
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
SECRETARIA DE SALUD
UNIDAD DE PEDIATRIA**

“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PRESENTACIÓN DE
OBESIDAD Y LA INFLUENCIA DE ESTA EN LA MORBILIDAD PSICOLÓGICA
DEL NIÑO QUE ACUDE POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE PEDIATRÍA
DEL HGM, O.D, DURANTE EL PERIODO MARZO 2007 A MARZO 2008”

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA.

P R E S E N T A

Dra. MARIA ELENA SILVA ESCOBAR

TUTOR: DR FRANCISCO MEJIA COVARRUBIAS
ASESOR: LIC. Y MAESTRA EN PSICOLOGIA XOCHITL PRADO. SERRANO

Distrito Federal, México. JULIO DEL 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA: hoy y siempre por que a pesar de no estar presente físicamente, se que en todo momento procuran mi bienestar y esta claro que si no fuera por el esfuerzo realizado por ellos, esto no hubiera sido posible. En especial a mi MADRE, ABUELOS, TIOS por sus oraciones y apoyo incondicional Gracias.

A mis **COMPAÑEROS** por compartir conmigo estos 3 años de alegrías y tristezas sin importar el cansancio y por brindarme su apoyo en los momentos de necesidad.

Gracias a **DIOS** por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a todas esas personas que han sido mi soporte y compañía a lo largo de mi vida.

A los **DOCTORES** por la paciencia y los conocimientos compartidos, gracias por la amistad.

A mi **TUTOR DR** Mejia por el tiempo dedicado, la orientación y la confianza otorgada.

A **FERNANDO** mi compañero de vida, por la paciencia y el apoyo incondicional en todo momento, por acompañarme en los momentos mas difíciles.

A mis **HERMANOS** por el apoyo y confianza, Laura, katia, Ruby, Bertha, Jorge Milton, Carlos, Oscar, Eduardo.

A mis **PEQUES**, Alex, Milton, Vicky, Dali, Isabel, Oscar, Erick, Carlitos, Ian , solo por Existir

A mis **Pacientes** Por haberme permitido aprender de cada uno de ellos no solamente lo medico, sino lo humano. A los miles gracias , muchas gracias.

DR. LINO EDUARDO CARDIEL MARMOLEJO
JEFE DE LA UNIDAD DE PEDIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

DR. FRANCISCO MEJIA COVARRUBIAS
PROFESOR TITULAR DE PEDIATRIA MÉDICA Y TUTOR Y ASESOR DE TESIS
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO.

DR. LUIS PAULINO ISLAS DOMÍNGUEZ
JEFE DE COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA
UNIDAD DE PEDIATRIA
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

INDICE

Contenido	Página
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEORICO	8
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
4. JUSTIFICACIÓN	31
5. OBJETIVOS	32
6. HIPOTESIS.	33
7. MATERIAL Y METODOS	33
A. DISEÑO DE ESTUDIO	
B. UNIVERSO DE TRABAJO	34
a. Criterios de inclusión	
b. Criterios de exclusión	
C. DEFINICION DE VARIABLES	35
D. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	36
8. RESULTADOS	38
9. CONCLUSIÓN.	45
10. ANEXOS	47
11. BIBLIOGRAFÍA	56

INTRODUCCION

La obesidad en la edad pediátrica es un importante problema de salud y representa una epidemia incontrolable a nivel global, que ha sorprendido en los años recientes tanto a la sociedad como a la comunidad medica.

No obstante el interés de la comunidad científica y los organismos internacionales en el tema de obesidad y las recomendaciones realizadas para su prevención y tratamiento, los resultados obtenidos hasta hoy son insatisfactorios.

Aunque en el corto plazo y a nivel individual se consigue la reducción de peso, el paciente a menudo olvida las recomendaciones médicas, retorna los hábitos obesogenos y recobra el peso perdido (1).

Esta constatación plantea la pregunta ¿Por qué no se ha logrado disminuir o detener el incremento de la obesidad a nivel mundial? ¿Por que los resultados son desalentadores a nivel de salud pública y a largo plazo a nivel individual?

Si bien la obesidad es vista por los profesionales de la salud desde una perspectiva médica, es necesario también comprenderla como manifestación de un problema psicosocial global mucho más grande.

El crecimiento de la obesidad viene concurriendo tan rápidamente que su causa no podría atribuirse solamente a cambios genéticos, o alimenticios. Hoy se reconoce que entre los diversos factores que alientan el sobrepeso y la obesidad los mayores determinantes son los económicos, sociales y hasta culturales.

Existen un gran número de factores implicados en su patogénesis como lo son los factores ambientales entre los cuales se encuentran el tipo de estructura familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia numerosa) el nivel socioeconomico, así como aspectos sociales como las relaciones interpersonales. Aunque muy poco considerados los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y por lo general nunca se abordan. Estos factores psicológicos perpetúan y precipitan el consumo exagerado de

alimentos y deben ser tomados en cuenta si se desea mantener un peso luego de alcanzar el ideal o el deseable.

El tratamiento y el abordaje de las características psicológicas es de fundamental importancia pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo. (2)

La presencia de obesidad conlleva como ya es conocido a una infinidad de complicaciones medicas, sin embargo; ha sido omitido que esta enfermedad tiene repercusiones importantes en el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño, ya que se ha comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de si mismos expresando sensaciones de inferioridad, rechazo, tristeza y hasta depresión, por lo tanto tienen dificultades para hacer amigos sufriendo frecuentemente de discriminación.

Por todo lo anterior la importancia del aspecto recuperativo y rehabilitador en estas enfermedades sobre todo en la niñez y la adolescencia, es insustituible, en ella deberán intervenir equipos profesionales idóneos que con una visión multidisciplinaria pueden resolver los casos que se presentan a nivel individual y en las instituciones de salud.

Pero la obesidad no podrá atenderse eficazmente solo con medidas de carácter medico nutricional. Como se ha mencionado previamente se requiere de una concertada acción psicosociologica. Axial se lograría un desarrollo pleno de las potencialidades de las personas reflejándose en un mejor resultado a corto y largo plazo en la regulación del peso. (3)

MARCO TEORICO

La obesidad puede definirse en términos de porcentaje de grasa corporal, según el índice de masa corporal (IMC) o teniendo en cuenta los cánones sociales.

Cada criterio proporciona estimaciones distintas sobre la prevalencia de la Obesidad. y ambas no siempre coinciden según la opinión de Brannon & Feist (2001). El peso ideal para la salud puede reflejarse en el IMC; sin embargo, los cánones sociales han dictado una norma de delgadez con un peso corporal inferior para el ideal de la salud (4)

En la bibliografía científica de hoy en día y en los foros sanitarios internacionales se detecta un interés creciente hacia la obesidad. Hay muchas razones para ello.

La primera es el incremento de la prevalencia en todas las naciones del mundo occidental. Las cifras de los distintos países de la Unión Europea muestran esta preocupante tendencia.

De forma paralela ha aumentado el número de complicaciones y procesos comórbidos relacionados con la obesidad, como la diabetes tipo 2 tanto en adultos como en la infancia, los cuales, si bien en los medios científicos de nuestro país aún apenas son detectados, en otros han dejado de constituir patología exclusiva de los adultos afectando a jóvenes y adolescentes.

El segundo motivo es la dificultad en su manejo en todas las edades. Las bases del tratamiento de la obesidad son bastante diferentes del enfoque médico tradicional para otros procesos.

En primer lugar, hace falta una involucración activa del paciente, quien va a ser el protagonista de los cambios. Y modificar los hábitos de vida, en los cuales radica el origen de la obesidad, no es cosa fácil. El papel del clínico es mucho más complejo que recomendar un determinado fármaco y su posología.

Es necesario que sea capaz de investigar en cada caso cuáles son las mejores oportunidades para cambiar, diseñar pautas específicas para cada paciente, averiguar cuáles pueden ser los factores que puedan facilitar el cambio así como las barreras dentro de la propia familia para que el paciente pueda perder peso.

Es necesario además que recomiende cambios no sólo en la alimentación, sino también en otros hábitos de la vida diaria, como es el realizar actividad física de forma regular. (5)

El médico debe aprender a manejar una herramienta nueva: las técnicas de modificación de conducta. Necesita cambiar el tipo y la forma de los mensajes que envía al paciente y a la familia y obligadamente tiene que abandonar el enfoque personalista de la consulta médica clásica por otro multiprofesional, en el que diversos actores ejecuten distintos papeles para ayudar al paciente en los cambios de su vida que deben ser programados para largo plazo. A ser posible el resto de su vida. Todo un reto. (6)

Un poco de historia.

Ya en la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud observó la tendencia en las estadísticas y bajo su patrocinio se iniciaron una serie de consultas y estudios. En el año 2003 se publicó un informe llamado "*Fruit and vegetable promotion*", conjuntamente con la FAO y en 2004 la "*Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud*" como resolución de la 57ª asamblea mundial de la salud.

Mientras tanto, en Estados Unidos, donde la epidemia era ya muy evidente tanto en cifras de prevalencia como en la severidad de la obesidad, ya había muchas iniciativas preventivas en marcha. Si bien en 1999 la American Dietetic Association promulgó su "*Dietary guidance for healthy children aged 2 to 11 years*" (6), es a partir de 2003 cuando la producción de documentos y el análisis de los resultados de las numerosas estrategias llevadas a cabo para prevenir la

obesidad en niños llega a su apogeo.

La American Academy Of. Pediatrics publica ese año un documento "*Prevention of pediatric overweight and obesity*", En 2004 la NIH Obesity Task Force saca a la luz su "*Strategic Plan for NIH Research*", recomendando que se aumentasen las investigaciones en las múltiples facetas de la obesidad infantil. Y en 2005 se publican sendos documentos de las American Dietetic Association¹⁰ y del Departamento de Salud y Servicios Humanos con recomendaciones dietéticas para la salud de los niños americanos y de la población general. (7)

El aumento significativo de la obesidad infantil en la Unión Europea preocupa enormemente a todos los Estados miembros. En España, el 18,2% en los menores de entre 2 y 17 años tiene sobrepeso y el 8,5% obesidad. Otro estudio cifra la prevalencia de la obesidad en niños de entre 6 y 12 años en el 16,1%, siendo España uno de los países con las cifras más elevadas de Europa junto a Grecia, Malta e Italia. Los niños cada vez se mueven menos y, en lugar de jugar o hacer deporte, pasan una media de 3 horas diarias frente al televisor.

Además de los problemas orgánicos y psicológicos que la obesidad tiene en la edad infantil, ésta supone un riesgo de desarrollar posteriormente problemas respiratorios y cardíacos, hipertensión, hipercolesterolemia o problemas osteomusculares, entre otros. (8)

Aspectos Psicológicos Relacionados A Obesidad

De manera que la obesidad constituye uno de los problemas de salud pública emergente más importante y su patrón epidemiológico se relaciona con cambios de los hábitos alimentarios y del estilo de vida.

Los marcos conceptuales o modelos de los últimos 20 años que integran la información sobre la salud y sus determinantes son de gran utilidad para comprender la diversidad y complejidad de factores que influyen sobre la salud individual y comunitaria, sirven para elaborar políticas sanitarias más eficaces,

y están siendo utilizados para reconducir el papel que el sistema formal de asistencia sanitaria tiene entre la diversidad de factores que determinan nuestra salud.

A modo de síntesis, los factores determinantes de salud se podrían agrupar en siete grandes grupos: factores biológicos, factores socioculturales, factores socioeconómicos, entorno natural, entorno construido por el hombre, contexto político y sistema sanitario. (7,8)

La alimentación y la nutrición, entre otros factores son determinantes en el desarrollo biológico de los humanos, pero a través del tiempo, se ha demostrado que también son determinantes en el desarrollo psíquico y social de estos.

Se sabe que la lactancia materna crea un vínculo afectivo con el recién nacido, es sabido que el hecho de que una mujer no lacte a su hijo o sea destetado tempranamente ocasiona la ablactación temprana pudiendo en un momento dado ser percibido por el niño como ausencia de la madre en una etapa crítica como es lactancia y secundario a ello la ingesta de alimentos como sustituto de afecto.

Existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas y esto se fundamenta sobre la base del carácter eminentemente social que tienen la alimentación y la nutrición y por la influencia que puede tener en el desarrollo de los procesos psíquicos fundamentales y sobre todo, por todas las implicaciones psicológicas y en el orden de las relaciones sociales que puede traer aparejado una alteración nutricional, tanto por defecto como por exceso y en cualquier etapa de la vida, donde la infancia juvenil no constituye una excepción. (9,8)

Algunos autores consideran a los factores psicológicos como causantes de la obesidad, otros creen que es una consecuencia de la discriminación social hacia el obeso. Lo cierto es que en mayor o menor medida, están presentes y es fundamental su conocimiento e identificación para ser abordados si se quiere tener éxito en el tratamiento.

Es conocido que la obesidad se presenta como un síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes que se combinan en proporciones individuales de una persona a otra. Hasta el presente se han considerado a la herencia genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales. (10)

La obesidad se manifiesta por un exceso de peso y volumen corporal, debida a una excesiva acumulación de grasa corporal, puede significar un riesgo para la salud en el momento en que se produce o en etapas posteriores (9) La obesidad tiene causas multifactoriales (genética, metabólica, psicológica, social, cultural, etc.); por lo que se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema. (11)

La obesidad constituye uno de los principales “estigmas sociales”, con una marcada repercusión a nivel psicológico individual; así mismo, es un síndrome con alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica pero no por ello es un trastorno psiquiátrico; sin embargo, la alta prevalencia de psicopatología en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos, permite visualizarla como un problema psiquiátrico, el cual debe identificarse y atenderse de forma simultánea con los programas de control de peso.

Es una enfermedad crónica compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental o conductual que se establece por un equilibrio entre la ingesta y el gasto energético. (12)

La infancia y la adolescencia constituyen etapas de desarrollo de innegable interés para la nutrición, ya que suponen periodos de promoción y consolidación de los hábitos alimentarios o en los que puede haber una influencia decisiva en la adquisición de determinados estilos de vida que faciliten el desarrollo el mantenimiento de la obesidad. (7,12)

Aunque la obesidad es fácil de identificar es sumamente difícil de definir en el aspecto psicosocial. Esto nos puede llevar a una inevitable controversia, ya que supone enfrentar y asumir el hecho de que no existe una definición única, sino

múltiples definiciones que a su vez responden a la existencia de muy diversas teorías, etiológicas de la obesidad, como son la teoría energética, la celular, la endocrina, la ambiental y finalmente las teorías psicológicas.

Gold clasifico en tres mecanismos el patrón alimentario asociado al ajuste emocional:

- a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza, frustración,
- b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira.
- c) La comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

La consideración de que diferentes estados disforicos conducen a una conducta de sobre ingesta se sitúa en la base de todas las teorías psicossomáticas formuladas desde la publicación del ya clásico trabajo de Kaplan y Kaplan, o dicho de otra manera; los obesos eran personas que tenían problemas de personalidad que aliviaban mediante la conducta de comer (7, 8,12)

La sobre ingesta sería según esta teoría una conducta aprendida por el paciente con finalidades ansiolíticas, o dicho de otra manera, que busca reducir la activación secundaria a estados emocionales internos.

Sin embargo, Robbins y Fray, señalan que si bien parecía claro que la sobre ingesta sería el resultado del estrés, la relación entre ansiedad e ingesta sería curvilínea, de manera que grados bajos de activación, incrementarían la ingesta mientras que los elevados tendrían la capacidad inhibidora de la ingesta y que el obeso mantendría la alteración de la ingesta no por su capacidad ansiolítica, sino por que el alimento actuaría como un refuerzo positivo de esa conducta.

Las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como al propio bienestar psicológico, físico o social, especialmente por las características de una

enfermedad estigmatizada por la sociedad como lo es la obesidad. La sociedad es hostil con los individuos que tienen sobrepeso.

Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona.

Es tan elevado el número de variables que influyen en una persona y en concreto en que un determinado ser humano padezca obesidad, que bien se puede decir que existen tantos casos de obesidad como obesos. Es decir que la explicación y abordaje de un caso de obesidad nunca es exactamente igual a la explicación y abordaje de otro.

Existen factores relacionados a vivencias personales así como familiares que pueden ser factores influyentes en la incapacidad para llegar al peso ideal o bien mantenerse creando conflictos psicológicos secundarios.

La Obesidad Como Forma De Evitar Situaciones Deseables

Las personas igual que el resto de los seres vivos, tenemos una fuerte tendencia a perseguir; y si nos resulta posible, conseguir aquellas cosas o situaciones que por alguna razón nos resultan gratificantes.

Pero es frecuente que ocurra determinada situación que deseamos vaya unida a otra que tememos, o simplemente que nuestra conciencia nos reproche la consecución o hasta el deseo de esta situación deseada.

La obesidad muchas veces sirve como excusa o justificativo para no lograr aquello que se desea, miedo a la vida social, a mantener relaciones sexuales, a entrar a una nueva etapa de desarrollo, a la intimidad psicológica y afectiva la vida en pareja, a perder la preferencia de la madre o el padre conseguida gracias a limitarse la vida y estar pendientes de ellos.

Todas estas cosas tienen algo de deseable, pero también provocan miedo por alguna razón. Su obesidad no es la causa de sus limitaciones, sino unas excusas para continuar con las mismas. Estos kilos de más son una excusa para o hacer aquello que, supuestamente se haría de no tenerlos. (7, 10)

Desequilibrio Entre Insatisfacciones Y Satisfacciones

La estabilidad psíquica requiere mantener un cierto equilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones. Cuando de manera más o menos permanente, la balanza se inclina del lado de las insatisfacciones, las personas necesitan reponer el equilibrio perdido para mantener la salud psicológica.

Algunas personas con conciencia o sin ella, de manera regular, exageran el placer de comer como forma de compensar insatisfacciones permanentes en algún área de su vida, trabajo, vida sexual, vida afectiva, vida familiar, relaciones de amistad y pareja, diversiones o entretenimientos, y otras fuentes de bienestar.

Este mecanismo de compensación puede ser un obstáculo a la hora de realizar un plan alimentario y disminuir de peso, ya que estas personas sustituyen placeres que compensen la insatisfacción sufrida por el placer que genera el comer

La Obesidad Como Forma De Castigo

La obesidad o la incapacidad para adelgazar eficazmente y mantener el peso correcto, al ser para la sociedad actual y para muchas personas algo negativo, desagradable, una especie de cruz que llevan encima, se constituye en una buena penitencia para quienes se auto castigan.

Al estar obeso las miradas burlonas de los allegados o de algunos familiares, la ausencia de miradas de deseo por parte del sexo opuesto, la incomodidad de la ropa que aprieta, el cansancio y la torpeza de movimientos que genera y sobre todo el mirarse al espejo no gustarse es un castigo, apropiado para la mente de algunas personas que se sienten culpables por alguna razón.

Lo fundamental es que cuando transgrede el código de conducta propio o social, la persona se siente culpable y es frecuente que busque una penitencia

para que los sentimientos de culpa dejen de hacerle daño siendo, la obesidad el castigo que muchas personas se imponen.

Debe considerarse que la insatisfacción debida a circunstancias externas puede ocasionar un aumento de placer de comer, de modo de compensación, pero que en este caso la insatisfacción de la persona consigo misma, y lo que intenta no es reponer el equilibrio entre placer y displacer sino imponerse una sanción por un comportamiento que percibe como incorrecto.(10)

Comer Como Mecanismo Evasivo.

Para algunas personas la comida es una vía de escape para no pensar en los problemas que tienen. La utilizan como una estrategia de evasión, dejando los problemas en espera en lugar de enfrentarse a ellos y resolverlos. De esta manera no experimentan la incomodidad o perturbación que produce enfrentar la situación. Algunos comen para escapar de grandes decisiones, que hay que tomar en la vida, otros lo hacen para no tener que afrontar las malas elecciones que hayan hecho, y en ocasiones el problema lo constituye una herida o un trauma al que no pueden hacer frente.

De modo que comer para estas personas les quita de en medio una situación incomoda y les permite que se sientan temporalmente mejor, lo malo de esta temporalidad es que no resuelve ni hace desaparecer el problema.

Utilizar la comida como una estrategia de evasión es una conducta aprendida, por influencia de los padres:

- a) al consolar con comida a sus hijos cuando están disgustados o cuando se enfrentan a contratiempos o problemas, al ser repetitiva esta conducta se aprende al hábito de dirigirse la comida cada vez que se ven ante un problema o sentimientos que trastornen.
- b) A través de sus propias conductas cuando son los padres quienes evitan los conflictos comiendo.
- c) En general estas personas tienen dificultades para identificar sus sentimientos para autoafirmarse para anteponer las necesidades de los demás a las propias, ignoran los problemas con la esperanza de que desaparezcan.

Asociación De La Obesidad Con La Perdida De Un Ser Querido

Estos fenómenos son sufridos pasivamente, pero poco a poco toma fuerza en su conciencia la constelación de angustia relacionada con temores y/o situaciones de abandono. Este es un ejemplo paradigmático que nos remite a la observación primordial de que en muchos casos la pérdida de objetos matematizados puede desencadenar el proceso psicobiológico que conduce la obesidad.

En estos casos el sujeto elige la comida como objeto en vez de otros objetos para su compromiso afectivo por que la comida "no abandona". pero como el comer en la proporción de la voracidad produce obesidad, esto acarrea rechazo social con el consiguiente deterioro de la autoestima y el natural dolor que esto produce busca ser calmado con comida. Se inaugura así un ciclo que gira dramáticamente en torno de si mismo.

Así el vacío psíquico, juega un papel importante en la cuestión del no saciarse del obeso, entendida desde la orilla de su psicogénesis.

Identificación Negativa

Cuando una persona se identifica con otra de vital importancia en su vida por una fuerte vinculación afectiva, y esta ultima es obesa o tiene hábitos y actitudes que conducen al descuido y a la obesidad, la necesidad profunda de parecerse o diferenciarse, hace que repitan o se alejen de estas formas de vida lo que termina conduciéndolos a una acumulación de peso.

Influencia Familiar

Es sabido también que existe una gran influencia familiar en los niños que padecen obesidad, desde la influencia que los padres ejercen directamente sobre ellos al pretender que tengan las mismas preferencias que ellos.

En familias numerosas , monoparentales, con padres separados, cuando los cuidados del niño se confían a otras personas, en casos de depresión materna, cuando se niega el problema o no se realizan adecuados controles sanitarios, el riesgo de obesidad en el niño aumenta.(10,11)

La respuesta que los responsables de salud han proporcionado para este problema ha sido aumentar las legislaciones que propicien un estilo de vida saludable a través de programas específicos en los lugares de trabajo, en escuelas y comunidades; sin embargo, el impacto ha sido pobre, tal vez debido a la dificultad para influir sobre la gran diversidad cultural de la sociedad actual. Un obstáculo en la implementación de un programa de prevención es determinar si será apto para grupos de todo estrato económico y si considera a la familia y sus creencias como base del programa.

Se considera que el aprendizaje social tiene efectos potentes en niños y adolescentes; estos grupos aprenden de las personas adultas que respetan. La predilección por alimentos ricos en energía se establece más fácilmente en la presencia de un adulto importante para el niño o adolescente. Observar a uno de los padres que coma y disfrute de alimentos con alta densidad energética parece animar a un niño a preferir este tipo de alimentos.

Otro factor importante es la influencia que ejercen sobre la educación del niño otros familiares que no sean los padres, puesto que al intentar un tratamiento para la obesidad existen discrepancias en la forma de alimentación del niño en el hogar, delegando en ocasiones la decisión de la madre o el padre ocasionando confusión en el menor y dificultando por lo consiguiente la adecuada respuesta al tratamiento.

Algunos de los factores que mejor explican el cambio en los hábitos alimentarios son la conveniencia y la acomodación horaria a la actividad y forma de vida de cada uno. Desgraciadamente, esta acomodación horaria limita la disponibilidad para cocinar y el tiempo dedicado a la alimentación, conduciendo a la externalización de la misma; proceso en el que encajan oportunamente los alimentos preparados, los enriquecidos o los funcionales.

El resultado final es que el estilo de vida actual dificulta la adquisición de hábitos alimentarios saludables e implica riesgos asociados derivados de la manipulación de los alimentos y el uso de aditivos y conservantes, cuyas consecuencias no siempre son bien conocidas.

Un obstáculo en la implementación de un programa de prevención es determinar si será apto para grupos de todo estrato económico y si considera a la familia y sus creencias como base del programa. Infortunadamente, los programas de prevención no se fundamentan en el conocimiento reproducible de los factores sociales familiares que se asocian a la obesidad en niños. Esta falta de información puede ser contraproducente, "ya que programas dirigidos a niños pueden llegar a producir secuelas y sin el debido cuidado, pueden resultar en trastornos de alimentación. Se requiere de investigación y pensamiento cuidadoso para identificar las estrategias más adecuadas en el tratamiento

de la obesidad en niños (8,13)

Aspectos Psicológicos De La Personalidad

Las consecuencias psicológicas de la obesidad, son tan graves como las que se puedan presentar en el orden biológico-fisiológico y comienzan desde las edades más tempranas. Los niños y niñas, así como los adolescentes obesos, pueden esperar ser rechazados por sus compañeros de edad, incluso, mucho más que aquellos que puedan presentar un impedimento físico y motor, lo que puede repercutir, en que manifiesten una baja autoestima.

Esa baja autoestima es un factor que puede limitarlo en una de las actividades fundamentales en estas etapas de la vida, que no es otro, que el de poder relacionarse e integrarse al colectivo escolar y extraescolar.

En la adolescencia, las relaciones sociales, los eventos sociales y la integración al colectivo, constituyen principios, entre otros, que rigen y caracterizan esta

etapa evolutiva de la vida, donde las grandes contradicciones y las grandes crisis, ocupan un espacio importante, que pueden determinar positiva o negativamente en el propio desarrollo del adolescente.

El obeso, en esta etapa evolutiva de su vida, no constituye una excepción, porque también termina por imbuirse en el "*sentir social*", llegando a verse, como culpable y responsable de todos los defectos que se le atribuyen.

Una persona con tal concepción de sí misma, difícilmente puede poner en marcha los mecanismos necesarios para lograr una correcta y saludable pérdida de peso y sobre todo, si tenemos en cuenta, que estas discurren dentro de las contradicciones propias de la adolescencia.

El adolescente con obesidad, generalmente presenta en la escuela comportamientos inadecuados que van desde la timidez hasta la indisciplina y alteración del orden, así como rechazo escolar con el correspondiente retardo escolar y los trastornos de la conducta en el medio socio-familiar; y un aislamiento muy característico en él; aunque no exclusivo.

Otras alteraciones que repercuten en su comportamiento y sobre todo en la integración al colectivo escolar y extraescolar, lo es el hecho de tener una falsa y desfavorable auto percepción de sus propios cuerpos, una baja autoestima, autoengaños y rechazo a su imagen corporal obesa, así como un tipo de ingesta de muy alta densidad, entre muchas otras peculiaridades, las cuales deben tenerse en cuenta, si pretendemos establecer una psicoterapéutica dirigida al tratamiento integral del adolescente con obesidad.

Se puede observar que el proceso de formación de la personalidad en la adolescencia, se hace mucho más complejo, sobre todo por las contradicciones que se producen en el orden psíquico y comportamental, además, por todos los cambios significativos que se presentan en la cotidianidad de su vida, en los intereses y donde la integración al colectivo constituye un elemento definitorio, entre otros, en este proceso de consolidación de la personalidad.

Es un hecho que, independientemente del grado de obesidad, la preocupación por la comida se puede conectar con la insatisfacción de la imagen corporal y el desarrollo de prácticas religiosas como son las dietas restrictivas, que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, situación que causa, favorece y mantiene el problema de la obesidad.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar mediante la conducta de comer. Esto, aunado a las condiciones ambientales, culturales y sociales en que se desenvuelve un paciente, influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social.

Aproximadamente entre el 25% y el 30% de los pacientes obesos que buscan tratamiento para reducción de peso padecen una marcada depresión u otro trastorno psicológico. Los médicos o psicólogos deben inquirir rutinariamente sobre el estado de ánimo, el sueño, el apetito, las actividades de diversión, así como el patrón de alimentación de los pacientes obesos.

Se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión (7)

Es importante conocer las consecuencias de la obesidad las cuales pueden ser físicas o psicológicas, dentro de los estudios epidemiológicos realizados en Australia y otros países de América y Europa, demuestran que los riesgos principales son los incrementos metabólicos, cardiovasculares; por otra parte

dentro de las implicaciones psicológicas se enlistan importantes alteraciones emocionales, y elevados niveles de ansiedad y depresión, los niños obesos muestran miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión. Relacionado con esto último es una amenaza decisiva para la salud y la felicidad del niño.

Se puede considerar que la autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de quienes somos, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que confirmen nuestra personalidad.

Es confianza, valoración y respeto por uno mismo, una respuesta psicológica que se describe normalmente como de naturaleza afectiva o basada en el sentimiento positivo versus negativo o aceptación versus rechazo.

Dicha autoestima se divide en baja autoestima y buena autoestima. La baja autoestima se refiere a aquellas personas que se muestran inseguras, desconfiadas de sus facultades y que necesitan la aprobación de los demás ya que suelen tener diversos complejos, todo lo cual ocasiona un sentimiento de inferioridad y timidez en sus relaciones personales.

También se pueden encontrar pensamientos negativos, los que pueden conllevar la depresión.

Por otra parte la buena autoestima es característica de quienes tienen una buena aceptación de si mismos, o buen equilibrio emocional.

Relacionado a lo anterior menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a un cuadro de depresión por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla, se propone que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria. (14)

La Importancia De La Imagen Corporal

El concepto de imagen corporal, fue descrito por Schilder como la imagen que forma nuestra mente del propio cuerpo, es decir el modo en que nuestro cuerpo se manifiesta.

Slade nos define la imagen corporal como la representación mental que tenemos del tamaño, la figura, y forma de nuestros cuerpos y de las formas que lo componen, es decir la forma en que creemos que los demás nos ven.

Pocos adolescentes están satisfechos con su aspecto físico, y la mayoría de ellos auto consideran sus cuerpos como los menos atractivos de lo que son, lo que repercute como consecuencia en la autoestima.

La imagen corporal forma un parte de la autoestima la cual es trascendental en determinadas edades, sobre todo en la etapa de adolescencia.

Hay una alta incidencia en la insatisfacción con referencia a su imagen corporal, en las chicas más que en los chicos, quizás por que los modelos culturales estéticos son más inflexibles en el caso de las mujeres.

La valoración del atractivo físico en las jóvenes adolescentes es el indicador más importante de las puntuaciones del auto concepto, mientras que en los jóvenes es la valoración de su propia eficacia.

La insatisfacción corporal, es una condición común en una sociedad que glorifica la salud, la belleza y la juventud. Muchas personas tienden a preocuparse extremadamente por su imagen corporal, y esto les causa gran trastorno emocional, e interfiere en su vida diaria.

De todos es sabido el descontento general el descontento general que hay por el propio cuerpo en las chicas adolescentes.

En las últimas investigaciones se ha añadido la insatisfacción corporal también en chicos adolescentes, y además se añade la insatisfacción corporal en edades cada vez más tempranas. Si el ideal de belleza impuesto es la delgadez ¿que puede suceder con los niños y niñas que no cumplen con los criterios ideales que marca nuestra sociedad?

Aspectos Conductuales

Los pacientes con obesidad pueden sentir sentimientos de frustración al no obtener la imagen deseada, debido a ello es frecuente que la población infantil se manifieste con alteraciones conductuales o intelectuales. Se realizo un estudio en el hospital de nutrición en el 2004 donde se encuentran los siguientes resultados:

Comportamiento conductual e intelectual (escolar y extraescolar) del niño y la familia. (Mayores de 5 años) (obesos)

Índices

	<i>Antes del tratamiento</i>		<i>Después del tratamiento</i>	
	<i>Insatisfactorio</i>	<i>Satisfactorio</i>	<i>Insatisfactorio</i>	<i>Satisfactorio</i>
Rendimiento escolar	57%	43%	3%	97%
Conducta escolar	46%	54%	12%	88%
Integración colectivo escolar	62%	38%	5%	95%
Adecuación familiar	75%	25%	11%	89%
Adecuación matrimonial	47%	28%	11%	64%
Conducta extraescolar	84%	26%	13%	87%
Adecuación divorcio	37%	8%	4%	41%
Horario de vida	97%	3%	6%	94%

Creencias Sobre La Obesidad.

De acuerdo con un estudio realizado en 225 niños y 235 niñas en la universidad de costaricia 2007 llamado Creencias de la obesidad en estudiantes de la educación general básica el 80% de las niñas y el 100% de los niños, creen que salud es la ausencia de dolor físico, en tanto que la obesidad como el sobrepeso no son enfermedades, lo mismo reportado por el 27% de las madres.

contra el 73% que cree lo contrario. Esto se considera muy importante puesto que se puede considerar a la obesidad como algo sintónico que es normal en una familia y que no requiere tratamiento. (15)

ABORDAJE

En esta línea, la HOMS. adoptó en 1988 medidas para la mejora de la nutrición, y en su Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990-1995 estimuló a adoptar estilos de vida más sanos y apoya la investigación multidisciplinar encaminada a diferenciar los factores sociales y de comportamiento que influyen en la elección de una dieta equilibrada.

Esta visión multidisciplinar se plasma en la importancia concedida a la influencia de los factores cognitivos y comporta mentales en el desarrollo y mantenimiento del problema de la obesidad. Por ello, los tratamientos actuales se centran no sólo en la educación sobre nutrición y el aumento de la actividad física, sino también en la evaluación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas. La pérdida de peso lograda a través exclusivamente del seguimiento de dietas hipocalóricas presenta un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida del tratamiento, como por la recuperación del sobrepeso una vez conseguida la meta.

La modificación de las conductas inherentes al estilo de vida constituyen una piedra fundamental en el tratamiento ya que la obesidad puede afectar la calidad de vida, gran parte de los abordajes terapéuticos deben enfrentarse con las consecuencias psicosociales del prejuicio y la discriminación, el manejo exitoso de la obesidad requiere de un abordaje de estrategias múltiples centradas fundamentalmente en la modificación de su estilo de vida.

La promoción de salud está constituida por las actividades encaminadas a producir cambios en el estilo de vida, promoviendo en el individuo y la comunidad acciones como educación nutricional con énfasis en la lactancia materna y aglactación correctas, divulgación de las características de la dieta balanceada (16,17)

Apoyando esta línea multicausal de la obesidad, es importante en el diseño de un programa de intervención, tener en cuenta toda una amplia gama de variables: hábitos de alimentación, cadenas conductuales que favorecen la ingesta fuera de horas, niveles de ansiedad, una auto imagen deteriorada que no encaja con los actuales cánones de belleza, la falta de recursos y estrategias para hacer frente a los problemas cotidianos, la falta de habilidades sociales para formar parte de un grupo de amigos, pensamientos distorsionados relacionados con la comida y el peso, etc.

Todos estos elementos pueden favorecer el consumo de alimentos en su mayoría hipercalóricos, dando lugar a un patrón de respuestas caracterizadas por aspectos cognitivos displacenteros de tensión (pensamientos de

culpabilidad, pensamientos negativos sobre uno mismo, pensamientos irracionales relacionados con la comida, aspectos motores como la ingesta compulsiva de alimentos y aspectos fisiológicos de alta activación).

Bajo este marco multicausal el objetivo de cualquier intervención para el tratamiento de la obesidad debe de ir más allá que la reducción de peso a través de la implantación, por parte de un especialista, de una dieta hipocalórica que los pacientes deben seguir con "fuerza de voluntad". Es imprescindible la introducción de distintas técnicas cuyo objetivo principal sea la modificación de hábitos de alimentación que permitan una mayor adhesión al tratamiento y un cambio de actitud ante su problema. (18)

Abordaje familiar.

Se trata de una de las propuestas más innovadoras y que exigirá a la vez mayores esfuerzos. Es indudable que la familia es el lugar donde se forman los hábitos de vida, incluyendo la alimentación, la higiene y la capacidad de auto cuidados. Sin embargo no está tan claro cómo ocurre este proceso que parece estar sujeto a múltiples y variados componentes de las dinámicas familiares, vivencias tempranas, estilos de comunicación interpersonal y estrategias de resolución de conflictos juegan un importante papel en el desarrollo del modo en que cada persona vive su propio cuerpo y su salud ya desde la niñez. Sin embargo son aspectos muy difíciles de abordar. Evidentemente es necesario que las propuestas de cambio que se hagan llegar a las familias sean coherentes, claras y adaptadas a sus capacidades. El papel educativo de la familia debe ser recuperado, pues en las últimas décadas parece haber sido asumido por otras instituciones, como el sistema escolar, el sanitario y los medios de comunicación.

Es imperioso diseñar abordajes imaginativos para facilitar la adopción de hábitos saludables en aquellas familias en que ambos progenitores trabajan fuera de casa y proporcionar formación sobre dinámicas familiares y comunicación a los profesionales de la salud.

A partir de 1985, los Servicios de Obesidad del Hospital Pediátrico Docente de Centro Habana, iniciaron un estudio con el objetivo de corroborar la efectividad

de diferentes modelos de tratamiento contra la obesidad en la edad infanto-juvenil, entre estos, un tratamiento basado única y exclusivamente en la Educación Alimentaria y Nutricional, combinada con la Psicoterapia y la orientación psicológica.

Uno de los elementos que caracterizaba a este modelo, entre otros, era la incorporación paulatina de los adolescentes bajo tratamiento, a las áreas deportivas y actividades de cultura, así como en otras que pudieran contribuir a la ocupación del tiempo libre, el mejoramiento de las relaciones interpersonales, la recreación y la integración a sus grupos escolares y extraescolares.

La función habilidad familiar y la creación de estrategias individuales y grupales con cada uno de los casos estudiados, fue otro de los elementos que distinguieron esta psicoterapéutica.

El resultado de este estudio, demostró la efectividad de este modelo, sobre los otros que se experimentaron, estableciéndose en los Servicios Clínicos nutricionales de este hospital a partir de 1991, tratamiento que se ha ido modificando y perfeccionado durante los últimos años. (7)

Se decidió estudiar, cómo se manifestaba realmente, la integración al colectivo escolar y extraescolar del adolescente con obesidad exógeno, y de cómo el no lograrlo puede repercutir no solo en la evolución antropométrica, sino también en la disciplina ante el tratamiento, el rendimiento escolar, la adecuación del medio socio-familiar y el proceso de formación de la personalidad del adolescente, sobre todo, en esta etapa de la vida, caracterizada por una serie de contradicciones y procesos de cambios, donde la integración al colectivo escolar y extraescolar, resulta un elemento decisivo en su desarrollo integral.

Otro elemento tenido en cuenta en este estudio, es la de ubicar al obeso bajo tratamiento dentro de su contexto socio-familiar y hacer partícipe a estos últimos

del tratamiento, aspecto que no se ha tenido en cuenta en la mayoría de los tratamientos psicológicos contra la obesidad, y aquello que lo han tenido en cuenta, han adolecido en considerar a la familia como una formación estática, sin movimiento; ignorando la búsqueda de fuentes de desarrollo de la familia,

limitándose al estudio de mecanismos para la conservación del equilibrio familiar, es decir de su buen funcionamiento. Estos estudios no tienen en cuenta el hecho de que, en los conflictos familiares intervienen factores socio-económicos, culturales, así como aquellos de carácter individual.

No tener en cuenta que la familia, como grupo, pertenece a un contexto socio-económico específico y a su vez presenta mecanismos propios de autorregulación, ha conducido a que en estos estudios, solo se realicen análisis parciales e incompletos de la familia, lo cual imposibilita el verdadero conocimiento y comprensión de los problemas familiares y por tanto, de sus posibilidades de transformación, aspecto que ineludiblemente determinaría en la más efectiva evolución del tratamiento contra la obesidad.

En este tratamiento, se han tenido en cuenta las variables de tipo biológico y fisiológico, independientemente de que el tratamiento se ha centrado en lo psicológico y en lo social, sobre la base de una educación integral, a partir de los resultados de investigaciones sobre el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, que ponen de manifiesto, que se trata de un problema complejo y multideterminado, donde los factores genéticos, biológicos, conductuales, familiares, económicos y culturales interactúan de modo complejo, afectando el desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

Al no existir claridad con respecto a la etiología de la obesidad, se plantea la necesidad de abordar psicológicamente este problema con un enfoque que considere tanto la etiología como en la manutención de la obesidad, variables cognitivas, variables afectivas y variables ambientales. Esto debiera traducirse en un abordaje interdisciplinario y específico a cada paciente, surgiendo por lo tanto la necesidad de realizar una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del paciente obeso que consulta por este problema.

En el adolescente el tratamiento se debe involucrar directamente a la familia y sería deseable que tanto los amigos como los compañeros con los que convive sean miembros activos en el proceso. Es necesario elaborar tratamientos que aúnen el componente dietético-nutricional, psicológico-psiquiátrico, familiar y de actividad-condición física. Y por supuesto, no se puede olvidar que todos los estamentos tanto sociales como institucionales se deben involucrar en este proceso. (19, 20.)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuales son los factores psicosociales asociados a la presentación de obesidad y la influencia de esta en la morbilidad psicológica del niño que acude por primera vez al servicio de pediatría del HGM, O.D, durante el periodo marzo 2007 a marzo 2008?

JUSTIFICACION

La obesidad en niños y adolescentes de los países industrializados y aquellos que se encuentran en vías de desarrollo se ha incrementado notablemente en las últimas 2 décadas, de tal forma que se ha convertido en un problema de salud pública considerándose la epidemia del siglo XXI.

Existen determinantes socioculturales socioeconómicos y familiares que influyen en la presencia de esta enfermedad y es muy importante la repercusión que la obesidad tiene sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño.

De ahí la importancia de identificar estos factores relacionados oportunamente ya que de esta manera se modificarían variables teniendo como consecuencia un mejor resultado a corto plazo en la regulación del peso prolongando la vida del individuo en las mejores condiciones. Es de vital importancia implementar programas de medicina preventiva en donde la educación de los pacientes sea una actividad primordial sin olvidar que el tratamiento es multidisciplinario incluyendo los aspectos psicosociales.

La detección oportuna de los factores psicosociales relacionados a la obesidad es algo que puede realizarse por los servicios médicos de primer nivel de atención y sin implicar grandes gastos económicos, solo de la disponibilidad y capacitación adecuada del personal de salud, el presente estudio es viable de ser realizado.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Detectar los factores psicosociales asociados a la presentación de obesidad y su influencia en la morbilidad psicológica del niño que acude a la consulta externa del servicio de pediatría del HGM, O.D.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la presencia de sucesos personales que puedan influir de manera negativa en el niño con obesidad.
2. Determinar la presencia de factores de riesgo familiar asociados a la presencia de obesidad
3. Determinar si la obesidad se encuentra asociado a alteraciones conductuales en niños con obesidad
4. Determinar la presencia de aspectos sociales negativos asociados al niño con obesidad.
5. Determinar la autoestima del niño de acuerdo a la satisfacción o insatisfacción de su estado corporal.
6. Determinar la presencia de sentimientos de depresión en el niño con obesidad.
7. Determinar si los pacientes incluidos en este estudio han recibido apoyo psicológico como parte del tratamiento multidisciplinario de obesidad.

HIPOTESIS

No necesita ya que se trata de un estudio descriptivo

METODOLOGIA

MATERIAL Y METODOS

A.- DISEÑO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es observacional, descriptivo, prospectivo. El tipo de investigación es epidemiológico.

B.-UNIVERSO DE TRABAJO

Detección de los factores de riesgo psicosociales asociados ala presentación de obesidad y la influencia de esta en la morbilidad psicológica del niño se realizo en pacientes atendidos específicamente por primera vez en la consulta externa del Hospital General de México, O,D.

C.-LIMITE DE ESPACIO

Pacientes de primera vez de la consulta externa del servicio de pediatría del Hospital General de México.

D.-LIMITE DE TIEMPO

Pacientes captados durante el periodo de marzo del 2007 al mes de marzo del 2008.

E.-UNIVERSO DE TABAJO

CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes de 12 a 16 años de edad sin importar el sexo
- Pacientes que acudan a la consulta externa de primera vez sin importar el lugar de origen
- Pacientes que acudieron en el periodo del 01 de marzo del 2007 al 31 de marzo del 2008
- Pacientes que cumplieran la definición operacional de obesidad
- Pacientes que cuenten con cuestionarios de captura con llenado completo (anexos 1 y 2)

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes de 11 años o menores
- Pacientes de 17 años o mayores
- Pacientes canalizados o referidos de otra unidad medica sin importar el nivel de atención
- Pacientes que no cumplan con el diagnostico operacional de obesidad
- Pacientes que no se autorice por los familiares la participación en el estudio

G.-DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se captaran a los pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión ya mencionados. A cada uno se le investigara, previa autorización del familiar durante un interrogatorio directo e indirecto la edad, sexo , datos de identificación además de los factores de riesgo asociados al padecimiento antes mencionados entre los que se encuentran , suceso de vida personales, eventos familiares , así como las consecuencias psicológicas que pueden desarrollarse secundarias al padecimiento por ejemplo alteraciones conductuales, insatisfacción corporal , sentimientos negativos.

Todo ello capturado en l cuestionario de captura tipo machote (anexo 2) y un cuestionario estructurado llamado "Sucesos de Vida". De dicho cuestionario se obtuvo un índice de confiabilidad global de Kuder Richardson de alfa .89, además de una confiabilidad de .76 para los reactivos positivos y de .88 para los negativos, lo que puede considerarse como un instrumento confiable. La validación se llevo a cabo a través del método de jueces. Se encontró que el 88% de los reactivos obtuvieron un acuerdo entre jueces de 70%, 71.2% de los reactivos fueron clasificados dentro del mismo rubro por 80% de los jueces esto indica que el instrumento posee una buena validez de constructo. (anexo 1).

Se calificaran y se analizaran los datos obtenidos y se utilizaran estadísticas descriptivas utilizando tablas y graficas de porcentaje.

Los recursos humanos que intervendrán esta conformado por personal capacitado propio del hospital

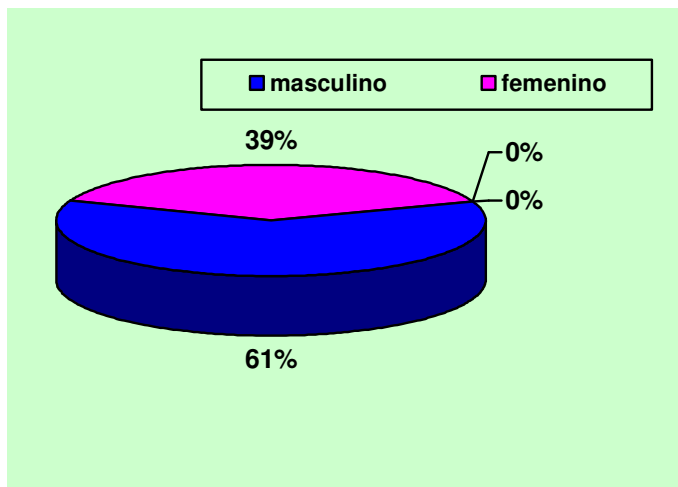
CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio titulado "factores psicosociales asociados a la presentación de obesidad y su influencia en la morbilidad psicológica del niño, estudio de la consulta externa de pediatría en el Hospital General de México; cumple con los acuerdos establecidos y la declaración de Helsinki, así como la ley general de salud sin constituir ningún riesgo para el paciente

RESULTADOS

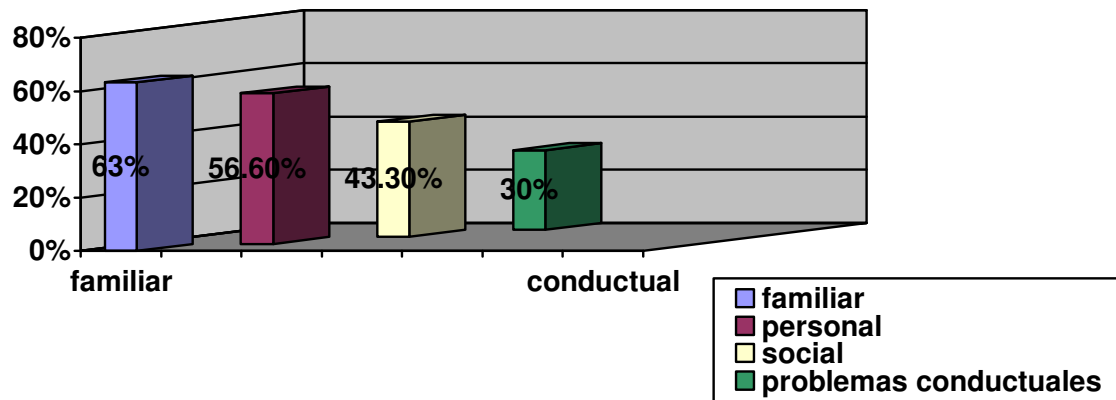
Se revisaron 31 pacientes de pacientes que acudieron por primera vez al servicio de pediatría del HGM, OD, durante el periodo marzo 2007 a marzo del 2008 a los cuales se les aplico un cuestionario tipo machote y uno tipo estructurado. De estos pacientes el 38.70% (n=12) mujeres y el 61.29%(n=19) fueron hombres. (grafica 1)

Grafica 1 Distribución De Género



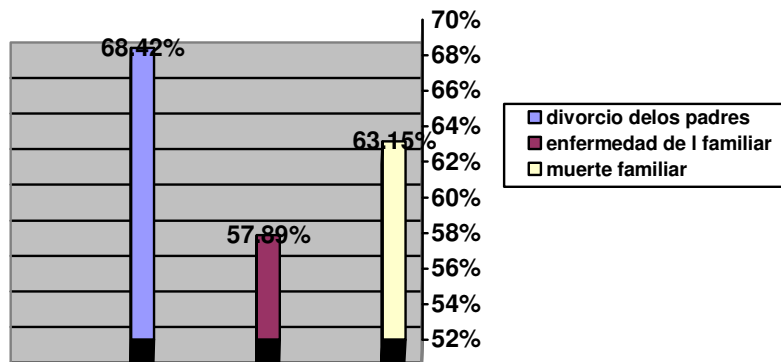
De los aspectos psicosociales de los pacientes estudiados el aspecto con mayor irrelevancia en estos pacientes asociado a obesidad, fueron los aspectos familiares con un 63%, seguido de los aspectos personales con un 56.6%, del total de pacientes, en cuanto a los aspectos sociales se encontraron presentes en un 43.3% del total de pacientes. Tan solo un 30% de ellos manifiesta problemas conductuales. (Grafica 2)

Grafica 2. Aspectos psicosociales



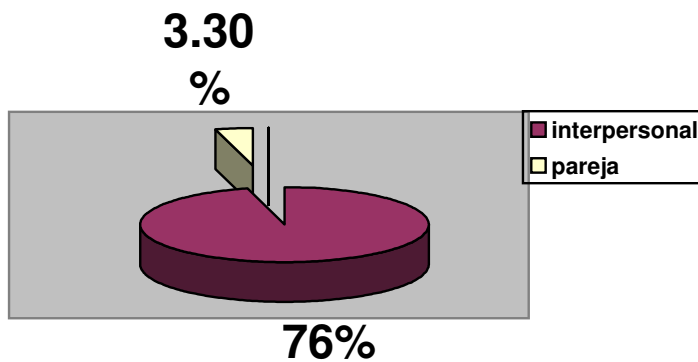
De los factores familiares asociados predominó el divorcio de los padres en un 68.42% seguido de enfermedades graves en la familia con un 57.89%, la muerte de algún familiar cercano se observó en un familiar en este caso los abuelos se encontró en el 63% de los pacientes (grafica 3)

Grafica 3: área familiar



En cuanto al área social los factores presentes se encontró principalmente con conflictos relaciones interpersonales en un 76% quedando en un bajo porcentaje relación de pareja en un 3.3% (grafica 4)

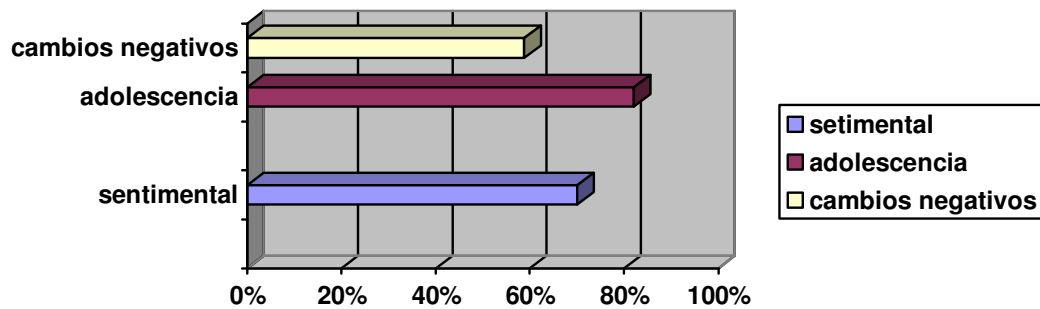
Grafica 4.- área social



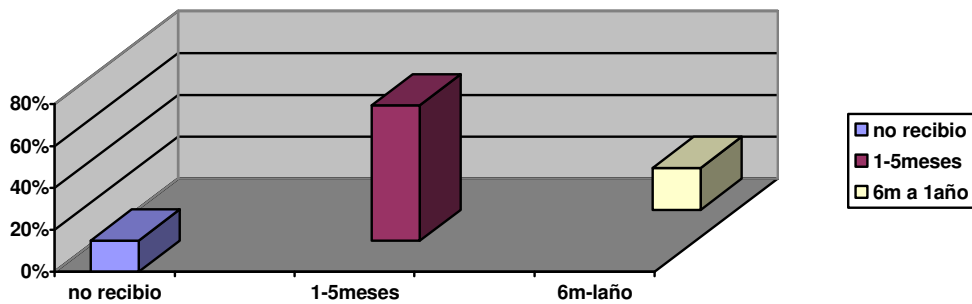
Los sucesos personales que se presentaron fueron sentimentales en un 70.5%, adolescencia vista por los pacientes como algo negativo un 82%, con ello acompañado de cambios negativos en la forma de ser 58.8%. (Grafica 5)

De estos pacientes el 64.6% fue lactado entre el mes de edad y los 5 meses, el 15% no fue lactado y el resto 20% fue lactado desde los 6 meses hasta el año de edad. (grafica 6)

Grafica 5.-aspectos personales

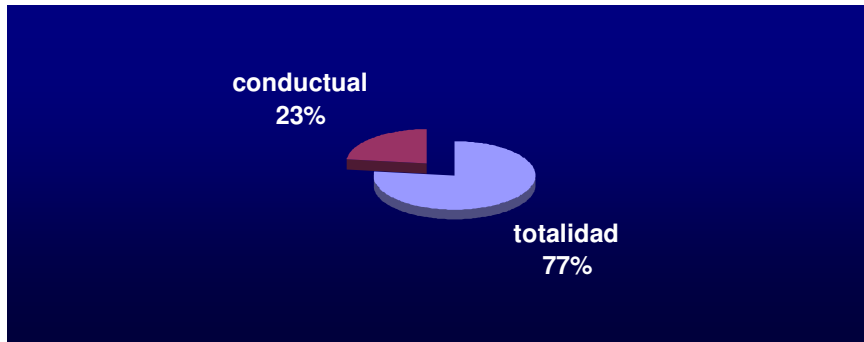


Grafica 6.- duración de la lactancia materna



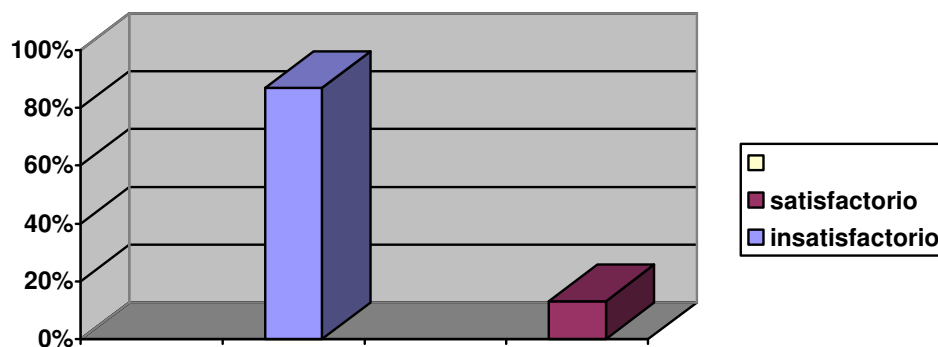
De la totalidad de pacientes llama la atención que solo un 30% presento problemas conductuales de estos la mayor parte 48% relacionados a la escuela. (Grafica 7)

Grafica 7 alteraciones conductuales.



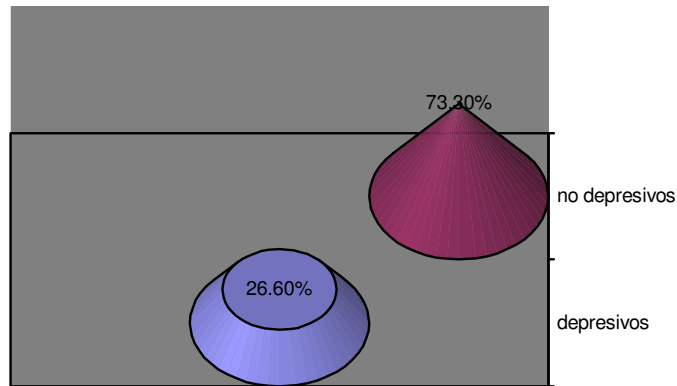
Se valoro el grado de autoestima en los pacientes de acuerdo a su percepción corporal encontrando que de la totalidad de pacientes el 87% catalogan como insatisfactoria su imagen corporal y únicamente el 13% lo catalogo como satisfactorio. (grafica 8)

Grafica 8 satisfacción corporal



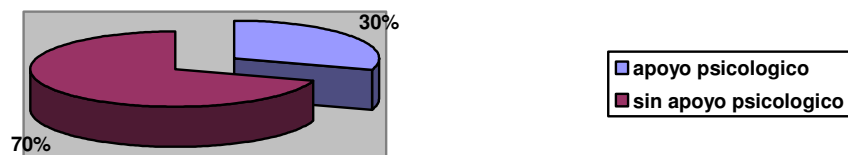
Dentro de los hallazgos en cuanto a los sentimientos que provoca la obesidad encontramos curiosamente que únicamente el 26.6% de ellos manifestaron “depresión” definido por ellos de ese modo, contra el 73.3% que lo negaron en el cuestionario. (grafica 9)

Grafica 9.- síntomas negativos causados por obesidad en los niños

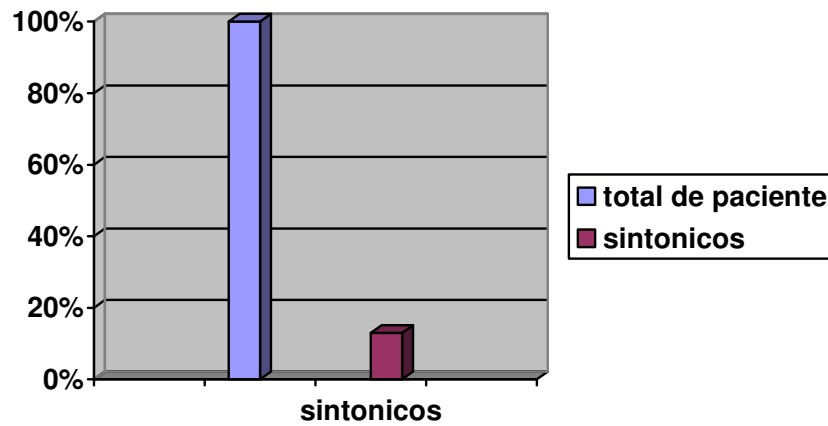


En cuanto al tratamiento multidisciplinario que debería conllevar el paciente obeso, se encuentra el tratamiento psicológico, en este estudio se encontró que de la totalidad de pacientes el 70% no acudieron en ningún momento al psicólogo o terapeuta, y el 30% que en algún momento acudió fue previo a la consulta por obesidad. Llama la atención que durante la captación de pacientes ninguno fue derivado al área psicológica. (grafica 10)

Grafica 10. atención psicológica



Cabe mencionar que como hallazgo durante el estudio se observó que del 13% de pacientes cuya imagen corporal se refirió como satisfactoria los padres también eran obesos por lo que se consideró a los pacientes como Sintónicos con las expectativas familiares. (Grafica 11)



CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos puede observarse que el ámbito familiar fue uno de los más importantes factores asociados a la obesidad. Es sabido que en familias numerosas, monoparentales, con padres separados, cuando los cuidados del niño se confían a otras personas, en caso de depresión materna ausencia de lactancia materna, cuando se niega el problema o no se realizan adecuados controles sanitarios, el riesgo de obesidad aumenta. Comer para estas personas significa el quitar de en medio una situación incómoda que les permita temporalmente sentirse mejor, lo malo de esta temporalidad es que no resuelve el problema, se utiliza la comida como una estrategia de evasión ante problemas familiares.

Existen factores relacionados a vivencias personales así como familiares que pueden ser factores influyentes en la incapacidad para llegar al peso ideal o bien mantenerse creando conflictos psicológicos secundarios.

Las condiciones del ambiente en que se desenvuelve un paciente influirán en su percepción en cuanto a su funcionamiento, así como el propio bienestar psicológico, físico o social, en especial por las características de una enfermedad estigmatizada por la sociedad como lo es la obesidad. La sociedad es hostil con los individuos que tienen sobrepeso.

La estabilidad psíquica requiere mantener un cierto equilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones. Cuando de manera más o menos permanente, la balanza se inclina hacia el lado de las insatisfacciones, las personas necesitan reponer el equilibrio perdido para mantener la salud psicológica.

Relacionado a lo anterior se menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad es la pérdida de la autoestima la cual puede llevar a la persona a un cuadro de depresión usando la comida para aliviarla, hay una alta incidencia en la insatisfacción con referencia a la imagen corporal. Se plantea que sin esta es una sociedad con cánones de belleza muy exigentes como lo es la delgadez ¿Qué puede suceder con los niños y niñas que no cumplen con los criterios ideales que marca nuestra sociedad?

Debido a todo lo anterior el tratamiento actual del sobrepeso en la infancia se basa en la modificación de los estilos de vida. El tratamiento de la obesidad no

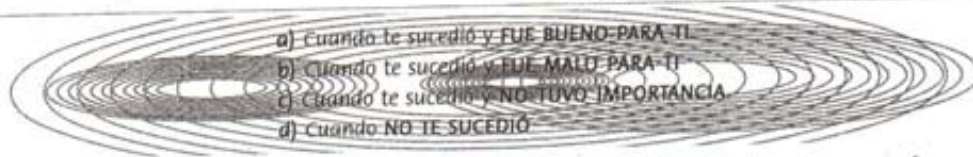
es fácil y en la mayoría de los casos conduce al fracaso. La obesidad es una enfermedad marcadamente resistente al tratamiento, situación relacionada tal vez con otros factores ambientales. Para realizar un tratamiento adecuado se requiere un equipo multidisciplinar compuesto de pediatras, médicos de familia, dietistas, psicólogos y psiquiatras.

Dada la evolución de la obesidad resulta importante trabajar en la investigación en el área psicológica y social que actualmente es escasa sobre todo si se la compara con las investigaciones médicas, para poder comprender los distintos aspectos que se ponen en juego en esta patología a la hora de tratarla. Factor importante en este estudio, ninguno de los pacientes fue enviado para apoyo psicológico, siendo como vimos que la mayor parte de ellos presenta factores sociales, familiares o personales que afectan su vida.

Instrucciones

Si algunos de los sucesos listados a continuación te han ocurrido en los últimos doce meses, indícalo rellorando el círculo correspondiente en la Hoja de respuestas.

NO MARQUES ESTE CUADERNILLO



- a) Cuando te sucedió y FUE BUENO PARA TI
- b) Cuando te sucedió y FUE MALO PARA TI
- c) Cuando te sucedió y NO TUVO IMPORTANCIA
- d) Cuando NO TE SUCEDIÓ

Sucesos que te han ocurrido en los últimos doce meses	a) Me sucedió y fue bueno para mí	b) Me sucedió y fue malo para mí	c) Me sucedió y no tuvo importancia	d) No me sucedió
1. Nacimiento de un hermano.	a	b	c	d
2. Cambié de escuela.	a	b	c	d
3. Mejoraron mis relaciones con otras personas.	a	b	c	d
4. Obtuve mi permiso o licencia de manejo.	a	b	c	d
5. Mi papá perdió su trabajo.	a	b	c	d
6. Dejé de fumar.	a	b	c	d
7. Me sorprendieron haciendo trampa o mintiendo en la escuela.	a	b	c	d
8. Algún hermano(a) se fue de la casa.	a	b	c	d
9. Empecé la secundaria o la preparatoria.	a	b	c	d
10. Murió un(a) amigo(a) cercano(a).	a	b	c	d
11. Abusaron sexualmente de mí o fui violada(o).	a	b	c	d
12. Tuve un fracaso (en la escuela, deportes o alguna otra actividad).	a	b	c	d
13. Mi mamá perdió su trabajo.	a	b	c	d
14. Me enviaron con un psicólogo o terapeuta.	a	b	c	d
15. Robé algo valioso.	a	b	c	d
16. Me casé.	a	b	c	d
17. Mi padre se fue de la casa.	a	b	c	d
18. Me expulsaron de la escuela o de algún curso.	a	b	c	d
19. Fui asaltado(a) o golpeado(a).	a	b	c	d
20. Tuve una desilusión amorosa.	a	b	c	d
21. Disminuyeron los ingresos de mi familia.	a	b	c	d

Pasa a la siguiente página →





NO MARQUES ESTE CUADERNILLO

Sucesos que te han ocurrido en los últimos doce meses	a) Me sucedió y fue bueno para mí	b) Me sucedió y fue malo para mí	c) Me sucedió y no tuvo importancia	d) No me sucedió
22. Estoy en libertad condicional.	a	b	c	d
23. Casi no tengo tiempo libre.	a	b	c	d
24. Mi madre se fue de la casa.	a	b	c	d
25. Tuve problemas en la escuela con algún(os) maestro(s).	a	b	c	d
26. Comparto más tiempo con mis amigos(as) o compañeros(as).	a	b	c	d
27. Tuve relaciones sexuales por primera vez.	a	b	c	d
28. Perdí mi empleo.	a	b	c	d
29. Empecé a trabajar medio tiempo.	a	b	c	d
30. Subí mucho de peso.	a	b	c	d
31. Fui encarcelado por robar.	a	b	c	d
32. El trabajo de mi papá cambió y está más tiempo fuera de casa.	a	b	c	d
33. Reprobé o repetí un año escolar.	a	b	c	d
34. Tuve un contacto sexual con una persona de mi mismo sexo.	a	b	c	d
35. No duermo lo suficiente.	a	b	c	d
36. Conseguí mi primer empleo de tiempo completo.	a	b	c	d
37. Bajé mucho de peso.	a	b	c	d
38. Tomé drogas.	a	b	c	d
39. Reprobé un examen o un curso importante.	a	b	c	d
40. Mi mamá empezó a trabajar fuera de casa.	a	b	c	d
41. Me suspendieron de la escuela.	a	b	c	d
42. Empecé a tener novio(a).	a	b	c	d
43. Me embaracé (si eres mujer) o embaracé a mi novia (si eres hombre).	a	b	c	d
44. Tuve un logro personal sobresaliente.	a	b	c	d
45. No tengo dinero.	a	b	c	d
46. Tuve un accidente.	a	b	c	d
47. Abusé del alcohol.	a	b	c	d
48. Un miembro de la familia se suicidó.	a	b	c	d

Pasa a la siguiente página →

MIP
63-3

Sucesos de Vida

Hoja de respuestas
0106

2



NOMBRE

FECHA

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre(s)

Instrucciones

No maltrate ni doble esta hoja. Marque con lápiz del N° 2 ó 2 1/2. No use pluma ni marcador. Marque su respuesta llenando completamente el círculo que corresponde.

MARQUE ASÍ: ●

No marque así: ⊗ ⊙ ⊚

EN CASO DE ERROR, BORRE COMPLETAMENTE

Número de identificación	Semestre	Edad	Sexo	Escolaridad	A	B	C
0 0 0 0 0 0 0 0	0	0	Masculino <input type="radio"/>	Primaria <input type="radio"/>	0 0	0 0	0 0 0
1 1 1 1 1 1 1 1	1	1 1	Femenino <input type="radio"/>	Secundaria <input type="radio"/>	1 1	1 1	1 1 1
2 2 2 2 2 2 2 2	2	2 2	Estado civil		2 2	2 2	2 2 2
3 3 3 3 3 3 3 3	3	3 3	Soltero <input type="radio"/>		3 3	3 3	3 3 3
4 4 4 4 4 4 4 4	4	4 4	Casado <input type="radio"/>		4 4	4 4	4 4 4
5 5 5 5 5 5 5 5	5	5 5	Unión libre <input type="radio"/>		5 5	5 5	5 5 5
6 6 6 6 6 6 6 6	6	6 6	Divorciado <input type="radio"/>		6 6	6 6	6 6 6
7 7 7 7 7 7 7 7	7	7 7	Separado <input type="radio"/>		7 7	7 7	7 7 7
8 8 8 8 8 8 8 8	8	8 8	Viudo <input type="radio"/>		8 8	8 8	8 8 8
9 9 9 9 9 9 9 9	9	9 9			9 9	9 9	9 9 9

RESPUESTAS

- | | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1. (A B C D E F) | 2. (A B C D E F) | 3. (A B C D E F) | 4. (A B C D E F) |
| 5. (A B C D E F) | 6. (A B C D E F) | 7. (A B C D E F) | 8. (A B C D E F) |
| 9. (A B C D E F) | 10. (A B C D E F) | 11. (A B C D E F) | 12. (A B C D E F) |
| 13. (A B C D E F) | 14. (A B C D E F) | 15. (A B C D E F) | 16. (A B C D E F) |
| 17. (A B C D E F) | 18. (A B C D E F) | 19. (A B C D E F) | 20. (A B C D E F) |
| 21. (A B C D E F) | 22. (A B C D E F) | 23. (A B C D E F) | 24. (A B C D E F) |
| 25. (A B C D E F) | 26. (A B C D E F) | 27. (A B C D E F) | 28. (A B C D E F) |
| 29. (A B C D E F) | 30. (A B C D E F) | 31. (A B C D E F) | 32. (A B C D E F) |
| 33. (A B C D E F) | 34. (A B C D E F) | 35. (A B C D E F) | 36. (A B C D E F) |
| 37. (A B C D E F) | 38. (A B C D E F) | 39. (A B C D E F) | 40. (A B C D E F) |
| 41. (A B C D E F) | 42. (A B C D E F) | 43. (A B C D E F) | 44. (A B C D E F) |
| 45. (A B C D E F) | 46. (A B C D E F) | 47. (A B C D E F) | 48. (A B C D E F) |
| 49. (A B C D E F) | 50. (A B C D E F) | 51. (A B C D E F) | 52. (A B C D E F) |
| 53. (A B C D E F) | 54. (A B C D E F) | 55. (A B C D E F) | 56. (A B C D E F) |

57. (A B C D E F) 58. (A B C D E F) 59. (A B C D E F) 60. (A B C D E F)
61. (A B C D E F) 62. (A B C D E F) 63. (A B C D E F) 64. (A B C D E F)
65. (A B C D E F) 66. (A B C D E F) 67. (A B C D E F) 68. (A B C D E F)
69. (A B C D E F) 70. (A B C D E F) 71. (A B C D E F) 72. (A B C D E F)
73. (A B C D E F) 74. (A B C D E F) 75. (A B C D E F) 76. (A B C D E F)
77. (A B C D E F) 78. (A B C D E F) 79. (A B C D E F) 80. (A B C D E F)
81. (A B C D E F) 82. (A B C D E F) 83. (A B C D E F) 84. (A B C D E F)
85. (A B C D E F) 86. (A B C D E F) 87. (A B C D E F) 88. (A B C D E F)
89. (A B C D E F) 90. (A B C D E F) 89. (A B C D E F) 92. (A B C D E F)
92. (A B C D E F) 94. (A B C D E F) 95. (A B C D E F) 96. (A B C D E F)
97. (A B C D E F) 95. (A B C D E F) 99. (A B C D E F) 100. (A B C D E F)
101. (A B C D E F) 102. (A B C D E F) 103. (A B C D E F) 104. (A B C D E F)
105. (A B C D E F) 106. (A B C D E F) 107. (A B C D E F) 108. (A B C D E F)
109. (A B C D E F) 110. (A B C D E F) 111. (A B C D E F) 112. (A B C D E F)
113. (A B C D E F) 114. (A B C D E F) 115. (A B C D E F) 116. (A B C D E F)
117. (A B C D E F) 118. (A B C D E F) 119. (A B C D E F) 120. (A B C D E F)
121. (A B C D E F) 122. (A B C D E F) 123. (A B C D E F) 124. (A B C D E F)
125. (A B C D E F) 126. (A B C D E F) 127. (A B C D E F) 128. (A B C D E F)
129. (A B C D E F) 130. (A B C D E F) 131. (A B C D E F) 132. (A B C D E F)
137. (A B C D E F) 134. (A B C D E F) 135. (A B C D E F) 136. (A B C D E F)
137. (A B C D E F) 138. (A B C D E F) 139. (A B C D E F) 140. (A B C D E F)
141. (A B C D E F) 142. (A B C D E F) 143. (A B C D E F) 144. (A B C D E F)
145. (A B C D E F) 146. (A B C D E F) 147. (A B C D E F) 148. (A B C D E F)
149. (A B C D E F) 150. (A B C D E F) 151. (A B C D E F) 152. (A B C D E F)
153. (A B C D E F) 154. (A B C D E F) 155. (A B C D E F) 156. (A B C D E F)
157. (A B C D E F) 158. (A B C D E F) 159. (A B C D E F) 160. (A B C D E F)
161. (A B C D E F) 162. (A B C D E F) 163. (A B C D E F) 164. (A B C D E F)
165. (A B C D E F) 166. (A B C D E F) 167. (A B C D E F) 168. (A B C D E F)
169. (A B C D E F) 170. (A B C D E F) 171. (A B C D E F) 172. (A B C D E F)
173. (A B C D E F) 174. (A B C D E F) 175. (A B C D E F) 176. (A B C D E F)

Anexo 2

INTERROGATORIO ANEXO AL NIÑO

COMO ES LA COMUNICACIÓN CON TUS PADRES

COMO TE SIENTES CON RESPECTO A TU ASPECTO

CONTESTA AQUÍ LA ULTIMA PREGUNTA DEL CUESTIONARIO.

INTERROGATORIO A LA MADRE
DE CUANTAS SEMANAS DE GESTACION FUE EL EMBARAZO

A QUE EDAD SE RETIRO EL SENO MATERNO

QUIEN ESCOGIO EL NOMBRE DEL NIÑO, QUIEN DE LA FAMILIA SE LLAMA
COMO EL , (DESCRIBIR FISICAMENTE AL FAMILIAR CON EL MISMO NOMBRE
QUE EL NIÑO)

•
:

EL EMBARAZO FUE PLANEADO

CON QUIEN DUERME EL NIÑO

QUE LUGAR OCUPA EN LA FAMILIA

1er hijo 2º hijo 3er hijo otros cual?

QUIENES VIVEN CON EL NIÑO

COMO ES LA COMUNICACIÓN CON EL NIÑO, COMO CONSIDERA LA
PERSONALIDAD DEL NIÑO

NO MARQUES ESTE CUADERNILLO

Sucesos que te han ocurrido en los últimos doce meses	a)	b)	c)	d)
	Me sucedió y fue bueno para mí	Me sucedió y fue malo para mí	Me sucedió y no tuvo importancia	No me sucedió
49. Mis padres se separaron o divorciaron.	a	b	c	d
50. Rompí con mi novio(a).	a	b	c	d
51. Menstrué por primera vez.	a	b	c	d
52. Gané un premio deportivo importante.	a	b	c	d
53. Me enfermé seriamente y pasé un tiempo en el hospital.	a	b	c	d
54. Me peleé en la escuela.	a	b	c	d
55. Un amigo(a) de la familia se suicidó.	a	b	c	d
56. Mi papá se casó de nuevo.	a	b	c	d
57. Me fui de pinta.	a	b	c	d
58. Me dieron permiso de salir con un(a) muchacho(a) por primera vez.	a	b	c	d
59. Empiezo a cambiar físicamente.	a	b	c	d
60. Empecé a fumar.	a	b	c	d
61. Tuve cambios negativos en mi forma de ser.	a	b	c	d
62. Perdí algo muy preciado.	a	b	c	d
63. Mi hermano(a) fue encarcelado(a).	a	b	c	d
64. Estuve condicionado(a) en la escuela.	a	b	c	d
65. Dejé de robar.	a	b	c	d
66. Mi papá fue enviado a prisión por un año o más.	a	b	c	d
67. Soy lastimado(a) o alguien abusa de mí físicamente.	a	b	c	d
68. Siento el rechazo de algunos maestros.	a	b	c	d
69. La curiosidad sexual me llevó a mi primera relación sexual.	a	b	c	d
70. Empecé a consumir drogas.	a	b	c	d
71. Me castigaron por haber robado.	a	b	c	d
72. Perdí la calma y le hice daño a alguien.	a	b	c	d
73. Mi mamá fue enviada a prisión por un año o más.	a	b	c	d
74. Tuve un hijo.	a	b	c	d
75. Dejé de consumir drogas.	a	b	c	d
76. He pensado en matarme.	a	b	c	d
77. Mis abuelos vinieron a vivir a mi casa.	a	b	c	d

Pasa a la siguiente página →

BIBLIOGRAFIA

1. Moreno Asnar Luis Antonio. Obesidad. Delgado Rubio Alonso. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. España. Asociación Española de Pediatría. 2001; 353-9.
2. Guevara Chabacana Gamael Raúl. Obesidad infantil: algunos aspectos epidemiológicos económicos, sociales y culturales. Acta Pediatrica. 2006; 8: 77-120.
3. Fernández, Segura ME. Experiencias en el tratamiento de la obesidad infantil en pediatría de atención primaria. Revista Médica Colombiana. 2005; 3: 34-47.
4. Marquillas J. Bras. La obesidad en niños y adolescentes, problema complejo. Revista Pediatrica de Atención Primaria. 2005; 7: 189-191
5. Martínez Rubio Ana. la obesidad infantil, un reto para los pediatras del siglo XXI. Rev. Pediatrica Sevilla. 2005; 4: 13-54.
6. Edmundo L. Waters E. Manejo de la obesidad infantil basado en la evidencia. British Medical Journal. 2001;323: 916-9.
7. Verónica Vázquez Velásquez. Psicología y Nutrición. Revista de Endocrinología y Nutrición. 2001; 9 : 91-6.
8. Caminal Josefina Y Padró. Hábitos Alimentarios En La Infancia: El Papel De Los Servicios Sanitarios Y Los Factores De Contexto Social, Sumario Cuadernos De Pediatría Social. 2005; 8: 9-13.
9. Fullerat Alonso R. Psicología y Nutrición en el desarrollo ontogenetico en la edad infanto juvenil. Rev. Nutrición Hospitalaria. 2004; 19: 209-224.
10. Silvestre Eliana. Stavile Eduardo. Aspectos Psicológicos de Obesidad. Revista de la Asociación Argentina. 2005; 300: 1-104.
11. Cussinye Caníbal Sandra. Aplicación del programa de tratamiento integral para la obesidad infantil “niños en movimiento”. Tesis Doctoral. 2005 :1-250.
12. Montero J.C. Fachini M. Tratamiento integral de la obesidad y su prevención. Anales de pediatría. 2002; 6: 916-9.

13. López-Alvarenga Juan Carlos. Vázquez-Velázquez Verónica. Influencia de los padres sobre preferencias alimentarias en niños de 2 escuelas primarias con diferente estrato socioeconómico. *Gaceta Médica Mexicana*. 2007; 143: 463-8.
14. Alvarado Sánchez Alicia Maria. Guzmán Benavides Evelyn. Obesidad ¿baja autoestima? en pacientes con obesidad. *Red de Revistas Científicas de America Latina*. 2005; 10: 417-28.
15. Núñez Rivas Hilda Patricia. Las Creencias sobre obesidad en estudiantes de la educación básica. *Red de Revistas Científicas de America Latina*. 2007; 31:145-64
16. Epstein L. Myers M. Tratamiento de la Obesidad. *Pediatrics*. 1998; 101 : 554-70
17. Wilson Reilly JJ. Diagnostico, tratamiento y prevención de la obesidad infantil. *Pediatría Basada en la Evidencia*. 2002; 86: 392-95.
18. Casados Maria Isabel. Camuñas Nuria. Intervención Cognitivo-Conductual En Pacientes Obesos: Implantación de Un Programa De Cambios En Hábitos De Alimentación. *Revista Electrónica de Psicología*. 1997; 1:1-18.
19. Gomes A. Marcos. Intervención Integral del Adolescente. *Revista Médica Universal Navarra*. 2006; 4: 23-5.
20. Villaseñor Gallardo Sergio Javier. Salud Mental y Obesidad. *Red de Revistas Científicas de America Latina*. 2006; 8: 86-90.