T, J. (1976). Behavioral Self- Control: Some Clinical Concerns. Edited by Aubrey Yates. 320-324.
- Tobin- Richards, M, Boxer & Peterson, A. (1983). The psychological significance of pubertal change: Sex differences in perceptions of self during early adolescence. New York: Plenum Press.
- Toch, R. (1969). Violent Men. Chicago, Aldine.
- Troiano, R.P. (1995). Overweight prevalence and trends for children and adolescents. Arch Pediatric Adolescence Med. Vol.149:1085-1091.
- Usmiani, S, Daniluk (1997). Mothers and their adolescent daughter: Relationship between self-esteem gender role identity, and body image. Journal of youth and adolescence. Vol. 26 (1) 45-62.
- Vallerand, R. J, Pelletier, L.G, & Gagné, F.(1991). On the multidimensional versus unidimensional perspectives of self-esteem. A test using the group- comparison approach. Social Behavior and Personality. Vol. 19 (2), 121-132.
- Verduzco, M y Lara Cantú A. (1989). La autoestima en niños con trastorno por déficit de atención. Tesis de Maestría en Psicología Clínica. UNAM, México.
- Verduzco, M. (1994). "Validación del inventario de autoestima de Coopersmith para adolescentes mexicanos, Revista Intercontinental de Psicología y Educación". Diciembre, Vol 7, No 2,55-64.
- Verduzco, M.(1989). Un estudio sobre la autoestima en niños en edad escolar. Datos normativos. Salud Mental. Vol 12, No 3 , septiembre.

- Villa Pola Perla María.(1997). Autoestima en adolescentes con trastornos afectivos y trastornos de conducta. Tesis de Licenciatura UNAM.
- Wadden, A. (1995). Psychopatology and Obesity. Annals New York. academy of Sciences .55-65.
- Whitaker R.C. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. N Engl J Med. Vol. 333, 869-873.
- Williams Cl.(1993). Management of childhood obesity in the United States. Ann N Y Acad Si. Vol. 817. 225-240
- Wylie, R. C. (1974). The Self-Concept. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Wylie, R.C. (1974). The Self-Concept. Lincln, NE: University of Nebraska Press.
- Zierold, G.(1980). Programa de reducción de peso en adolescentes y jóvenes obesos por medio de técnicas de autocontrol. (sin publicar). UNAM. Centro de Servicios Psicológicos.
- Zimmerman M, A & Dileman T, E. (1997). A longitudinal study of self- esteem. Implications for adolescent development. Journal of Youth and Adolescence. Vol. 23 (2),117-141.
- Zinker, Joseph.(1995). El proceso creativo en la terapia gestaltica. Editorial Paidós. México.

ANEXO 1

HISTORIA CLINICA

Para llenar el formato de historia clínica hay reactivos que son preguntas que se llenan en la línea correspondiente y existen otros reactivos que están clasificados por categorías. En esos reactivos escoge la categoría escribe el número correspondiente en el paréntesis.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Fecha de nacimiento: _____
Fecha de entrevista: _____
Teléfono donde se puede localizar: _____

1. Nombre: _____
2. Numero de expediente: _____
3. Edad: _____
4. Sexo: ()
0= masculino 1= femenino
5. Años de escolarización: _____
6. Lugar de Residencia: ()
0= Urbana 1= Semiurbana 2= Rural
7. Nivel socioeconómico: ()
0= Alto, 1= medio, 2= bajo

AMBIENTE FAMILIAR.

8. Estructura familiar: ()
0= Integrada, 1= Desorganizada, 2= Pas de deus, 3= Tres generaciones, 4= Con
padrastró o madrastra, 5= Descontrolada, 6=
Otra _____
9. Dinámica familiar: ()
0= Familia funcional, 1= Familia disfuncional

Explica en las siguientes líneas la Interacción familiar:
Razones de separación:

Dinámica Familiar actual:

Situación actual de pareja:

Después de haber explorado las características de la dinámica familiar califica con un número del 1 al 3, el tipo de interacción entre los miembros de la familia de acuerdo con los siguientes criterios de calificación.

0= Buena: cuando hay una comunicación abierta, roles definidos, expresión modulada del afecto y la agresividad, flexibilidad en el manejo de la disciplina y la satisfacción de las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de la familia.

1 = regular: cuando la comunicación es indirecta, los roles definidos, la expresión de la agresión no es modulada y el manejo de la disciplina y la satisfacción de las necesidades de cada uno de los miembros de la familia es rígida e inflexible.

3= mala: cuando no hay comunicación, predomina la expresión de la agresión, roles confusos, no hay disciplina y no hay satisfacción de las necesidades emocionales de cada uno de los miembros de la familia.

10. Madre()

11. Padre()

12. Hermanos()

13. Relación de pareja()

FAMILIOGRAMA

A continuación llena los datos generales de la familia en las líneas correspondientes

Nombre del padre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Años de escolarización: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Años de escolarización _____

14. Numero de hijo. _____

15. Numero de hermanos. _____

16. Hijo único()

MOTIVO DE CONSULTA:

Aquí escoge el (los) número(s) de el (los) motivo(s) de consulta referido por la madre
17. Motivo de consulta: (, ,)
0= problemas de conducta, 1= problemas de rendimiento académicos, 2= pobre socialización, 3= problemas afectivos, 4= problemas familiares, 5= otros

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE IMPORTANCIA

En aquellos padecimiento que sea positivo utiliza 1 y en aquellos que el antecedente sea negativo utiliza 0

18. Presencia de sobrepeso en ambos padres()
19. antecedentes familiares de obesidad asociados con hipertensión arterial sistémica, ()
20. dislipidemias()
21. coronariopatías()
22. diabetes mellitus ()

PROBLEMAS MÉDICOS ACTUALES:

23. Hipotiroidismo ()
24. Hiperinsulinemia ()
25. Dislipidemia ()
26. Cardiopatías ()

ANTECEDENTES PRE Y PERINATALES

A continuación llena los espacios de las líneas correspondientes o escoge el número conveniente

27. Número de gesta _____
28. Edad de la madre durante el embarazo _____ años
29. El embarazo fue ()
0= Deseado, 1= no deseado
30. Evolución del embarazo: ()
0= normal, 1= con complicaciones
31. Embarazo vigilado por un médico.()
0= No, 1= Sí

En caso de que el reactivo 30 sea 1, entonces especifica el tipo de complicación y uso de medicamentos en los reactivo 32 y 33 respectivamente

32. Problemas en el embarazo ()
0= Ninguno, 1= Amenaza de aborto, 3= amenaza de parto prematuro, 4= Preeclampsia, 5= infecciones, 6= Hemorragias
33. Medicamentos en el embarazo: ()
0= No, 1= Sí
34. Estado afectivo de la madre durante el embarazo ()
0= Normal, 1= Depresión, 2= Ansiedad, 3= Otros _____
35. Duración del embarazo: ()
Producto de término()
Prematuro ()
36. Duración de trabajo de parto: _____

37. Problemas perinatales: ()

0= Eutócico, 1= Fórceps, 2= cesárea, 3= Sufrimiento fetal agudo, 4= Hipoxia perinatal.

38. Peso al nacer: _____

ANTECEDENTES DE ALIMENTACIÓN

A continuación llena los espacios de las líneas correspondientes o escoge el número conveniente

39. Tipo de alimentación al nacimiento: ()

0= Materna, 1= Fórmula, 2= Combinada

40. Edad al destete: _____

41. Problemas de alimentación:

0= Ninguno, 2= Regurgitaciones, 3= Cólicos, 4= Rechazo al alimento()

42. Tipo de horario de alimentación:

0= Con horario regular, 1= Horario irregular, 3= Libre demanda

43. Edad de ablactación: _____

44. Problemas de alimentación durante la infancia: ()

0= Ninguno, 1= Hiperfagia, 2= Hiporexia

45. Actualmente omite alguna comida: ()

0= No, 1= Si

Cuál _____

56. Come entre comidas ()

0= No, 1= Si

ANTECEDENTES DE VÍNCULO

A continuación llena los espacios de las líneas correspondientes o escoge el número conveniente

57. Estado afectivo de la madre durante el primer año de vida: ()

0= Normal, 1= Depresión, 2= Ansiedad

58. Factores estresantes en la madre durante el primer año de vida: ()

0= Ninguno, 1= Muerte de un familiar en primer grado, 2= Problemas de pareja, 3= Problemas económicos, 4= Enfermedad de algún miembro de la familia, 5= Separaciones, 6= Otros _____

58. Temperamento del niño durante el primer año de vida: ()

0= Irritable, con poca tolerancia a la demora, inquieto y con dificultades para satisfacerlo, 1= Tranquilo, tolerante a la demora y satisfecho

59. Interacción de la madre con el niño durante el primer año de vida: ()

0= Dificultades para detectar sus necesidades físicas (hambre, sed, dolor, sueño), 1= Interacción empática, 2= Abandono materno, 3= Sobreprotección

4= Necesidad de una figura auxiliar en el cuidado del niño

60. Estado afectivo de la madre durante el segundo año de vida: ()

0= Normal, 1= Depresión, 2= Ansiedad

61. Factores estresantes en la madre durante el segundo año de vida: ()

0= Ninguno, 1= Muerte de un familiar en primer grado, 2= Problemas de pareja, 3= Problemas económicos, 4= Enfermedad de algún miembro de la familia, 5= Separaciones, 6= Otros _____

62. Temperamento del niño durante el segundo año de vida: ()

0= Irritable, con poca tolerancia a la demora, demandante, inquieto y con dificultades para satisfacerlo, 1= Tranquilo, tolerante a la demora y satisfecho

63. Interacción de la madre con el niño durante el segundo año de vida: ()
 0= Dificultades para detectar sus necesidades emocionales (ansiedad, depresión, frustración), 1= Interacción empática, 2= Abandono materno, 3= Sobreprotección
 4= Necesidad de una figura auxiliar en el cuidado del niño
64. Factores estresantes en la madre durante el segundo año de vida: ()
 0= Ninguno, 1= Muerte de un familiar en primer grado, 2= Problemas de pareja, 3= Problemas económicos, 4= Enfermedad de algún miembro de la familia, 5= Separaciones, 6= Otros _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

A continuación llena los espacios de las líneas correspondientes o escoge el número conveniente

Motor

65. Sostén cefálico _____meses
 66. Sedestación con ayuda _____meses
 67. Sedestación sin ayuda _____meses
 68. Bipedestación _____meses
 69. Marcha _____meses
 70. Gateo _____meses
 71. Torpeza psicomotriz: ()
 0= No, 1= Si
 72. Dificultades para realizar deportes de agilidad o de contacto ()
 0= No, 1= Si

Lenguaje

73. Bisílabos _____meses
 Primeras palabras _____meses
 4. Frases completas _____años
 75. Problemas de pronunciación: ()
 0= No, 1= Si
 76. Problemas para comprender instrucción simples: ()

Control de esfínteres

77. Edad de control vesical: _____
78. Edad de control anal: _____
79. Eventos de enuresis: ()
 0= No, 1= Si
80. Eventos de encopresis:
 0= No, 1= Si
81. Tipo de entrenamiento para el control de esfínteres: ()
 0= Espontáneo, 1= Por horario impuesto, 2= Sin horario de regulación
- Sueño 0= No, 1= Si
82. Duerme menos de lo que debería: ()
 83. Duerme más de lo que debería: ()
 84. Pesadillas: ()
 85. Insomnio: ()
 86. Terrores nocturnos: ()

89. Sonambulismo: ()

90. Despertares frecuentes: ()

Historia Escolar 0= No, 1= Si

91. Guardería: () 92. Edad. _____

93. Preescolar: () 94. Edad. _____

95. Primaria: () 96. Edad. _____

97. Secundaria: () 98. Edad. _____

99. Tipo de escuela: ()

0= Privada, 1= Pública

100. Ha reprobado años escolares: ().

Cuales. _____

101. Suspensiones de conducta: ()

102. Expulsiones: ()

103. Reprobado materias: ()

Cuales _____

104. Problemas de aprendizaje: ()

105. Problemas de atención: ()

106. Falta de motivación en la escuela: ()

107. Quejas de conducta de que tipo: ()

Cuales _____

108. Agresividad hacia compañeros: ()

109. Aislamiento de compañeros ()

Rendimiento escolar

110. Como consideran los maestros su rendimiento escolar:

0= bueno, 1= regular, 2= malo

111. Cual es tu materia favorita? _____

112. Cual es la materia en la cual tiene más dificultades?

113. Eres bueno en materias en las cuales puedes crear cosas o en las que requieres de memoria? _____

Desarrollo emocional

114. Sonrisa social: _____ meses

115. Temor ante extraños: _____ meses

116. Ansiedad frente a los extraños: _____ meses

117. Tolera separarse de la madre mientras juega por períodos breves: _____ año

118. Negativista frente a la ayuda del cuidador: _____ años

119. Juego paralelo: _____ años

120. Mayor apego por el padre del sexo opuesto: _____ años

121. Mayor interés por actividades escolares y de aprendizaje: _____ años

Socialización

122. Tipo de interacción con el grupo de pares durante el tercer año

0= Aislado, 1= Sociable, 2= Agresividad, 3= Dificultad para respetar reglas

123. Tipo de interacción con el grupo de pares durante la etapa preescolar

0= Aislado, 1= Sociable, 2= Agresividad, 3= Dificultad para respetar reglas

124. Tipo de interacción con el grupo de pares durante la primaria

0= Aislado, 1= Sociable, 2= Agresividad, 3= Dificultad para respetar reglas

Percepción de sí mismo e interacción social actual 0= Ausente, 1= Presente

125. Autoimagen pobre y lesionada ()

- 126. Autopercepción que dificulta la interacción social ()
- 127. Disminución de la expresión afectiva ()
- 128. Agresión por parte de los mismos miembros familiares ()
- 129. Agresión por parte de compañeros o maestros ()
- 130. Relegados de actividades deportivas ()
- 131. Sobre nombres insultantes ()

Observaciones:

Diagnóstico probable

Procedimiento a realizar

Valoración

Tipo de pruebas.

Cuestionario de autoestima.()

Wisc-r ()

Figura de rey ()

Bender ()

Wisconsin ()

Frases Incompletas ()

Minessota ()

HTP ()

Dibujo de la familia ()

Edan ()

Conners ()

Interconsultas.

Otros servicios a los que asiste

mrr

ANEXO 2

Cuestionario de Autoestima

(Coopersmith)

Nombre: _____
 Edad: _____
 Grado: _____
 Fecha: _____
 Dx _____

Por favor marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración describe como tu te sientes casi siempre, pon una marca en la columna SI (X), si la oración NO describe como tu te sientes casi siempre, pon una marca en la columna No(X).

No hay respuestas buenas ni malas, contesta con sinceridad.

EJEMPLO: SOY MUY TRABAJADOR	SI	NO
1. Me gusta mucho soñar despierto		
2. Me siento muy seguro(a) de mí mismo (a)		
3. Muchas veces me gustaría ser otra persona		
4. Le caigo bien a la gente		
5. Mis padres y yo nos divertimos mucho cuando estamos juntos		
6. Soy despreocupado (a)		
7. Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la clase		
8. Me gustaría ser más chico (a)		
9. Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí.		
10. Puedo escoger fácilmente lo que quiero		
11. Soy simpática		
12. En casa me enoja fácilmente.		
13. Siempre hago lo que esta bien.		
14. Me gusta como hago mi trabajo en la escuela		
15. Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer.		
16. Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo.		
17. Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago.		
18. Casi todos mis compañeros me escogen para jugar		
19. A mis papas les importa mucho lo que yo siento		
20. Siempre estoy contenta		
21. Hago mi trabajo lo mejor que puedo.		
22. Me doy fácilmente por vencido		
23. Generalmente me cuido sola		
24. Soy muy feliz		
25. Prefiero jugar con niños más chico que yo		
26. Mis padres me piden que haga más de lo que puedo		

27. Me cae bien toda la gente que conozco		
28. Me gusta que me pregunten la clase.		
29. Yo entiendo como soy.		
30. Odio como soy.		
31. Mi vida es muy difícil.		
32. Mis compañeras casi siempre hacen lo que les digo.		
33. En mi casa me ignoran.		
34. Me regañan muy poco.		
35. Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela.		
36. Cuando escojo hacer algo lo hago.		
37. Me disgusta ser mujer (hombre)		
38. Me choca mi manera de ser.		
39. Me choca estar con otras personas.		
40. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.		
41. Pocas veces me da vergüenza.		
42. Me disgusta la escuela.		
43. Muchas veces me avergüenzo de mi.		
44. Soy más fea que las demás.		
45. Siempre digo lo que quiero.		
46. A los niños les gusta molestarte		
47. Mis padres me comprenden.		
48. Siempre digo la verdad.		
49. Mi maestra me hace sentir que soy inútil.		
50. Me da igual lo que me pase.		
51. Todo lo hago mal		
52. Me molesta mucho que me regañen.		
53. A las demás las quieren más que a mí		
54. Mis padres son muy exigentes		
55. Siempre que se que contestarle a la gente		
56. Me aburre la escuela		
57. Los problemas me afectan muy poco		
58. Quedo mal cuando me encargan algo.		

ANEXO 3

Criterios DSM-IV para diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y / o distímico.

Trastorno de ansiedad generalizada.

Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de 6 meses.()

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante de preocupación()

La ansiedad y preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas, en los niños sólo se requiere uno de los síntomas.()

- Inquietud o impaciencia()
- Fatiga()
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco. ()
- Tensión muscular.()
- Alteraciones del sueño(insomnio o despertares frecuentes ()

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestares clínicamente significativo o deterioro social, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo()

Trastorno distímico.

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás (mínimo de 1 año en niños y adolescentes.()

Mientras esta depresivo , presenta 2 o más de los siguientes síntomas.

1. Pérdida o aumento de apetito()
2. Insomnio()
3. Hipersomnia()
4. Falta de energía o fatiga()
5. Baja autoestima ()
6. Dificultades para concentrarse()
7. Dificultad para tomar decisiones ()
8. Sentimientos de desesperanza ()