UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN TALLER DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA DIRIGIDO A ADOLESCENTES CON OBESIDAD Y/O SOBREPESO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

BEATRIZ ADRIANA RAMÍREZ HERNÁNDEZ

DIRECTORA DE LA TESINA:

LIC. MARÍA EUGENIA GUTIÉRREZ ORDÓÑEZ

Ciudad Universitaria, D.F. Octubre, 2010

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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 Y DEDICATORIAS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por permitirme realizar este proyecto de vida, por formarme profesional, cultural, social y psicológicamente para poder llevar a cabo cualquier meta que me proponga; gracias UNAM por ser mi hogar, por llenar de energía y júbilo mi mente y espíritu, por darme la oportunidad de vivirte, disfrutarte y portar orgullosamente tu escudo, cantar tu himno y corear tu GOYA.

A mis padres, Angelina y José Luis, por todo su apoyo, gracias por confiar en mí, en mis decisiones y mis proyectos; Mami gracias por guiarme con tu buen ejemplo de lucha y dedicación, por tu amor y entrega a tu familia, eres un motor que me da energía cada día.

A las tres mujeres más importantes de mi vida, Gaby, Soco y Claudia, son mi ejemplo de vida y admiración, gracias por su confianza, apoyo, guía y amor. Son los cimientos que sostienen la enorme torre de mi vida.

A mi eterno cómplice, Agusto, por su apoyo y amor, por alimentar mi espíritu y mente cada día, por compartir conmigo el interés por esta hermosa profesión, y por enriquecer con sus aportaciones y comentarios todos los aspectos de mi vida. Por la locura compartida TA.

A mis amigas y amigos: Luz, Gar, Mike, Darío, César, por ser parte fundamental de esta aventura llamada vida, por enriquecer mi existir, por hacer de mí una mejor persona, por su amor y tolerancia para hacer de cada día un suceso. Gracias banda!

A mis amigas y amigos: Nayeli, Pamela, Cynthia Angel y José Luis, por hacerme siempre feliz, por dar los primeros pasos de esta mágica aventura conmigo, por su alegría y drama, por que los admiro y quiero como hace 14 años.

A mis amigos, amigas y además colegas: Laura, Silvia, Bere, Bianca, Tere, Sonia, Marco y Tona, por llegar a mi vida y compartir esta hermosa profesión, por hacer de mi estancia en la Facultad una experiencia inolvidable, por su apoyo y amistad. Gracias colegas psicólogos!

A First Data, por ser el sustento para que muchos proyectos, incluidos este trabajo se puedan llevar a cabo, por ser una segunda casa, por su enseñanza y por la gente que he conocido ahí, a la cual admiro y aprecio incondicionalmente

Finalmente agradezco también, a la Facultad de Ingeniería, por enseñarme que a pesar de que el camino no es fácil, es posible; que lo importante es sentirse plenos aquí y ahora, con nosotros mismos, que hay que mirar hacia adelante y no voltear atrás.

DEDICATORIAS ESPECIALES

Quiero dedicar este trabajo especialmente a los niños y adolescentes mexicanos, ya que es un material para ellos, deseando que sea una aportación para mejorar su calidad de vida.

Dedico además este trabajo a mis sobrinos Sofía, Mauricio y Diego, no por ser niños obesos, sino por ser mi principal preocupación al momento de redactar la problemática del tema de este trabajo y por que los amo.

Agradezco y dedico en especial este trabajo a Guadalupe Hernández Lozano, mi abuelo, por todo el apoyo que siempre ha mostrado a mi familia, por ser el roble que la sostiene, y por ser de esos hombres admirables que este país necesita. Te quiero mucho Don Lupe!

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

A la profesora María Eugenia González, gracias por ser una guía, por compartir conmigo tu conocimiento y experiencia, por hacer de este trabajo un reto y ayudarme lograr mi objetivo. Para mí fue un placer trabajar contigo.

A la DEC, por todo el apoyo, por hacer programas que ayuden a los estudiantes a culminar sus proyectos de vida, y por la excelente organización que tienen en los mismos, fue una experiencia maravillosa ser parte de este proyecto.

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	**1**
INTRODUCCIÓN	**2**
CAPITULO 1. ADOLESCENCIA	**4**
1.1. Definición de Adolescencia.	4
1.2. Cambios físicos durante la adolescencia.	4
1.3. Desarrollo cognitivo.	7
1.4. Impactos psicológicos debido a los cambios en la adolescencia.	11
1.4.1. Importancia de la imagen corporal	11
1.4.2. Adolescencia precoz y tardía.	12
1.4.3. Aparición de la monarquía.	13
1.4.4. Control emocional durante la adolescencia.	13
1.4.5. Cambios en la personalidad y el carácter.	14
1.5. Desarrollo social.	15
1.5.1. Relaciones sociales.	15
1.5.2. Búsqueda de identidad.	16
1.5.3. Independencia, autoconcepto y autoestima.	18
1.6. Problemas relacionados con la adolescencia.	19
1.6.1. Trastornos alimenticios.	20
CAPITULO 2. OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA ADOLESCENCIA.	**22**
2.1. Concepto de obesidad y sobrepeso.	22
2.1.1. Medición de la obesidad.	23
2.1.2. Clasificación de obesidad.	24
2.2. Obesidad y sobrepeso en la adolescencia.	25
2.3. Etiología y factores de riesgo.	26
2.4. Epidemiología.	29
2.5. Nutrición y plato del buen comer.	32

2.6. Principales enfermedades causadas por obesidad. 36
2.7. Problemas psicológicos ocasionados por la obesidad. 37
2.8. Tratamientos. 38

CAPITULO 3. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA ALIMENTARIA. **41**
3.1. Autocontrol. 42
3.1.1. Técnicas que facilitan el cambio conductual. 44
3.1.2. Control de estímulos. 45
3.1.3. Autorreforzamiento y autocastigo. 46
3.2. Reestructuración cognitiva. 47
3.2.1. Terapia racional emotiva (TRE). 49
3.2.2. Terapia cognitiva de Beck. 51
3.2.3. Entranamiento autoinstruccional. 54
3.3. Técnica de solución de problemas. 55
3.4. Tratamiento psicológico de la obesidad y el sobrepeso para adolescentes a través de técnicas de modificación de conducta. 57

CAPITULO 4. PROPUESTA. **60**
4.1. Justificación. 60
4.2. Objetivo general. 61
4.3. Objetivos específicos. 61
4.4. Participantes. 61
4.5. Materiales. 62
4.6. Escenario. 62
4.7. Instrumentos de evaluación. 62
4.8. Procedimiento. 63
4.9. Fases de aplicación del taller. 63
4.10. Cartas de descriptivas de actividades. 64

CONCLUSIONES. **70**
ALCANCES. 73
LIMITACIONES. 74
SUGERENCIAS. 74
REFERENCIAS. **75**
ANEXOS.

RESUMEN

Este trabajo presenta a través de una revisión bibliográfica, las principales características de la obesidad y el sobrepeso, sus causas y consecuencias al presentarse durante la adolescencia, así como las implicaciones psicológicas que dicha enfermedad genera en los sujetos en esta etapa tan importante del desarrollo humano. Como profesionales de la salud es importante preocuparnos por el tratamiento psicológico que se puede brindar a los pacientes, por ello se documentan las principales técnicas de modificación de conducta para el cambio en la conducta alimentaria. Finalmente, esta tesina ofrece a los profesionales de la psicología un taller para adolescentes con problemas de obesidad y sobrepeso que busca informar a los jóvenes acerca del padecimiento, ayudarles a identificar las conductas y situaciones que los llevan a padecer esta enfermedad, ofrece una forma de intervención, que los dote de herramientas de autogestión, les permita abordar y resolver este padecimiento.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la obesidad y el sobrepeso son algunos de los problemas de salud más preocupantes y comunes en nuestro país, sin embargo para muchas personas representa sólo un “aspecto físico”, sin tomar en cuenta los riesgos y las repercusiones que pueden tener en el desarrollo físico y emocional de un individuo. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT (2006), en México el 39.5% de los hombres y mujeres adultos tienen sobrepeso y 31.7% obesidad, esto significa que el 70% de la población presenta un índice de masa corporal (IMC) superior a 25 kg/m2. Esto pone a nuestro país en segundo lugar a nivel mundial después de Estados Unidos.

Según Guillota, Adams y Markstrom (2000) la adolescencia es una de las etapas más importantes y vulnerables en el desarrollo humano, en ella el sujeto experimenta una serie de cambios físicos y psicológicos que son fundamentales para desarrollarse sanamente. Un adolescente con problemas de obesidad y sobrepeso está más expuesto a riesgos que afectan tanto su salud física, como emocional, y regularmente presentan conductas que contribuyen a aumentar su condición.

Según la ENSANUT (2006), la población de 12 a 19 años que presenta problemas de obesidad y sobrepeso es del 23.3% en mujeres y 21.1% en el caso de los hombres.
Existen una serie de factores de riesgo que rodean al adolescente los cuales contribuyen a que esta enfermedad vaya en progreso, o bien, a que se transforme en un desorden alimenticio, como la anorexia y la bulimia, que serían el otro extremo, lo que finalmente repercute en su desarrollo. Algunos de estos factores son: genéticos, los chicos son obesos debido a que regularmente sus padres presentan esta enfermedad; la alimentación, ya que regularmente los padres no prestan mucha atención a los que sus hijos comen; los medios masivos de comunicación y el acceso a la tecnología; así como la convivencia con otros adolescentes, el entorno en que se desarrollan y la familia.

Por otra parte, muchos adolescentes obesos se enfrentan a problemas de rechazo y discriminación, lo que genera inseguridad y mala adaptación social a causa de su baja autoestima y autoconcepto. Regularmente enfrentan burlas y maltratos de sus pares “no obesos” debido a su aspecto y su falta de capacidad para participar en actividades deportivas y/o sociales, por lo cual suelen ser aislados e introvertidos.

Además de afrontar que la obesidad y el sobrepeso son enfermedades que dañan la salud física y psicológica, es necesario lograr un cambio en el comportamiento de los pacientes. En la actualidad existen tratamientos psicológicos que buscan generar cambios en la conducta alimentaria, sensibilización, reforzamiento de autoestima y autoconcepto.

La presente tesina ofrece una propuesta de taller para modificar la conducta alimentaria en adolescentes que presentan problemas de obesidad y sobrepeso, busca sensibilizar e informar a los jóvenes acerca de los riesgos que implica esta enfermedad y ofrecerles alternativas para identificar y modificar conductas por las que descuidan su salud y su cuerpo, con el propósito de desarrollar hábitos alimenticios sanos que queden establecidos en su repertorio.

En el primer capítulo de este trabajo se explican las principales características de la adolescencia; en el segundo se detalla información acerca de obesidad, los riesgos a la salud y la aparición en la adolescencia; en el tercer capítulo se seleccionaron algunas técnicas de modificación de conducta que tienen relación con el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso, finalmente en el cuarto capítulo se presenta una propuesta de modificación conductual, para adolescentes de entre 12 y 15 años identificados con este padecimiento.

CAPITULO UNO
ADOLESCENCIA

1.1. Definición de Adolescencia.

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano entre la infancia y la adultez, comienza en la pubertad y termina cuando el ser humano es apto para la reproducción. Esta transición a la adultez ocurre aproximadamente a los 12 años y termina hacia los 20 años (Papalia, Wendkos & Dustin, 1978).

En esta etapa el sujeto está expuesto a cambios físicos, cognitivos y sociales, que originan una serie de respuestas psicológicas, que mezcladas con factores de riesgo, pueden afectar el sano desarrollo de los adolescentes (Erickson, 1974).

La palabra “adolescencia” proviene del verbo latino *adolescere*, que significa crecer. La adolescencia es una etapa de transición en la cual física y psicológicamente el niño pasa a la adultez. La adolescencia se divide en inicial y final, básicamente la inicial es aquella en la que se dan los cambios hacia la madurez sexual, y en la final está en la antesala a la juventud (Hurlock, 1980).

Hurlock (1980) indica que la adolescencia abarca entre los 13 a 18 años en mujeres y de 14 a 18 años en los varones. Es complicado delimitar esta etapa con exactitud debido a que los patrones de conducta en cada adolescente varían y generan una experiencia distinta.

1.2. Cambios físicos durante la adolescencia.

Delval (1994) indica que durante la adolescencia el ser humano sufre una serie de cambios físicos, que aunque no son los únicos, si son los más evidentes y están estrechamente ligados con los cambios sociales, los cuales introducen a los adolescentes en la sociedad adulta. Para este autor, el inicio de la adolescencia es la

pubertad, en la que se llevan a cabo una serie de modificaciones físicas importantes y tiene una fuerte dependencia de factores del ambiente social.

Tanner (1962, citado en Saavedra, 2004) señala que el desarrollo físico humano es un proceso continuo y progresivo, en el cual es complicado identificar una serie de momentos distintos, excepto por la adolescencia y pubertad, ya que es donde se nota una acelerada transformación del organismo.

Una señal de la aparición de la maduración en los chicos es el crecimiento repentino, se da un aumento de la tasa de crecimiento, lo que se conoce como estirón del crecimiento, que es el aumento de estatura y de talla.

De acuerdo a estudios de Tanner (1970, citado en Kail, et. al. 2007), dicho estirón se da primero en niñas que en niños, aproximadamente a los 11 años, llega a su máximo nivel a los 12 años, y termina a los 15 años. En los varones comienza aproximadamente a los 13 años, llega a su máximo nivel a los 14 años, y termina en promedio entre los 15 y 17 años. Para este autor, no todas las partes del cuerpo maduran de igual manera, la cabeza, las manos y los pies crecen primero, después los brazos y las piernas. Los hombros y el tronco es lo último en crecer. Estos cambios generan que el cuerpo luzca desproporcionado, afortunadamente esto no dura mucho.

Junto con el estiramiento ocurren una serie de cambios óseos y faciales que resultan muy notorios. Los rasgos faciales presentan proporciones ya muy parecidas a las de los adultos (Shaffer, 2007).

Además estos cambios implican un aumento de grasa corporal en ciertas zonas del cuerpo, lo que genera que algunos adolescentes luzcan “regordetes” o “llenitos” (Craig, 2001).

El cuerpo adopta una postura más adulta, al final del estirón el adolescente ha aumentado de estatura entre 28 cm. y 31 cm. en los varones, y entre 27.5 cm. y 29 cm. en las mujeres. Entre otros cambios muy notorios se da el ensanchamiento en la cadera en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en los varones (Shaffer, 2007).

Por otra parte se presentan una serie de cambios físicos relacionados con la maduración sexual: los cambios sexuales primarios y secundarios. Los primarios se refieren al crecimiento y maduración de los órganos sexuales durante la pubertad, es decir, el inicio de la menstruación en las mujeres y producción de semen en los hombres, los secundarios son cambios en el sistema óseo, crecimiento de vello corporal, la voz en los varones, el crecimiento de los senos en la mujer, aparición de vello púbico así como el ensanchamiento de la cadera. Por otra parte ocurre el aumento de talla y peso (Papalia et.al, 1978).

Delval (1994) señala que la forma y tamaño del cuerpo así como el desarrollo de órganos sexuales son las características más importantes en esta etapa. La mayoría de estos cambios se dan debido a la producción hormonal, en la que cada hormona actúa sobre un receptor específico, por ejemplo la testosterona tiene acción sobre las células del pene, etc.

Según Brooks-Gunn (1988, citado en Papalia et.al., 1978) son las hormonas las que están fuertemente ligadas a las emociones, es decir, los cambios emocionales que surgen en los adolescentes, como la agresión y la depresión, etc., tienen una explicación fisiológica que al combinarse con la social detona ciertas conductas características.

Existen regulaciones entre el sistema endocrino (hipófisis, tiroides, glándulas suprarrenales, gónadas -ovarios y testículos-), el sistema nervioso (principalmente el hipotálamo) y las hormonas sexuales y de crecimiento secretadas por estos órganos que actúan como responsables de estos cambios (Fierro, 2005).

En las mujeres, esta etapa se caracteriza por el inicio de la menstruación o menarquia y en los hombres por la primera emisión de semen. Algunos cambios se dan a la par en ambos sexos, pero otros se dan de acuerdo al género (Craig, 2001).

Tabla 1. Secuencia habitual de los cambios físicos en la adolescencia

Características femeninas	Edad de aparición
Crecimiento de los senos. Crecimiento del vello púbico. Crecimiento del cuerpo. Menarquia. Vello axilar. Aumento de la productividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas que pueden llevar a la aparición del acné.	8-13. 8-14. 9.5-14-5 (promedio máximo 12). 10-16.5 (Promedio 12.8). Casi dos años después de la aparición del vello púbico. Casi al mismo tiempo que la aparición del vello axilar.
Características masculinas	**Edad de aparición**
Crecimiento de los testículos y el saco escrotal. Crecimiento del vello púbico. Crecimiento del cuerpo. Crecimiento del pene y de la próstata y glándulas seminales. Cambio de la voz. Primera eyaculación de semen. Vello facial y axilar	10-13.5. 10-15. 10.5-16 (Promedio máximo 14) 11-14.5 (Promedio 12.5) Casi al mismo tiempo que el crecimiento del pene. Casi un año después del crecimiento del pene. Casi dos años después de la aparición del vello púbico.

Tomado de Papalia et al., 1978.

Para Fierro, García-Miláa, y De Gispert (2005), la pubertad y la adolescencia son dos realidades íntimamente ligadas pero que fácilmente se distinguen, pues mientras la primera hace referencia a los cambios biológicos y morfológicos que ocurren entre los 10 y 16 años, la adolescencia se refiere a los cambios de tipo psicológico que ocurren entre la niñez y la adultez.

1.3. Desarrollo cognitivo.

La adolescencia es la etapa en la cual el sujeto se plantea pensamientos abstractos que le permiten emplear razonamientos lógicos inductivos y deductivos. En esta etapa, conocida como de operaciones formales, el adolescente puede analizar, comprobar hipótesis y ver posibilidades. Durante la adolescencia se da una expansión

en la capacidad del pensamiento en el individuo, que aumenta su conciencia, imaginación, intuición y juicio. Estas habilidades lo dotan de conocimiento para resolver problemas que enriquecen y complican su vida. El adolescente tiende a considerar posibilidades y comparar la realidad con cosas que podrían ser o no, es decir, considera todo como una posibilidad de lo que podría ser (Craig, 2001).

La teoría de Piaget menciona que la cognición se obtiene perfeccionando y cambiando las estructuras mentales, las cuales fundan la inteligencia, que son representaciones de la realidad. Estos esquemas van evolucionando desde el nacimiento. En esta etapa se da la madurez cognoscitiva, en la que se presentan las operaciones formales, que permiten al sujeto operar o manipular mejor la información. Esta etapa de operaciones formales se caracteriza por el razonamiento hipotético deductivo.

El razonamiento deductivo se basa en ir de lo general a lo particular, el pensamiento hipotético es abstracto, no requiere de referentes concretos, pues utiliza símbolos. Para resolver problemas, las personas utilizan un pensamiento de tipo científico, es decir, orientan sus estrategias para resolverlo y abandonan hipótesis cuando las evidencias lo sustentan (Papalia et.al, 1978).

Esto se logra cuando se da una maduración cerebral y mayores oportunidades en el entorno, por lo tanto, la escolaridad y la cultura juegan un papel importante.

Craig (2001) menciona que esta modalidad de pensamiento es abstracta, especulativa e independiente del ambiente y los hechos inmediatos. Manifiestan además una capacidad para planear y prever.

Según Kail (2005), en el procesamiento de la información intervienen la memoria de trabajo y la rapidez, se manifiestan una memoria parecida a la de los adultos, que les permite procesar la información eficazmente, adquirir conocimiento, retienen y

comprenden mejor el mundo, identifican hábilmente estrategias para realizar una tarea y evalúan su eficacia.

En esta etapa aprende a examinar y modificar conscientemente los procesos de pensamiento, debido a que perfecciona la capacidad de pensamiento, formulación de estrategias y planeación. (Craig, 2001).

A continuación se enlistan algunas de las características del desarrollo cognitivo:

a) Empleo más eficiente de componentes del procesamiento de información, como la memoria, retención, transferencia de información.
b) Estrategias más complejas para la resolución de problemas.
c) Medios más eficaces para obtener información y almacenarla.
d) Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones, etc.

En cuanto al desarrollo del lenguaje, el adolescente continúa ampliando su vocabulario, alrededor de los 18 años el adolescente conoce en promedio 80 mil palabras, dependiendo del entorno y escolaridad en la que se desarrolle. Son capaces de definir y comentar sobre conceptos abstractos como el amor, el odio, etc., y emplean más frecuentemente expresiones como sin embargo, por lo tanto, etc. También adoptan capacidades para entender puntos de vista de otros, el nivel de conocimiento de otra persona, y así adoptarlo a su propio lenguaje (Papalia et.al, 1978).

Para Vigotsky el funcionamiento cognitivo tiene un fundamento social, en su teoría cognitiva sociocultural estudió que el lenguaje es una herramienta para entender cualquier aspecto del funcionamiento adolescente, que le favorece para planificar actividades y resolver problemas (Santrock, 2004).

Según David Elkind (citado en Papalia et.al, 1978) a pesar de que el adolescente es capaz de formular pensamientos abstractos, se han encontrado algunas características inmaduras en su pensamiento. Esta inmadurez se manifiesta en seis formas características:

1. Idealismo y actitud crítica. Creen saber mejor que los adultos como gobernar el mundo y atacan lo que les parece equivocado.
2. Actitud polémica. Buscan oportunidad de probar su capacidad de razonamiento recién descubierto.
3. Indecisión. Consideran varias opciones al mismo tiempo, pero carecen de estrategias para elegir una de ellas.
4. Hipocresía aparente. No reconocen la idea entre expresar un ideal y luchar para vivir de acuerdo a él.
5. Auto-conciencia. Creen que los demás piensan en ellos y en sus pensamientos, es decir, crean una audiencia imaginaria.
6. Sinceridad e invulnerabilidad. Se creen que son especiales (fabula personal), ese egocentrismo los hace tener comportamientos arriesgados y destructivos.

Los adolescentes no son una tabula rasa, tienen miles de ideas sobre el mundo físico y natural, están ávidos de conocimientos, la mejor manera de fomentar motivación por conocer es dejarlos interactuar espontáneamente con su entorno, por lo que la educación es muy importante para complementar un sano y brillante desarrollo cognitivo.

El procesamiento de la información en la adolescencia cambia sobretodo en la cuestión de atención y memoria. La atención es la concentración y la focalización del esfuerzo mental, la cual no es solo selectiva, puede ser cambiante, en el adolescente la atención puede cambiar de un tema a otro. En cuanto a la memoria, que es la retención de información a lo largo del tiempo, existe más memoria a corto plazo que a largo plazo (Santrock, 2004).

Después de estos dos procesos, el adolescente utiliza la información procesada y retenida para diferentes actividades cognitivas, como la toma de decisiones, pensar crítica y creativamente.

1.4. Impactos psicológicos debido a los cambios en la adolescencia.

Según Craig (2001) ante estos cambios, el adolescente experimenta placer y dolor al ver o no ver los cambios de su cuerpo, así como sentimientos de inseguridad, vergüenza, etc. Además es muy común que se compare con otros, o bien, con los ideales predominantes de su sexo, es decir, constantemente está en revisión de su autoimagen.

Comprender los cambios físicos descritos en el apartado anterior es parte de los procesos a los que los adolescentes deben adaptarse, ya que estos aparecen y transforman la percepción que tiene de sí mismo y de él en su entorno. Una buena relación con la familia, mostrar una imagen positiva de su cuerpo y no sufrir violencia domestica protege el desarrollo evolutivo del adolescente. (Taylor, 2003).

1.4.1. Importancia de la imagen corporal.

El adolescente evalúa constantemente su cuerpo cambiante y puede mostrarse resistente ante la desviación, ya sea corporal (delgada u obesa) o la maduración (precoz o tardía). Suelen ser sensibles respecto a su aspecto físico lo que les puede generar inseguridad o ansiedad (Craig, 2001).

La imagen corporal por lo tanto es algo que les preocupa mucho más que a los niños o adultos, constantemente se observan para notar sus cambios y como esas transformaciones los favorecen o no, en general son las mujeres quienes se preocupan más por su imagen en esta etapa, y tienen una tendencia a estar insatisfechas a causa de la misma (Kail, 2005).

Los medios masivos de comunicación se encargan de crear un ideal de imagen corporal y los adolescentes están más sujetos a seguirlos, provocando que sigan dietas rigurosas o programas de ejercicios. Los varones se preocupan más por la fuerza física, es decir, quieren parecer atléticos o musculosos, mientras que las mujeres se preocupan por parecer altas o gordas, por esta razón es que algunas adolescentes normales o delgadas, viven con la idea de parecer gordas aunque no lo sean (Craig, 2001).

1.4.2. Adolescencia precoz y tardía.

Otro aspecto psicológico importante es la maduración precoz o tardía. Ante la maduración tardía el adolescente puede presentar un problema de adaptación social, ya que suelen sentirse en desventaja para los deportes y la socialización, los adultos los siguen tratando como niños, tienen menos estatus social ante sus pares y son menos competentes para los adultos. En cambio los adolescentes que maduran precozmente, aunque puede manifestarse como una ventaja hacia los otros, en ocasiones se aíslan, ya que no pueden compartir los cambios, o bien, en el caso de las mujeres no encuentran afinidad con los hombres, ya que estos maduran después que ellas.

De acuerdo con Papalia et.al (1978), se ha encontrado que los hombres que maduran más rápido son más equilibrados, amables, calmados, populares, con tendencias a liderazgo y menos impulsivos que aquellos que maduran después. Además menciona que los muchachos que se desarrollan más pronto tienen ventajas en autoestima, están más satisfechos de su imagen corporal y toman ventajas de los otros, quienes no están en las mismas condiciones.

Regularmente a las muchachas no les gusta madurar pronto, suelen ser menos sociables, expresivas y equilibradas, son más introvertidas, tímidas, y tienen actitud negativa frente a la menarquia. Además tienden más a tener una imagen deficiente de su cuerpo y autoestima más baja que otras muchachas que maduran después. Por otro lado están expuestas a reaccionar al interés por la sexualidad, además por las

características de su figura, los adultos y otros chicos suelen empujarlas a situaciones o comentarios para las que no están preparadas (Papalia et.al, 1978).

Es complicado concluir si una condición u otra es mejor, ya que en ambas situaciones se muestran ventajas y desventajas, esto depende de la interpretación que el adolescente le de a los cambios y del impacto que el ambiente que tenga sobre él.

1.4.3. Aparición de la menarquía

Para las adolescentes la aparición de la menarquia es un cambio físico que trae importantes implicaciones psicológicas, pues esto las convierte en mujeres y están listas para la reproducción sexual; a algunas les agrada, pero a otras les disgusta por la sensación de incomodidad y suciedad de la menstruación (Kail, 2005).

Para otras, esto las hace más conscientes de su femineidad y las pone en contacto con el cuidado de su apariencia, y el acercamiento con los chicos .La figura de los padres para informar a la niña acerca de estos cambios es fundamental para que ella esté preparada para recibirla y asimilarla con menor estrés y mayor normalidad. Las niñas que no cuentan con información suelen recordar su primera menstruación como algo desagradable y vergonzoso (Papalia et.al, 1978).

1.4.4. Control emocional durante la adolescencia.

Uno de los aspectos más comunes a los que se enfrenta el adolescente es a controlar sus emociones, entenderlas y vivir con ellas.

Según Hurlock (1980) muchos investigadores de las emociones en los adolescentes determinaron que la adolescencia es un periodo de emotividad intensificada, es decir, es un estado emocional por encima de lo normal. Esta emotividad intensificada nunca esta oculta. Se manifiesta en cierta clase de conducta, las expresiones más comunes de esta emotividad son mecanismos de escape, hábitos nerviosos, estallidos emocionales, peleas, gustos melindrosos y depresión.

En la adolescencia ocurren cambios tanto en los estímulos que provocan las emociones, como en las respuestas ante estos. Los factores sociales son en parte responsables del cómo se expresan las emociones, y de los estímulos que las originan. También determinan ante cuál hecho el adolescente va a responder. Algunas de las emociones que se presentan son: miedo, preocupación, ansiedad, disgusto, frustraciones, celos, envidia, curiosidad, afecto, pesar, felicidad.

El control emocional es enfrentar una situación con una actitud racional, responder con la mente, además de enfrentar el desborde o la expresión de las emociones. Las emociones deben controlarse para obtener aprobación social. Es importante liberarse de las emociones indeseadas, adquirir las deseadas y mantener otros valores (Hurlock, 1980).

Hall (1976, citado en Coleman & Hendry, 1985), menciona que los jóvenes mostraban alteraciones en sus emociones y relaciones, al grado de que dicho período es de tendencias contradictorias.

1.4.5. Cambios en la personalidad y el carácter.

Hurlock (1980) afirma que muy pocos adolescentes están conformes con el cambio en los rasgos de su personalidad. Esta autora señala que estos cambios pueden ser cuantitativos, debilitar o fortalecer una rasgo ya existente, o bien, cualitativos, un rasgo socialmente indeseable se convierte en uno deseable o viceversa.

Algunos aspectos para mejorar la personalidad durante la adolescencia son: mejora de la condición física, cambios ambientales, presiones sociales, visión de sí mismo.

La personalidad ideal inicialmente está muy relacionada con el culto a un héroe, casi siempre del mundo del espectáculo, después, tienen un concepto más realista, y se centran en alguien más con quien se sienten identificados.

El carácter es el conjunto de disposiciones congénitas (temperamento) o adquiridas (personalidad) que forman a una persona psicológicamente, el cual lo diferencia de otros. Existen varios rasgos del comportamiento que nos permiten destacar algunos tipos de carácter: el adolescente intransigente, el que está en constante oposición, el inestable, el impulsivo, y el tímido (Branconnier, 2001).

No existe un límite entre lo normal y lo patológico hablando de carácter, sin embargo los padres deben evaluar las repercusiones de los rasgos en todos los medios que el adolescente interactúe. Cuando estos están correctamente localizados forman parte de su identificación como persona sin patología alguna.

1.5. Desarrollo social.

Los principales retos a los que se enfrenta el adolescente en esta etapa de cambios son: autonomía e independencia de los padres y formar una identidad (Craig 2001).

Por otra parte la familia, los amigos y compañeros son relevantes como modelos del rol y agentes sociales, el adolescente entra en un proceso en el que la maduración psicológica consiste en dar sentido al mundo social y encontrar un lugar que lo conforte. Además como parte del entorno, está expuesto a una serie de riesgos que lo hacen vulnerable a enfrentar de manera optima su entrada a la adultez (Coleman & Hendry, 1985).

En este apartado se explicarán los aspectos más relevantes del desarrollo social en los adolescentes.

1.5.1. Relaciones sociales.

Para entender cómo se da el desarrollo social en los adolescentes, es importante conocer su entorno, es decir, la relación con la familia, con otros adolescentes, su rol en un grupo, etc.

Los adolescentes se ven obligados a juzgar sus valores y conductas en relación con su familia. El rol de los padres es fundamental para el desarrollo independiente dentro de la sociedad, ya que la interacción con los padres influye de forma decisiva para el paso a la adultez. Los sistemas familiares son dinámicos, es decir, las conductas de uno de los miembros influyen en las conductas de los demás.

En algunas familias pueden darse conflictos familiares como consecuencia del comportamiento del adolescente, o bien, conflictos familiares que afectan de manera directa el desarrollo del adolescente, de aquí que situaciones como el divorcio o la desintegración familiar tengan una relación directa con el comportamiento y pensamiento de los chicos. Padres y madres influyen de manera distinta en sus hijos adolescentes, mientras que los padres estimulan el desarrollo intelectual y la solución de problemas, la relación con las madres suele ser más compleja, en aspectos como responsabilidades, actividades familiares y la disciplina familiar, sin embargo la relación entre estos favorece más su intimidad (Craig, 2001).

Por otra parte los adolescentes buscan compararse con otros adolescentes para evaluar sus capacidades y conducta, necesitan estar solos algunas veces. Ya al final de la adolescencia buscan amigos, regularmente del mismo sexo, con quienes comparten características similares. Sus amistades suelen ser estables por lo menos un año. Escogen a sus amistades basándose en actividades comunes e intereses similares y suelen mostrar compromiso y lealtad. Conforme sus amistades son más intimas, recurren más a éstas que a sus padres. En el establecimiento de amistades con el sexo opuesto, también surgen las relaciones en grupo, es cuando ocurre el noviazgo. Les importa mucho ser aceptados en el grupo al cual se integran (Craig, 2001).

1.5.2. Búsqueda de identidad

La adolescencia es una etapa en la que el individuo lucha para determinar el yo y consolidar elecciones que constituyan su persona, distinta a la de los padres y otras

influencias. Sin esta lucha por la individualidad estaría expuesto a la despersonalización (Coleman & Hendry, 1985).

La difusión de la identidad para Erickson (1968, citado en Coleman & Hendry, 1985) se da como la resolución de una crisis de identidad, en la que en primer lugar está el reto de la intimidad, en el que el individuo puede temer al compromiso por miedo a la pérdida de su propia identidad, en segundo lugar está la difusión de la expectativa temporal, en la que encuentra imposible hacer planes a futuro. Después aparece la difusión de la laboriosidad, en que ve complicado usar los recursos en la escuela o trabajo, por último Erickson habla de una identidad negativa, es decir, selecciona una identidad opuesta a la deseada por sus padres.

La identidad se forma cuando los jóvenes resuelven la elección de una ocupación, la adopción de valores y el desarrollo de la identidad sexual satisfactoria (Papalia et.al, 1978).

Los adolescentes que resuelven de manera satisfactoria su crisis desarrollan la virtud de la fidelidad, que es la lealtad sostenida hacia amigos o compañeros.

Para Marcia (1966, 1980, 1993, citado en Coleman & Hendry, 1985) la crisis es un período de toma consiente de decisiones y de compromiso como ideología. Existen 4 niveles de identidad: logro de identidad, exclusión, aplazamiento y difusión de la identidad. En el logro de identidad (crisis que lleva al compromiso), el compromiso se establece dadas las elecciones tomadas después de la crisis. En la exclusión (compromiso de identidad), la persona que no ha estado en crisis, compromete su vida a los planes de otro individuo. En el aplazamiento (crisis aun sin compromiso), la persona se encuentra en crisis y parece a punto de establecer un compromiso, y por último, la difusión de identidad (sin compromiso, sin crisis) que es la ausencia de compromiso y consideración seria de opciones.

1.5.3. Independencia, autoconcepto y autoestima.

El adolescente está en una lucha constante por lograr la independencia de sus padres, por ello en los primeros años la relación padres – hijos generalmente está muy fragmentada y los chicos pasan por constantes episodios de rebeldía para ganar autonomía. La independencia implica capacidad para hacerse juicios uno mismo y regular la conducta personal. Los padres en muchas ocasiones ayudan a que se de este tipo de pensamiento y resuelven los problemas con ellos (Craig, 2001).

El autoconcepto se refiere a la idea global del yo, el adolescente logra mayor grado de diferenciación, así como organización e integración de aspectos del yo, a medida que crecen tienen más necesidad de organizar sus rasgos para formar un todo coherente. El adolescente trae consigo un aumento de introspección y egocentrismo (Coleman & Hendry, 1985).

Por autoestima entiéndase, la evaluación de sí mismo o del sentido de autovaloración. En un estudio de Rosenberg (1965, citado en Coleman & Hendry, 1985), se mostró que la baja autoestima estaba relacionada con la depresión y el bajo rendimiento escolar. Los adolescentes con autoestima baja se caracterizaban por la sensación de incompetencia en las relaciones sociales, aislamiento social y creencias de que las personas no los querían o respetaban. De acuerdo a Coleman y Hendry (1985) diversos autores coinciden en que la satisfacción con la propia apariencia física es lo que más contribuye a la autoestima global.

La autoestima global en la adolescencia está altamente ligada con la satisfacción de la imagen corporal, seguido de la adaptación social y el éxito en los deportes.

1.6. Problemas relacionados con la adolescencia.

La adolescencia es una etapa en la que se está expuesto a una serie de factores de riesgo que ponen en peligro la salud, el desarrollo y la llegada adecuada a la adultez. Existen muchos factores involucrados en las causas de los riesgos en la adolescencia, estos pueden ser biológicos, genéticos, de ambiente social, ambiente percibido, personalidad y conducta. La familia y los amigos intervienen para que el adolescente este menos o más expuesto a estos factores. Algunos de los riesgos a los que se enfrentan los adolescentes son:

- El consumo de drogas. Entre las más frecuentes están la nicotina y el alcohol, es común recurrir al alcohol cuando tienen bajas calificaciones, problemas familiares, y antecedentes de alcoholismo en la familia, muchos presentan problemas de depresión, baja autoestima, falta de identidad etc. (Craig, 2001).
- En muchas ocasiones beben porque sus compañeros a amigos también lo hacen (Papalia et.al, 1978).
- La delincuencia ocurre no únicamente por factores ambientales, sino también psicológicos, ofrece en ciertos grupos un tipo de estatus, autoestima, aceptación y autonomía.
- La depresión es un trastorno psiquiátrico que acompaña a aquellos adolescentes cuya autoestima, adaptación a los cambios, socialización, relación con la familia y los padres, etc. se ve afectada por alguna situación (Craig, 2001).
- Los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual son causados no porque sean sexualmente muy activos, sino por la práctica sexual sin el uso de un método anticonceptivo. La ignorancia hacia la protección y prevención, una actitud pasiva ante la vida y la renuencia a aceptar responsabilidad en su vida sexual, son algunas causas. La educación sexual juega un papel fundamental, así como la comunicación activa con los padres y en las escuelas (Craig, 2001).

- Trastornos alimenticios: Dada la naturaleza de esta tesina se explicará un poco más de estos trastornos en este apartado, con la intención de que se entienda mejor la importancia de este factor de riesgo durante esta etapa.

1.6.1. Trastornos alimenticios

Los trastornos de la alimentación están ligados a muchos trastornos psicológicos y a problemas en distintos sistemas y órganos del cuerpo. Se caracterizan por manifestar conductas obsesivas por el control, cuidado del peso y la figura, llevar a cabo una dieta basada en alimentos que no realizan la función de nutrir y que conducen a los adolescentes a situaciones de sobrepeso e incluso obesidad (Guelar & Crispo, 2000).

Dado que este trabajo tiene por objetivo exponer los riesgos del sobrepeso y la obesidad en la adolescencia de manera muy precisa (Capítulo 2) en este apartado únicamente se mencionará el tema y se hablará de trastornos como la anorexia y la bulimia, los cuales son muy comunes durante esta etapa.

La determinación de no incurrir en problemas de sobrepeso puede detonar en lo contrario, es decir, en conductas para no convertirse en una persona obesa, pero mal empleadas ponen en riesgo la salud de los adolescentes. La obsesión por la dieta y el peso son comunes, es más notable en las chicas que en los chicos (Papalia et.al, 1978).

La anorexia o autodesnutrición es la reacción extrema por parecer delgado, se come muy poco o no se come, el paciente presenta una visión distorsionada de sí mismo, obsesión con comportamientos repetitivos y perfeccionistas. Es una perturbación psicológica relacionada con el temor a crecer, temor a la sexualidad o aun mal funcionamiento familiar. Las consecuencias de esta enfermedad pueden ser mortales para los pacientes que la presentan.

En la bulimia nerviosa, la adolescente o la persona que la padece, regularmente mujeres, comen en exceso y con cierta regularidad, durante un breve periodo entre comidas, posteriormente se provocan vómito, siguen dietas rápidas y estrictas, hacen ejercicio de manera vigorosa o utilizan laxantes, enemas o diuréticos. Estas chicas están obsesionadas por su peso, su apariencia física, se sienten abrumadas por la culpa, la autoconmiseración, y están deprimidas por sus inhabituales conductas alimentarias. Además que presentan una serie de complicaciones de salud graves por vomitar en exceso. La bulimia al parecer está relacionada con niveles bajos de serotonina, esto constituye su base biológica (Papalia et.al, 1978).

Ambos padecimientos requieren de tratamientos tanto médicos como psicológicos. Sin embargo los pacientes deben de ser apoyados por sus padres y amigos para poder salir adelante más fácilmente.

CAPITULO DOS
OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA ADOLESCENCIA

2.1. Concepto de obesidad y sobrepeso

La obesidad y el sobrepeso, según los parámetros señalados por la Organización Mundial de la Salud, OMS (2006) son la acumulación anormal de grasa, la cual perjudica la salud. La medida más útil en la que ambos pueden medirse es el índice de masa corporal (IMC) que es el peso en kilogramos, dividido por la talla al cuadrado, en metros (kg/m^2). Para la OMS (2006) la obesidad está definida por un IMC mayor o igual a 30 kg/m^2, y el sobrepeso por un IMC mayor o igual a 25kg/m^2. Estas medidas han sido establecidas como estándares generales, sin embargo, ante algunas enfermedades crónicas se trata de un IMC de 21 kg/m^2.

Según esta fuente, para la población de 5 a 14 años es complicado establecer parámetros de este tipo debido a que durante la adolescencia los patrones de crecimiento influyen y varían mucho, sin embargo desde el 2006 se está trabajando en realizar referencias internacionales para poder medirlo.

Ascencio (2005) refiere que la obesidad es un exceso de grasa corporal, ocasionada por un equilibrio positivo de energía, esto significa que el consumo de energía es mayor que el gasto de energía. Para esta autora, el cuerpo está formado por aproximadamente 30 000 células grasas, las cuales son como un globo, que se expande o contrae según el consumo de energía, cuando se consumen calorías que no se necesitan, de inmediato se acumulan en forma de grasa. Cuando se ingieren menos calorías de las que el cuerpo necesita o aumenta la actividad física, el organismo obtiene esa energía de la almacenada en el tejido adiposo.

Para Barbany (2005) es importante no confundir el exceso de peso con el exceso de masa grasa, ya que una persona musculosa, cuyo peso es elevado, no es obesa, su peso no está representado por grasa, sino por músculo.

Barbany (2005) define la obesidad como una enfermedad crónica que consiste en el aumento de grasa y a su vez en incremento de peso, además existe un aumento de las reservas energéticas en forma de grasa.

El termino enfermedad "crónica" corresponde a que la cura no se encuentra en el arsenal terapéutico del que se dispone, además de descartarla como sólo una situación de estética causada por comer en exceso y tener poca voluntad (García-Camba, 2001).

2.1.1. Medición de la obesidad

De acuerdo a García-Camba (2001) se mide a través de los métodos citados en la Tabla 2:

Tabla 2. Métodos instrumentales para medir la composición corporal	
Antropometría	Peso, talla, perímetros, pliegues cutáneos, Índice de Masa Corporal (IMC).
Conductancia eléctrica	Impedancia bioeléctrica total, conductividad eléctrica corporal (TOBEC).
Isotópicos	Potasio corporal total, Activación de neutrones in vivo.
Electromagnéticos	Tomografía computarizada, resonancia, infrarrojos, ultrasonido.

Tomado de García-Camba, 2001.

Algunos de estos métodos son aproximados, presentan limitaciones y su práctica resulta difícil, excepto por el IMC que es sencillo y ha sido internacionalmente adaptado para clasificar la obesidad.

2.1.2. Clasificación de la obesidad.

Existen varias formas de clasificar la obesidad de acuerdo a la distribución de masa corporal: según el Índice de Masa Corporal, la edad de aparición y con respecto al tejido adiposo.

Clasificación por distribución de la masa corporal: Según Chinchilla (2003), la obesidad en función de la distribución de grasa corporal, se clasifica en:

a) Homogénea: La grasa corporal de aloja en cualquier parte del cuerpo.
b) Gluteofemoral o ginoide: La grasa corporal se aloja en cadera, glúteos y muslos, según Saldaña y Rossell (1988), almacenada en la mitad inferior del cuerpo, también conocida como tipo “pera”, más frecuente en hombres.
c) Abdominal o androide: La grasa corporal se acumula en la región abdominal, según Saldaña y Rossell (1988), almacenada en la mitad superior del cuerpo, también conocida como tipo “manzana”, más frecuente en mujeres.

Clasificación de acuerdo al Índice de Masa Corporal. La Tabla 3 muestra la clasificación de la obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC) según la OMS:

Tabla 3. Puntos de corte propuestos por el comité de expertos de la OMS para la clasificación del sobrepeso

IMC (kg/m^2)	Clasificación OMS	Descripción clínica
<18.5	Bajo peso	Delgado
18.5-24.9	Normal	Normal
25.0-29.9	Grado 1 de sobrepeso	Sobrepeso
30.0-39.9	Grado 2 de sobrepeso	Obesidad
>40.0	Grado 3 de sobrepeso	Obesidad mórbida

Tomado de Chinchilla (2003).

Clasificación según la edad de aparición: Chinchilla (2003) la obesidad se clasifica en:

a) Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia, considerada cuando se supera el 20% del peso que le corresponde para su talla.
b) Obesidad en el adulto. Se sitúa entre los 20 – 40 años.

Clasificación según el tejido adiposo: Con respecto al tejido adiposo la obesidad se clasifica en (Saldaña & Rossell, 1988):

a) Hipertrófica: Aumenta el contenido lipídico de las células del tejido adiposo, es decir, el aumento de la grasa es causa del aumento de tamaño de los adipocitos, sin que aumenten en cantidad.
b) Hiperplásica: Aumento de células adiposas, que puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico, es decir, un incremento de adipocitos, es más frecuente en épocas de crecimiento.

2.2. Obesidad y sobrepeso en la adolescencia.

La adolescencia es una etapa de grandes cambios físicos y psicológicos como se reviso en el Capitulo 1, en esta etapa la masa corporal casi se duplica. En las mujeres es más temprano que en los hombres, y ocurre el acumulo de grasa en las caderas, en los hombres es más común que aumenten los tejidos no grasos, músculos y esqueleto (Pavón, Alameda, Olivar & Monereo, 2005).

Esta etapa es crítica para la aparición de la obesidad antes de la edad adulta, además del riesgo de convertirse en un adulto obeso y las complicaciones psicosociales que implica.

Según Saldaña y Rossell (1988) existe un incremento en la velocidad del desarrollo en este período, es decir, un aumento de 15 a 20 cm de estatura y de 14 a 18 kilos de peso en hombres y un poco menos en mujeres, por lo que existe una mayor necesidad de sustancias nutritivas, sin embargo su exceso desencadena problemas de sobrepeso y obesidad.

Los efectos de la obesidad durante la adolescencia son notablemente alarmantes, los índices de mortalidad son casi el doble que el de aquellos que son delgados (Papalia et.al, 1978).

Para Ascencio (2005) es muy frecuente que los niños y adolescentes sufran de esta enfermedad debido a la creencia cultural de que un niño “gordito” refleja buena salud, bienestar económico y buena alimentación. Según esta autora, los especialistas en nutrición trabajan con tablas de edad y género para determinar de acuerdo al IMC si un niño o adolescente es obeso. Si en la gráfica la curva se encuentra por encima del 85% se considera al niño o adolescente obeso.

Los niños obesos tienden a desarrollarse antes que los no obesos, esta situación genera que la pubertad se presente antes y el aumento del tamaño de los huesos termine antes de lo esperado, lo que impide al esqueleto alcanzar la estatura adecuada. (Ascencio, 2005).

De acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, ENSANUT (2006), en México la tendencia de la obesidad ha aumentado en los últimos años, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes son considerados obesos.

2.3. Etiología y factores de riesgo.

Existen diversas causas de la obesidad durante la adolescencia, en ese apartado se abordaran las principales.

Chinchilla (2001) y García-Camba (2003), coinciden en que la causa de la obesidad es la ingesta calórica superior al consumo energético, sin embargo influyen diversos factores que determinan su aparición:

- Factores genéticos o familiares: La coexistencia de obesidad en varios miembros de la misma familia ha dado pie a que se le atribuya un papel hereditario. La probabilidad de que el adolescente con un padre obeso se convierta en un adulto obeso es del 50%, esta probabilidad aumenta a 80% cuando ambos padres son obesos. En un estudio en 1991, Feldman y cols. (citado en García-Camba, 2002) descubrieron que existía una “hormona de la saciedad” llamada leptina, la cual sería la solución a la obesidad administrándola en píldoras, sin embargo en estudios con grupos de obesos y delgados se encontró que en los obesos existe una mayor producción de leptina, por lo que no resultaba siempre efectiva para el control de la saciedad. Además, se ha asociado la obesidad con mutaciones o polimorfismos de varios genes que tienen relación con la regulación del peso y apetito.
- Factores neuroendocrinos: Los sistemas de neurotransmisión son complejos y funcionan por medio de señales que les envía el propio organismo, el resultado es la activación o desactivación de los impulsos básicos de comida, así como de alimentación y saciedad, dando así lugar a la homeostasis. El hipotálamo actúa como moderador en la alimentación así como de los neurotransmisores que intervienen en dicho proceso.
- Factores hormonales: El tejido adiposo está en constante actividad metabólica; el contenido graso de los adipositos, que determina el tamaño y por ello la masa grasa del organismo, está en función del balance lipogénico- lipolítico, que es regulado por varias hormonas como la insulina, las hormonas tiroideas y las hormonas esteroides.
- Relacionados con el gasto energético o metabólico. La grasa es la forma más eficiente de acumular energía en el organismo y en el menor espacio. La ingesta calórica depende de la conducta alimentaria, el balance energético esta dado por:

Ingesta calórica= gasto energético + energía acumulada

En donde la energía que no se gasta se acumula en forma de triglicéridos. El gasto energético total está representado por el metabolismo basal en un 65-75%, por que no es correcto afirmar que la obesidad es causada por ahorro energético a causa de un reducido metabolismo basal, además está representado por el gasto de producción de calor o efecto termogénico de los alimentos, y el gasto energético por actividad física.

- Psicosociales, culturales y ambientales: Existen factores culturales, educacionales, económicos, hábitos, modas, etc., relacionados con la obesidad. Así como la idea de que un bebé “gordo y hermoso” está asociada a un bebé sano. La cultura de consumo, así como la tecnología alimentaria, han modificado el peso del ciudadano promedio en los países industrializados, sin embargo tanto en estos, como en los que están en vías de desarrollo existe prevalencia de obesidad. Se presenta una tendencia de obesidad en el nivel socioeconómico bajo, aunque es probable que por cuestiones de discriminación tiendan a obtener empleos peores que aquellos que presentan pesos normales. En cuanto a las diferencias por sexos, existe una mayor prevalencia en mujeres con mejor nivel educativo y económico. Por otra parte, la obesidad está altamente relacionada con el consumo de alcohol y el sedentarismo. En los adolescentes, todos estos factores repercuten en la conducta alimentaria, es común que los patrones y comportamientos se adquieran socialmente de generación en generación, además dado que se encuentran en una etapa de cambios psicosociales, la adaptación se puede expresar en el consumo excesivo de alimentos (Ascencio, 2005).

Los factores de riesgo que intervienen durante la adolescencia son diversos, entre los más importantes se encuentran los hábitos alimentarios, los cuales regularmente no son adecuados, como comer excesivamente, comer en diversos horarios, llevar una vida sedentaria, es decir, con poca actividad física y dietas con alto contenido en grasas. Entre otros se encuentran el comer rápido o con ansiedad, consumir alimentos con alta densidad energética, comer porque el alimento está al

alcance no porque se presente hambre y comer al presentarse otra actividad, como ver la televisión (Ascencio, 2005).

El entorno en que el adolescente crece da lugar a la obesidad, ya que si se encuentra en un ambiente donde hay comida en abundancia, o bien, la calidad de la misma no es la adecuada, existe un factor de riesgo para promover la obesidad, así como la poca promoción de actividades físicas, las cuales muchas veces son sustituidas por dispositivos electrónicos como los videojuegos.

Según Ascencio (2005), los niños y adolescentes norteamericanos ven en promedio 52 días de televisión al año. Durante cuatro horas de programas para adolescentes se presentan 200 anuncios de alimentos altos en calorías. Cuatro horas al día frente al televisor o videojuegos reduce la velocidad metabólica y aumenta el riesgo de presentar un alto nivel de colesterol.

El peso en la maternidad influye en el peso del bebé, así como los primeros tres años. Es más común que los primogénitos presenten problemas de obesidad, dada la sobreprotección de los padres.

Una imagen corporal debilitada genera en el adolescente una sensación de vacío y de vulnerabilidad, por lo que come en exceso, en estos casos, el alimento funciona como un elemento de seguridad. Cuando se sienten tristes, enojados, deprimidos, tienden a alimentarse de comida “chatarra” o alta en calorías.

2.4. Epidemiología.

Según datos de la OMS, en el 2005 había en todo el Mundo aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con problemas de sobrepeso y alrededor de 400 millones de adultos con obesidad. Así como 20 millones de menores con problemas de obesidad. El pronóstico para el 2015 es que haya aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y 700 millones que presenten problemas de obesidad.

En la figura 1 se muestra un comparativo entre algunos países como Estados Unidos, Argentina, China y nuestro país, de acuerdo a las bases de datos de la OMS del 2005 con proyecciones del 2010. Dichos datos se observan en la gráfica 1, en los que se compararan adultos hombres y mujeres mayores de 15 años que presentan obesidad (IMC >30 kg/m2):

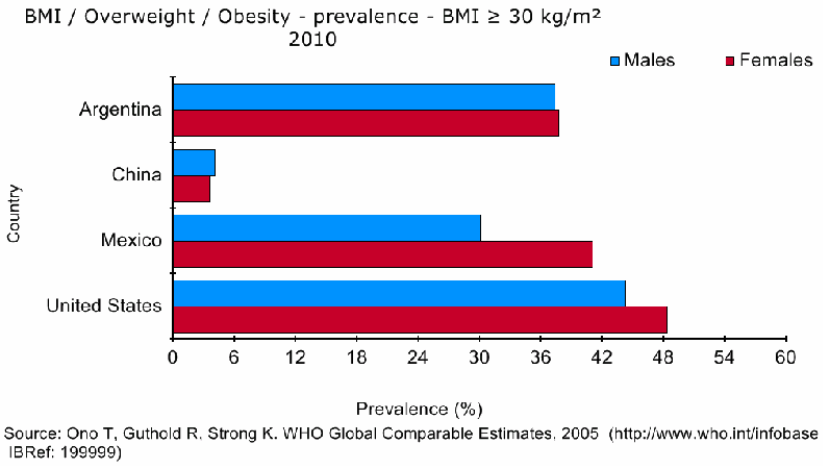


Figura 1

En la figura 2 se muestran las mismas comparaciones pero en adultos mayores de 15 años que presentan sobrepeso (IMC> 25kg/m2), los resultados se observan en la gráfica 2.

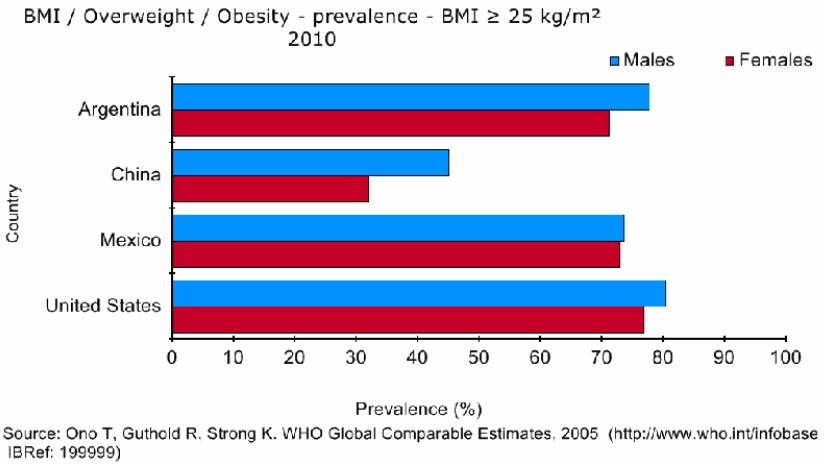
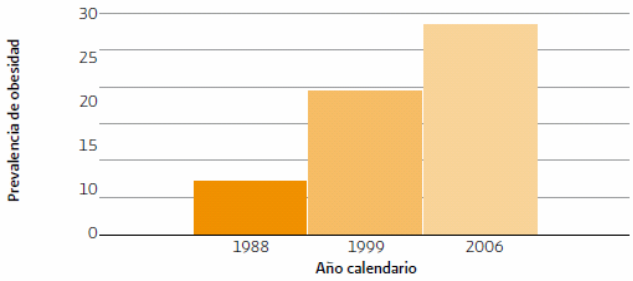


Figura 2

De acuerdo a los datos publicados en el Acuerdo Nacional de Salud Alimentaria, ANSA (2010), la prevalencia de obesidad y el sobrepeso en México se ha triplicado de 1980 a la fecha, más en la población adulta, dando un porcentaje del 39.5% en sobrepeso para hombres y mujeres, y un 31.7% de obesidad, es decir un 70% de la población presenta este tipo de problema de salud, es decir, lo que además ha ido aumentando con el paso del los años, lo que eleva el problema al nivel de epidemia, así mismo se muestra un aumento en la población infantil y en adolescentes. La figura 3 muestra la tendencia del padecimiento con respecto a encuestas anteriores:



[5] Obesidad: IMC ≥30 kg/m²

Figura 3. Aumento de la obesidad en México, Tomado de ANSA, 2010

De acuerdo a la ENSANUT (2006), México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en problemas de obesidad, después de Estados Unidos de América. La Tabla 4 muestra la población que presenta obesidad de acuerdo a esta fuente:

Tabla 4. Población con sobrepeso y obesidad en México, 2006-2008

	Año		
Grupo	2006	2007*	2008*
Escolares (5 a 11 años)	4 158 800	4 203 765	4 249 217
Adolescentes (12 a 19 años)	5 757 400	5 930 799	6 109 420
Adultos (20 años o más)	41 142 327	41 678 669	42 222 003
TOTAL	51 058 527	51 813 233	52 580 639

Fuente: ENSANUT 2006 y Proyecciones de la Población de México 2005-2050 (CONAPO). Estimación elaborada por la Dirección General de Promoción de la Salud

Esta misma fuente reveló que uno de cada tres adolescentes mujeres u hombres, presentan problemas de obesidad, es decir alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país. En la ENSANUT de 1999 se observó un incremento del 21.6 al 23.3 (7.8%) en sobrepeso y del 6.9 al 9.2 (33.3%) en obesidad para mujeres, ya que

en aquella encuesta no se consideraba esta enfermedad como parte de un padecimiento del sector masculino.

En el mes de enero del año en curso el Presidente de la República, Felipe Calderón, dio a conocer el ANSA (2010) en un comunicado de Prensa junto con el Secretario de Salud José Ángel Córdova, en el cual anunciaron que México ocupa en primer lugar en el Mundo con problemas de obesidad y sobrepeso, sin embargo esta afirmación está basada en datos de la ENSANUT del 2006 y las proyecciones de la población en México de la CONAPO, es decir, no existe encuesta más reciente que lo confirme, sin embargo dicho acuerdo resalta objetivos puntuales que el Gobierno Federal y la Secretaria de Salud deben ponen en marcha para combatir tan importante problema de salud comunitario (Gobierno Federal, 2010).

Los objetivos del ANSA (2010) son: fomentar la actividad física en la población, aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable, disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas, incrementar el consumo diario de frutas y verduras, disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta, orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, etc.

2.5. Nutrición y plato del buen comer.

De acuerdo con Guelar y Crispo (2000) la nutrición es el proceso involuntario por medio del cual el organismo se provee de nutrientes que ingiere. Los nutrientes son las sustancias que contienen los alimentos que proveen al organismo de energía, generan y regeneran los tejidos, y regulan los procesos metabólicos. Comer es más que alimentarse, que implica muchas connotaciones psicológicas, culturales y sociales. Para mantenerse sano es importante adquirir hábitos alimenticios sanos que promuevan cierta calidad de vida.

Ascencio (2005) clasifica los nutrimentos en aquellos que:

- Aportan energía: hidratos de carbono, proteínas, lípidos y alcohol.
- No aportan energía al organismo: Vitaminas, minerales y agua.

Guellar (2000) indica que la alimentación debe ser variada, equilibrada y armónica. Los requerimientos del organismo se cubren al ingerir:

- 55% a 60% de hidratos de carbono (grupo 1, 2).
- 15% a 20% de proteínas (grupo 3 y 4).
- 25% a 30% de grasa (grupo 5).

A continuación se describen brevemente dichos grupos y sus principales fuentes de obtención:

a) Hidratos de carbono, grupo 1: Su función es proporcionar energía al organismo para la realización de actividades biológicas, proveen energía para la actividad física y mental del día a día. Algunas fuentes son: cereales, pastas, legumbres, etc.
b) Frutas y verduras, grupo 2: poseen gran cantidad de minerales, vitaminas, fibra e hidratos de carbono. Los minerales son indispensables para el desarrollo, el cuerpo requiere de 14 minerales, 7 de ellos están el organismo en cantidades razonables pero los demás en cantidades muy pequeñas. Las vitaminas son indispensables para la nutrición, el organismo no las elabora y no contienen calorías. Las fibras ayudan al organismo a eliminar los desechos del cuerpo.
c) Lácteos, grupo 3: Contienen calcio, proteínas, fosforo y vitaminas A, D y B2. Algunas fuentes son el yogur, leche, quesos, crema, etc.
d) Carnes blancas y rojas/huevos, grupo 4: Contienen proteínas de alto valor nutricional, hierro, zinc y vitaminas. Algunas fuentes son carnes rojas, pollo, pescados y mariscos. Las proteínas generan el mayor aporte para la constitución del organismo, como los tejidos, la piel, las hormonas, etc.

e) Sustancias grasas, grupo 5: el organismo no puede producirlos pero requiere de ellos, por lo cual es indispensable ingerirlos a través de los alimentos. Algunas fuentes de esto son aceites vegetales, azucares, etc.

El agua actúa como un solvente en el organismo, tiene un papel fundamental en la preservación de la temperatura del cuerpo y es un componente esencial en los tejidos de todo el cuerpo. Además tiene un papel fundamental en procesos fisiológicos como la absorción, digestión y excreción, así como en la actividad del sistema circulatorio al actuar como medio de transporte de nutrientes y de todas las sustancias del organismo.

Durante la adolescencia se produce un importante crecimiento somático, que en parte depende de la nutrición y factores hormonales. Por lo cual tiende a aumentar el consumo de calorías.

El número de comidas al día debe ser al menos tres, es ideal adicionar un refrigerio a media mañana y otro a media tarde. Cuando hay desorden en los horarios de comida, es probable que existan alteraciones de peso y salud. El tamaño de las porciones consumidas de cada grupo de alimentos es un factor que puede producir un desorden alimentario (Guellar, 2000).

Los adolescentes necesitan alrededor de 2200 a 2500 calorías al día para un crecimiento y desarrollo adecuados. Sin embargo conforme la actividad física, la estatura y edad, podrían consumir entre 1800 y 3000 calorías (Ascencio, 2005).

En cuanto a las dietas, se sabe que implican una restricción de calorías, que por lo regular está por debajo del consumo requerido por el organismo. En estas dietas regularmente se suprimen alimentos ricos en hidratos de carbono, apareciendo así la necesidad por consumirlos (Guellar, 2000).

Cuando aparece el sobrepeso es importante hacer un plan de alimentación, dicha dieta debe estar controlada, el adolescente debe aprender a comer bien y realice actividad física. El plan de alimentación debe ser: pautado, normal en calorías, normal en hidratos de carbono, incluir todo tipo de alimentos, además de personalizado y fraccionado.

Los requerimientos nutricionales están relacionados más con la edad biológica que con la edad cronológica, por lo tanto las demandas de energía y proteínas en esta etapa son mayores que en cualquier etapa de la vida., por ejemplo: para el crecimiento del esqueleto el cuerpo requiere calcio, fósforo y vitamina D, o bien, los niveles de hierro se elevan al inicio de la menstruación en las mujeres (Mc Laren, 1993).

El plato del bien comer es una representación gráfica de los alimentos que expertos mexicanos crearon como parte de la Norma Oficial Mexicana de la Secretaría de Salud. El plato del buen comer se muestra en la figura 4 (Ascencio, 2005).

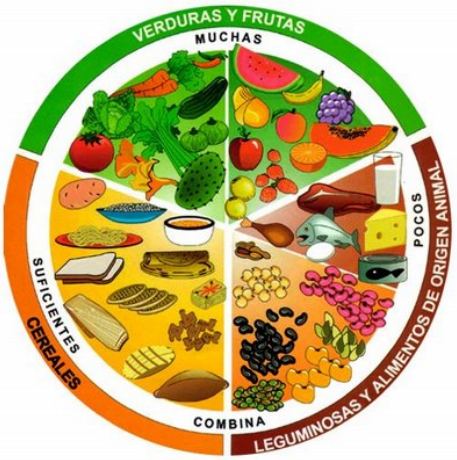


Figura 4. Plato del bien comer

Su objetivo de acuerdo al Fomento de Nutrición y Salud, es servir como guía visual en la orientación alimentaria e informar a la población cómo lograr una alimentación saludable y contribuir en la disminución de los índices de obesidad y sobrepeso que el país atraviesa.

El plato enfatiza el consumo de frutas y verduras, ya que son alimentos que aportan altas cantidades de vitaminas y fibras, además de ser de baja densidad energética, ayudan a prevenir la obesidad y disminuir el riesgo ante enfermedades.

Promueve el consumo de cereales y recomienda combinarlos con leguminosas, para obtener un consumo adecuado de proteínas y un nivel adecuado de fibra dietética libre de colesterol. Se sugiere un moderado consumo de alimentos de origen animal.

El plato recomienda que en cada comida se consuman los tres grupos de alimentos en la proporción indicada. Además del consumo moderado de grasas y azucares refinados, así como evitar la ingesta de alcohol y aumentar el consumo de agua.

2.6. Principales enfermedades causadas por obesidad

La obesidad no es causa directa del inicio de enfermedades, sin embargo tiende a agravarlas, los pacientes obesos tienden a ser más propensos a cualquier enfermedad (Mc Laren, 1993).

La obesidad se relaciona con algunas patologías, como son: la diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, litiasis biliar, colecistitis, disfunción respiratoria y ciertos tipos de cáncer. (Pavón, Alameda, Olivar & Monereo, 1997).

Algunas de las principales alteraciones en la salud son: aumento de morbimortalidad, factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, alteraciones del metabolismo lipídico, hiperglucemia, hiperuricemia, respiratorias, articulares, digestivas, gonadales, dermatológicas, nefrológicas, en la gestación (Chinchilla, 2003).

Aunque la mayoría de las consecuencias de la obesidad en la adolescencia se ven acentuadas en la edad adulta, tendrán riesgo de contraer las enfermedades antes mencionadas, aceleración de talla, maduración ósea y problemas ortopédicos (Peñalver, Vega, Montoya & Flández, 2005).

También es importante mencionar que los adolescentes obesos sufren problemas psicosociales, que se detallarán en el siguiente apartado.

2.7. Problemas psicológicos ocasionados por la obesidad.

Ascencio (2005) menciona que existe una obsesión cultural contemporánea por la delgadez, una aversión a la grasa tanto en adultos como en niños, y una atribución de culpa al obeso, promueve baja autoestima, mala autoimagen debido a la falta de la figura delgada y estereotipadamente atractiva.

Los jóvenes obesos regularmente son rechazados por sus pares, dado que son más lentos, suelen ser ridiculizados y expuestos a constantes burlas y maltratos. Además disminuye su atractivo sexual, lo que al principio les molesta, pero después los deprime. Suelen también ser apáticos en sus estudios, esto empeora su estado emocional, o al contrario ser demasiado dedicados al estudio por lo que tienen problemas para socializar y son rechazados por “matados”.

Según estudios, las adolescentes obesas en comparación con las de peso normal tienen menos posibilidades de casarse, regularmente no terminan sus estudios, y tienen empleos con menores ingresos, Guillota (2000).

Los obesos son discriminados y considerados poco atractivos, carentes de autodisciplina, perezosos, sucios, poco populares, menos trabajadores y poco exitosos. Además se juzga de manera más negativa a las chicas obesas que a los chicos. En un estudio en 1969 se mostró a un grupo de niños, cinco tarjetas con imágenes de niños, tenían que ordenarlas de acuerdo al nivel de desagrado que sentían con respecto a la

imagen. Las tarjetas mostraban: un niño minusválido, un niño con la cara desfigurada, un niño con muletas y una pierna ortopédica, otro con el antebrazo izquierdo amputado y otro obeso. En todos los casos la figura del niño obeso era la que más les disgustaba, Guillota (2000).

Se han estudiado las creencias de los niños con respecto a la obesidad, estas indican que son torpes, sucios, feos, tramposos, etc.

Algunas alteraciones psiquiátricas atribuidas a la obesidad son la alteración de la imagen corporal, trastornos de ansiedad, trastornos del humor, trastornos de personalidad, trastornos de la conducta alimentaria e incluso algunas adicciones como consumo de alcohol, tabaco y ciertas drogas.

2.8. Tratamientos

Existe un gran número de tratamientos para la obesidad. Se recomienda que el elegido sea personalizado, que se valore al paciente, se realice un estudio antropométrico y una evaluación clínica (Ascencio, 2005).

También hay muchos programas que regularmente son dirigidos por nutriólogos, médicos y psicólogos. Dado que cada chico es diferente, algunos aceptan el tratamiento mejor que otros, es complicado saber qué factores intervienen en el éxito del tratamiento en cada paciente (Mc Laren, 1993).

Para Ogden (2005), existen dos tipos de intervenciones dietéticas: los enfoques tradicionales y los paquetes multidimensionales. En el primero, se elaboraban programas conductuales, que incluían el autorregistro de la ingesta de alimentos, modificación de conductas claves y autorrecompensa de la conducta adecuada. Buscaba estimular la comida como respuesta a una necesidad fisiológica y no a claves relacionadas con el estado de ánimo o claves exteriores referentes al alimento en sí, como el olor, apariencia, etc. De acuerdo a estudios de Stunkard (citado en Ogden, 2005), este tratamiento no tenía buenos resultados debido a que la mayoría de los

pacientes no le daba el seguimiento adecuado, o bien, después de un tiempo presentaban recaídas.

Los programas conductuales multidimensionales pretender ampliar las perspectivas del tratamiento de la obesidad y combinan métodos tradicionales (autorregistro), con programas de nutrición, ejercicio, reestructuración cognitiva, cambio de actitudes, etc. Además se sugiere someter a los pacientes a revisión antes de ser recibidos en el programa, así como diseñar para cada paciente un programa adecuado a su situación. De esta manera es importante hacer una entrevista y un análisis de la motivación hacia el tratamiento, así como el establecimiento de metas entre el paciente y el terapeuta, con la intención de hacer del tratamiento un cambio de estilo de vida y no solo un cambio a corto plazo. Estos tratamientos incluyen entrenamiento para la prevención de recaídas, terapia de resolución de problemas, motivación, entrenamiento de destrezas conductuales y apoyo de grupo.

El éxito aunque no siempre es permanente y existe la inminente tendencia a la recaída, conlleva a fortalecer algunos aspectos como la euforia, la seguridad en sí mismo y ciertas sensaciones de bienestar. Además existen tratamientos alternativos mediante ejercicios, fármacos y cirugías, que amplían las opciones de éxito en el tratamiento.

El ejercicio puede adoptar muchas formas, ya sea como un deporte o una actividad cotidiana, como el subir escaleras o caminar hacia la escuela. Complementa un régimen dietético, ya que produce una pérdida de grasa y mejora la conservación de la masa libre de grasa. Se recomienda este como medio para adelgazar y mejorar la salud. La actividad física tiene que ver con los niveles de colesterol, la presión sanguínea, etc. Además de que reduce el riesgo de contraer cierto tipo de enfermedades. Es una vía para mantener el peso sin recuperar el que se ha perdido (Ogden, 2005).

Según Mc Laren (1993), aunque en el paciente obeso la capacidad de realizar ejercicios es limitada, debido a que experimentan malestar dada su condición, es importante mantenerlos en movimiento, porque es una de las causas que fomentan su condición. Por otro lado, los tratamientos farmacológicos son alternativas cuando los otros tratamientos no dan resultados. Actualmente los fármacos para la reducción de peso se recomiendan sólo en pacientes con un IMC mayor a 30. Existe un fármaco llamado Olistat que se encarga de absorber grasas, sin embargo tiene efectos secundarios de tipo disuasorios. Otro tipo de fármacos son los que actúan sobre el sistema nervioso central y suprimen el apetito, como la fentermina y la sibutramina, estos pueden tener efectos secundarios como nauseas, sequedad bucal y estreñimiento. Este tipo de medicamentos no debe administrarse por más de tres meses sin supervisión médica (Ogden, 2005).

Los tratamientos quirúrgicos son el último método para resolver el problema de la obesidad y se aplican solo a aquellos pacientes que presentan obesidad mórbida cuando los demás tratamientos no han tenido resultados favorables. Los tratamientos quirúrgicos más frecuentes son el bypass gástrico y la gastroplastia vertical anillada, ambos requieren de un control dietético. El primero inutiliza una parte del estomago, duodeno y yeyuno, por ello reduce el volumen de alimento que se ingiere y la cantidad de alimento que puede absorberse después de ser ingerido. En el segundo se colocan una serie de filas de anillas que dividen el estómago en una pequeña bolsa superior y se comunica con el resto del estómago por una pequeña abertura, lo que restringe la ingesta de comida cuando la bolsa se llena de alimento.

Por lo tanto el tratamiento para combatir la obesidad depende de las características del paciente, es recomendable que sea supervisado y continuo. Como se mencionó los tratamientos psicológicos son muy importantes para complementar el tratamiento multidimensional, por ello el siguiente capítulo explicara algunas de las técnicas de modificación conductual más relacionadas con el tratamiento de dicha enfermedad (Ogden, 2005).

CAPITULO TRES
TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

La modificación de conducta es una técnica en el tratamiento de la disfunción clínica y la conducta desadaptativa. Existen innumerables contribuciones y especializaciones de este tipo de terapias desde su origen, hace ya varias décadas. Los fundamentos de la modificación de la conducta muestran varias posiciones conceptuales sobre la conducta, Rehm (1991).

Según Kazdin (2000), en el tratamiento de la modificación de conducta, el comportamiento abierto es importante tanto para la evaluación, como para el tratamiento en sí. Los síntomas se conceptualizan primordialmente como problemas de conducta. Regularme el cómo la gente se comporta es el problema central llevado a tratamiento. Los tratamientos conductuales ven la conducta como medio para tratar el problema clínico.

Las técnicas de modificación de conducta suelen apoyarse en tratamientos activos y directivos, es decir, al paciente se le dan instrucciones específicas para seguir los procedimientos indicados. Dichas técnicas no se enfocan en el hablar del paciente acerca de sus problemas, sino en prescribir experiencias de entrenamiento explicitas. Las acciones para lograr los cambios regularmente se extraen en las sesiones de tratamiento, y en ocasiones se asignan en forma de tareas. El cambio terapéutico se conceptúa como “aprender nuevas conductas” que llevarán al cambio en el comportamiento.

Este tipo de técnica implica la aplicación de los principios de la investigación experimental y social en psicología, además de un cambio ambiental y la interacción social, más que el cambio por alteración en los procesos biológicos. Tiene un objetivo esencialmente educativo, facilitan el autocontrol, negocian un acuerdo contractual en el que se especifican objetivos, procedimientos agradables y éticamente aceptados (Franks, 1991)

A continuación se citarán algunas de las técnicas de modificación de conducta relacionadas con el tratamiento psicológico de la conducta alimentaria.

3.1. Autocontrol.

El término autocontrol es la aplicación del aprendizaje de conductas concretas y en situaciones especificas, que requieren el control de conductas conflictivas. Es considerado como un caso particular de la modificación de la conducta, del cual solo se puede hablar cuando se da la conducta sin ningún tipo de instigación exterior, física o social (Olivares, Méndez &Lozano, 1998).

Para Olivares et al. (1998), las técnicas de autocontrol son procedimientos mediante los cuales el terapeuta instruye al paciente en estrategias sobre la habilidad de diseñar auto-intervenciones, cuyos objetivos son:

a) El cambio en la frecuencia, intensidad y duración de sus propias conductas en diferentes contextos, a través de manipular las consecuencias o reorganizar las situaciones antecedentes.
b) Llegar a las metas a corto y largo plazo.

El proceso terapéutico se acelera de manera positiva si el paciente atribuye los resultados, o parte de estos, a su propia actividad, así como si se percibe con cierto poder de control y decisión.

Para Kazdin (2000) en estas técnicas el paciente registra su conducta y aplica técnicas para controlarla naturalmente. Además estas técnicas ayudan a superar limitaciones de las contingencias que se aplican de modo externo.

El autocontrol entrena al paciente para tener control sobre su conducta y llegar a metas específicas. El control continuo por el agente externo no es un fin, sino un medio para llegar al autocontrol. Las técnicas de autocontrol intentan maximizar el control del paciente en el programa, a través de recomendaciones, fuertes advertencias, elogio

sistemático y retroalimentación. Se espera que al final de la intervención el paciente pueda seguir aplicando las técnicas aprendidas en diferentes situaciones con nuevas conductas (Kazdin, 2000).

De acuerdo a Kazdin (2000) la noción de autocontrol se refiere a la regulación de conductas que tienen consecuencias conflictivas, es decir, reforzadores que pueden ser positivos o negativos. Estos actos suelen privar recompensas inmediatas, para obtenerlas en el futuro.

Para Rodríguez y Párraga (1982) los reforzadores se clasifican en:

- Reforzadores primarios o incondicionados: su acción reforzante no depende de condicionamiento previo, potencian una conducta por sí mismos. Pueden ser:
    - Positivos incondicionados: su presencia después de la aparición de una respuesta, incrementa la probabilidad de emisión sin condicionamiento previo.
    - Negativos incondicionados: su eliminación o retiro después de la aparición de una respuesta operante, aumenta la frecuencia de la ejecución, sin condicionamiento previo.
- Reforzadores secundarios o condicionados: son reforzadores ineficientes o débiles que pueden adquirir propiedades reforzadoras importantes cuando se presentan repetidamente a la par de un reforzador incondicionado.
    - Positivos condicionados: su presencia refuerza la respuesta de otro reforzador que se presenta después de éste.
    - Negativos incondicionados: tras un condicionamiento previo, desaparecen ante la emisión de la respuesta.

Según Rehm (1991), las estrategias de autocontrol ayudan al paciente a vencer el dominio del ambiente externo y reemplazarlo por control interior, también influyen en cómo planificar sus conductas, tales como establecimiento de objetivos, control de motivación, recompensa y castigo.

Para Olivares et al. (1998) existen fases en el aprendizaje del autocontrol: la fase educativa o de información, la fase de entrenamiento y la fase de aplicación. A continuación se explicará cada una de ellas.

a) Fase educativa o de información: su objetivo es la corrección de errores de concepto (no permitir autocríticas negativas y exponer el punto de vista terapéutico) y proporcionar información sobre los principios básicos del aprendizaje.
b) Fase de entrenamiento: En esta es preciso entrenar al paciente sobre ciertas habilidades que le harán posible el autocontrol:
    - Registro y observación de manera objetiva del comportamiento en general y del que se desea modificar.
    - Definición de objetivos, criterios reales y concretos de los cambios deseados, así como su planificación a mediano y largo plazo.
    - Selección de un método de autocontrol acorde a los objetivos.
    - Selección y programación de la autoaplicación.
c) La fase de aplicación se refiere en sí a la aplicación de estas técnicas en la práctica terapéutica.

En cuanto al método de autocontrol, existen: técnicas para facilitar el cambio de conducta, técnicas de planificación ambiental y técnicas de programación conductual; estas integran el conjunto de técnicas que se emplean para lograr el autocontrol conductual.

3.1.1. Técnicas que facilitan el cambio conductual.

a) La autoobservación incrementa el conocimiento del comportamiento y relaciona sus conductas con situaciones y resultados. La información obtenida proporciona retroalimentación, esta puede ser efectiva porque al observar adquiere propiedades reforzantes o punitivas (Kazdin, 2000).

Para Olivares et al. (1998) el terapeuta entrena al paciente en las distintas modalidades de observar y registrar la conducta problema, sus antecedentes y sus consecuencias. Dependiendo las características de dicha conducta se registran su frecuencia, duración, etc.

b) El autorregistro es una técnica en que el paciente se observa y lleva un registro sistemático de su conducta, en la que el paciente es colaborador y agente de cambio, obtiene una medición de la propia conducta de interés. Cualquier dimensión de la conducta es evaluable, por ejemplo, frecuencia, intensidad, etc., y estas pueden ser combinables. Puede además, ayudar a planificar una intervención, emplearse para hacer un registro de las respuestas subjetivas no observables en externos, utilizarse para modificar la forma en que se dirige la atención en la propia persona (Rehm, 1991).

c) Las tareas terapéuticas entre sesiones contribuyen con el progreso de la terapia por su contenido motivacional y de autocontrol (Olivares et al., 1998).

3.1.2. Control de estímulos.

Conductas específicas se presentan ante estímulos específicos. En algunos casos la conducta esta bajo el control de los estímulos que se quieren modificar, otras conductas no están controladas por estímulos particulares y otras se encuentran bajo el control de estímulos inapropiados. Cuando una persona detecta que hay estímulos que controlan su conducta, es capaz de estructurar su ambiente para maximizar la probabilidad de que la conducta deseada se presente (Kazdin, 2000).

Para Olivares et al. (1998), es importante entrenar al paciente para que logre identificar los estímulos internos y externos que lo controlan. Este entrenamiento pretende ayudar a discriminar aquellos casos en los que conviene actuar sobre el entorno físico y social, ya sea para: eliminarlos/disminuirlos, programar su presencia/ incrementar su número, o sustituirlos por otros más adaptativos. Algunas formas de

control estimular son: restricción física, eliminación estímulos, reducción de estímulos discriminativos, fortalecimiento de indicios, cambiar la configuración estimular física y/o social, modificar propias condiciones físicas o fisiológicas. El control de estímulos se aplica a una gama muy amplia de problemas conductuales pasando por diversas formas de control.

En el tratamiento se trata de ayudar al paciente para que empiece a desempeñar conductas ante un conjunto de estímulos nuevo o reducido y así desarrollar control sobre los mismos, o bien, guiarlo para llevar a cabo conductas nuevas en la presencia de estímulos familiares y eliminar las fuentes de control existentes (Kazdin, 2000).

3.1.3. Autorreforzamiento y autocastigo.

Según Rehm (1991) el autorreforzamiento es la consecuencia de la autoevaluación, determinado por conductas autoimpuestas. La autorrecompensa motiva el esfuerzo y la persistencia cuando hay reforzamiento o cuando no hay castigo. Para un sujeto con bajas habilidades de autocontrol el autorreforzamiento puede ser interpretado como un mecanismo de conducta desafiante, de oposición y de autocastigo. El autorrefuerzo puede ser manifiesto o encubierto, así como el autocastigo, estos pueden emplearse en técnicas de autocontrol.

Olivares et al. (1998) define el autorrefuerzo así: "*El autorrefuerzo conlleva a la autoadministración contingente a la ejecución de una conducta apropiada de un reforzador"* (p. 390). Además menciona que existen dos modalidades de autorrefuerzo, el positivo, que consiste en autoaplicar contingencias positivas reales o imaginarias, y el negativo, en el que cesa la estimulación aversiva después de ejecutar la conducta deseada. El paciente debe aprender a formularse metas razonables y lograr observar la conducta objetivo para autoevaluarse.

Según Kazdin (2000) para que se de el autorreforzamiento el paciente debe ser libre de recompensarse en cualquier momento, se ejecute o no una respuesta particular. Además la conducta seguida de la aplicación del reforzador debe aumentar en frecuencia. En el autorreforzamiento aparecen dos procedimientos: el paciente determina el requerimiento de la respuesta para una cantidad específica de reforzador, él controla cuanto y cuanto soltar el reforzador, esto es reforzamiento determinado. Por otro lado, aplica un reforzamiento para lograr un criterio particular, esto es el reforzamiento aplicado. El autorreforzamiento requiere que el paciente registre y observe sus conductas, para que determine si ha alcanzado el criterio buscado.

El autocastigo es la autoadministración contingente de verbalización negativa, después de llevar a cabo conductas deseables, este se ha estudiado para la extinción de conductas no deseables (Olivares et al., 1998).

Kazdin (2000) indica que los programas de autocontrol que utilizan autocastigo, regularmente incorporan reforzamiento positivo.

El autocastigo según Rehm (1991) reduce las bifurcaciones de los esfuerzos que fueron planificados y disminuye las respuestas para obtener reforzadores internos.

3.2. Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva alude a un conjunto de enfoques y técnicas heterogéneos, cada uno con sus características, pero con un elemento en común: el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta. El ser humano deja de ser una “caja negra”, para convertirse en un ser que emite respuestas, expresa sentimientos, creencias, interpretaciones, etc. las cuales son responsables en gran medida de sus problemas, por lo que se desarrollan técnicas para modificar el impacto de estos componentes cognitivos (Méndez, Olivares & Moreno, 1998).

Esta orientación se origina en los años setentas, y deja a un lado los enfoques iniciales del condicionamiento operante y clásico para abrir paso a los enfoques que resaltan la función de las variables cognitivas en el control de la conducta humana. El enfoque cognitivo-conductual destaca los procesos cognitivos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de conducta (Méndez et al., 1998).

Las técnicas de restructuración cognitiva se emplearon por primera vez en el tratamiento de la obesidad por Mahoney y Mahoney en 1976. Aunque las sesiones grupales de cambio de ideas irracionales y sus contrapartidas son muy útiles, es importante la evaluación individual para valorar hasta donde el paciente autogenera dichas ideas; además es importante el autorregistro cognitivo y la entrevista (Vera, 1998).

Según Méndez et al. (1998) la diversidad de técnicas ha generado una gran heterogeneidad con respecto a los fundamentos teóricos, eficacia, aplicación, procedimientos, etc. Principalmente las críticas a este tipo de técnicas se enfocan en los fundamentos teóricos y los resultados terapéuticos. Las técnicas de reestructuración cognitiva están dirigidas a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del paciente, a través de resaltar su impacto negativo en la conducta y emociones para sustituirlas por otras más adecuadas.

Según Crespo y Larroy (1998), no son factores externos los que generan las conductas, sino los pensamientos sobre los hechos.

Este tipo de técnica implica entrenar al paciente para que cuestione actitudes y creencias irracionales, así como que autorregistre sus pensamientos, reconozca patrones desadaptativos de pensamiento y registre los pensamientos irracionales. Se instruye y se cuestiona al paciente sobre sus pensamientos irracionales y se plantee una respuesta racional (Mc Anulty, 1998).

Estas técnicas se centran en identificar y modificar las cogniciones desadaptativas del paciente, se pone de relieve su impacto negativo en la conducta y emociones, para sustituirlas por cogniciones más adecuadas. Existen varios procedimientos para llevar a cabo este tipo de terapia: la terapia racional emotiva de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, y el entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum.

3.2.1. Terapia Racional Emotiva (TRE)

Albert Ellis desarrolla esta técnica para cambiar lo que conocemos como ideas disfuncionales. Originalmente llamada Terapia Racional Emotiva (TRE), está basada en la idea de la angustia está relacionada con ideas irracionales y sus conclusiones ilógicas. Esta técnica es usada para ayudar a cambiar las interpretaciones acerca de las experiencias de los pacientes, que producen conductas desadaptativas. Esta técnica incluye la identificación de las ideas irracionales, desafiar dichas ideas y sustituirlas por pensamientos basados en ideas racionales (Sundel, 2005).

La TRE describe un modelo llamado ABC, en el que A es el Acontecimiento activante, B es el pensamiento acerca de ese acontecimiento (B por Belief en inglés) y C es la Consecuencia emocional, es decir, la conducta del sujeto. En este modelo C no es consecuencia directa de A, sino de B. Por lo tanto las consecuencias emocionales y conductuales están en los pensamientos que se activan ante un acontecimiento. Este modelo es considerado como una alternativa para explicar la génesis y el mantenimiento de los problemas psicológicos. El complemento del ABC es D como tratamiento con reestructuración cognitiva y E los resultados o interpretación de los eventos (Méndez, 1998).

Para Ellis y Abrahms (1980) el concepto de autoaceptación dentro de la TRE es muy importante, esta representa que se acepta plenamente a sí mismo, acepta su existencia, sin requerimientos ni limitaciones. Los terapeutas racional-emotivos hablan de la aceptación de uno mismo debido a que estos términos no clasifican o hacen

juicios de propios. Uno de los principales principios de la TRE es establecer cuáles son las creencias irracionales (hipótesis) sobre sí mismo y los demás, y después discutir las hipótesis si parecen producir escasas respuestas emocionales y conductuales.

Las personas se trastornan en formas complejas por medio de percepciones y concepciones erróneas acerca de lo que les sucede (acontecimientos activantes), los problemas además consisten en las reacciones emocionales ante tales acontecimientos y generan patrones de comportamiento disfuncional (como fumar o comer en exceso). Debido a que el trastorno incluye elementos cognoscitivos, emotivos y conductuales, la TRE brinda un enfoque multifacético para atacar estos elementos, por lo que se acerca a la terapia cognitiva-emotiva-conductual.

En la TRE los pensamientos racionales, sentimientos correctos y la conducta afectiva, son los que ayudan a los seres humanos a la sobrevivencia y alcanzar la felicidad. Cuando pensamos también sentimos y actuamos, así cuando sentimos a la vez pensamos y actuamos, la TRE adopta la terapia cognoscitiva-persuasiva o la educación emocional como uno de sus métodos principales .Para lograr un cambio, el terapeuta no sólo se centra en hacer que el paciente se sienta mejor, sino que este mejor con el mismo, esto implica un cambio filosófico de su manera de actuar con los demás y con su entorno. El terapeuta debe enseñar a su paciente como establecer programas de autoayuda, de manera que los induzca a establecer actividades difíciles o disciplinadas que normalmente evitan, esto es muy útil en programas para modificar conductas alimentarias, o dejar de fumar, etc.

Según Crespo y Larroy (1998), existe un esquema para la aplicación de este modelo de reestructuración cognitiva, los pasos en que consiste se citan a continuación:

- Explicación y demostración del efecto en los pensamientos, en la conducta y en las emociones. Ejercicios que le hagan ver al paciente la relación cognición-afecto. En este paso se debe describir una situación y los pensamientos que trae

al individuo, imaginar escenas agradables y desagradables, proporcionar al paciente bibliografía de referencia. Según Méndez et al. (1998) el objetivo de esta fase es persuadir al paciente sobre los acontecimientos externos que contribuyen pero no originan los sentimientos negativos, cuando éste acepta las ideas irracionales que contribuyen a su trastorno, pasa a la siguiente fase.

- Identificación de los pensamientos negativos del sujeto. Se pueden aplicar cuestionarios, autorregistros, etc. Según Méndez et al. (1998) esta identificación puede ser de dos formas: a) el paciente busca sus necesidades o imperativos internos ante los acontecimientos externos activadores, b) el paciente reconoce la existencia de estas ideas irracionales, ya sea en un listado, resumen, registro, etc.
- Retribución y conceptualización alternativa. Consiste en la discusión o persuasión verbal de los pensamientos del paciente, así como pruebas de realidad, cuestionamiento y refutación de los pensamientos irracionales. Según Méndez et al. (1998) la reestructuración cognitiva busca debatir las ideas irracionales enseñando al paciente a distinguir entre pensamiento lógico e ilógico, para lograr una reconceptualización que modifique las sobregeneralizaciones y valore los acontecimientos de manera menos alarmante y más apegada a la realidad.

3.2.2. La terapia cognitiva de Beck.

De acuerdo con Sundel (2005), Aaron Beck desarrolló un enfoque basado en que los desordenes emocionales son resultado de lo que llamó pensamientos automáticos o distorsiones cognitivas. El objetivo de la terapia consiste en cambiar las cogniciones irracionales. Beck desarrolló esta terapia como tratamiento para la depresión, sin embargo ha sido empleada en problemas de ansiedad, obesidad, desordenes psicosomáticos, adicciones, etc. Le terapia cognitiva utiliza intervenciones cognitivas y conductuales. Las intervenciones cognitivas retan a las ideas irracionales de los pacientes, en la búsqueda de evidencias empíricas de que esos pensamientos

son verdaderos o falsos, generando interpretaciones e identificando resultados realistas.

Para Méndez et al. (1998), existen elementos centrales de este modelo:

a) En la infancia se desarrollan esquemas básicos para organizar el sistema cognitivo.
b) Existen pensamientos o representaciones mentales automáticas, sin razonamiento previo.
c) Existen las distorsiones cognitivas o errores de procesamiento de información.
d) Se pueden activar esquemas básicos disfuncionales ante situaciones estresantes.

Beck define los pensamientos automáticos como cogniciones negativas, que suelen ser reflejas, irracionales e inadecuadas, el paciente las acepta como validas y son involuntarias. Las distorsiones cognitivas son errores en el procesamiento de información, en los que se aplican esquemas ya existentes de manera rígida, como pueden ser: la descalificación, le personalización, el razonamiento emocional, etc. (Méndez et al., 1998).

Lo más importante en la terapia cognitiva es la idea de que la percepción de los pacientes, es la manera como estructuran su mundo y por lo tanto determina sus emociones y su conducta. El terapeuta debe ser un guía para que el paciente pueda darse cuenta de sus cogniciones y cómo estas repercuten en su conducta (Dobson, 1991).

Para Méndez et al. (1998) El proceso de la terapia cognitiva es:

a) Instruir al paciente en el modelo cognitivo: Acercamiento para entender las creencias del paciente, explicación breve del fundamento teórico de la terapia, mencionar el papel activo del terapeuta, buscar evidencias a favor y en contra de sus ideas para determinar su validez.

b) Entrenamiento en la observación y registro de pensamientos automáticos: el paciente debe observar y registrar sus pensamientos automáticos, aportando ejemplos y su relación con sus emociones y conducta.
c) Examinar y someter a prueba de realidad los pensamientos automáticos: analizar las distorsiones cognitivas y someter a prueba creencias básicas de sus esquemas a través del método socrático.
d) Detección y modificación de esquemas básicos: para la detección se puede pedir al paciente que determine acontecimientos en los que haya experimentado alegría, tristeza, éxito, etc., y sus respectivas consecuencias emocionales, o que explique porque se sienten bien o mal otras personas; una vez detectados se deben modificar, lo cual resulta complejo, dado que los esquemas son la personalidad del paciente, por lo que se ayuda a mitigar la preponderancia del esquema básico, pero no se elimina.

El tratamiento de los trastornos de la personalidad, que incluye la conducta interpersonal, las visiones de uno mismo, la emoción, etc., es multidimensional, pero con un especial enfoque en la cognición. Existen ciertos esquemas para cada uno de los trastornos, por ejemplo obsesivo- compulsivo tiene un esquema en que las fallas o defectos son intolerables. Para el cambio conductual, estos esquemas deben afrontarse dentro de una relación de colaboración del paciente y el terapeuta, no sólo enfocados en las consecuencias o síntomas, sino en la vida entera del paciente, haciendo una función de educador. Esta técnica además representa el rol de papeles, imaginería, y revivir experiencias infantiles, con la intención de desarrollar una visión más positiva del paciente hacia sí mismo. Es importante vigilar las reacciones emocionales para detectar información importante y reducir los sentimientos negativos (Caballo, 1998).

Para Williamson, Smith y Barbin (1998) la modificación de actitudes e ideas irracionales son un componente crucial en el tratamiento de los trastornos de alimentación, a través de la modificación de ideas erróneas acerca del peso y de la imagen corporal, así como de la nutrición por medio de reestructuración cognitiva.

3.2.3. Entrenamiento autoinstruccional

El entrenamiento autoinstruccional es una técnica de modificación de conducta desarrollada por Meichenbaum, que se enfoca en desarrollar en habilidades de afrontamiento. A través de este entrenamiento el terapeuta enseña al paciente cómo darse instrucciones que le ayuden a afrontar de manera efectiva situaciones difíciles. Ha sido empleada para manejar problemas como ansiedad en la infancia, desempeño escolar pobre, impulsividad, etc. El terapeuta modela autoinstrucciones adecuadas de manera verbal y determina tareas para el paciente, después le pide ejecutar las tareas a la vez que le da las instrucciones. El paciente después repite las instrucciones en voz alta mientras ejecuta la tarea. El paciente repite la tarea y gradualmente baja el volumen de la instrucción verbal hasta finalmente no decirla en voz alta y seguir ejecutándola (Sundel, 2005).

Según Kirchner, Torres y Forns (1998), el autor de esta teoría consideraba que los pacientes podían hablarse a sí mismos y adquirir conductas más adaptativas con la fuerza instruccional de esa conducta verbal. Según las verbalizaciones graduales, el paciente se enfrenta a:

- La definición del problema.
- Punto clave del mismo.
- Estrategias de atención-concentración.
- Estrategias de enfrentamiento.
- Estrategias de afrontamiento.

El primer paso es hacer un estudio detallado de las habilidades en relación con las tareas, para así, iniciar un tratamiento autorregulatorio de las mismas, de no existir dichas habilidades tendrían que desarrollarse. El cambio se refleja en tres niveles: en la conducta manifiesta del paciente, por ser más fácil de modificar que las propias cogniciones del paciente, este tiene que ser el mejor observador de su propia conducta; el segundo es desarrollar conductas y pensamientos incompatibles con la conducta

problema, para lograr un cambio en el lenguaje interno; en tercer nivel, será consolidar los cambios para asentar nuevas estructuras cognitivas.

A diferencia de la TRE esta técnica se centra en la importancia de los aspectos rítmicos o semánticos para lograr el control conductual y no en las ideas del sujeto (Kirchner et.al., 1998).

3.3. Técnica de solución de problemas

Esta técnica desarrollada de inicio por D´Zurilla y Golfried, tiene como objetivo facilitar la búsqueda de soluciones a situaciones difíciles de afrontar por los sujetos. Se capacita al paciente para ver sus problemas de un modo distinto y así abordarlos eficazmente. El objetivo es ayudar o enseñar a resolver problemas y tomar decisiones en general como un modo de proceder, más allá de dar la solución al problema que el paciente presente. La solución de problemas se emplea en situaciones en las que las respuestas que da el paciente no son eficaces, las personas no saben cómo resolver cierta situación de manera adecuada y cuando las respuestas son eficaces a corto plazo pero no a largo plazo (Crespo & Larroy, 1998).

Según Mc Lay, Davis y Fanning (1985, citado en Crespo & Larroy, 1998), los pasos para el procedimiento de esta técnica son: especificar el problema, perfilarlo, reclasificarlo, buscar objetivos alternativos, buscar y seleccionar estrategias, describir y valorar las consecuencias, escoger la alternativa mejor valorada, describir los pasos para ejecutarla, evaluar los resultados.

D´Zurilla y Nezu (1988) indica que los objetivos de la técnica de solución de problemas son reducir las psicopatologías y mejorar el funcionamiento psicológico y conductual para prevenir recaídas, prevenir nuevos padecimientos y mejorar la calidad de vida del paciente. Muchos estudios han demostrado la eficacia de esta técnica, como un tratamiento autónomo, parte de un tratamiento multidimensional, para el mantenimiento de estrategias, y programas de prevención. Estas intervenciones han

sido aplicadas en tratamientos individuales, grupales, terapias de famililla, de pareja, problemas de peso, abuso de drogas, etc.

Dependiendo del tipo de problema el afrontamiento efectivo puede mejorar la situación o reducir el estrés emocional que causa. Esta teoría está basada en la solución de problemas sociales y el modelo racional para la solución de problemas de estrés y el bienestar.

La solución de problemas sociales es concebida como una actividad racional, consciente y propositiva, que tiene como objetivo mejorar una situación problemática, reduciendo o modificando las emociones negativas generadas por la situación, o ambas respuestas. Por lo que es visto como un metaproceso de entendimiento, evaluación y adaptación de eventos estresantes en la vida del sujeto, preferible que una simple estrategia de afrontamiento (D´Zurrila & Nezu ,2010)

D´Zurilla y Nezu (2010) definen “problema”, como la discrepancia entre las demandas adaptativas y la disponibilidad de respuestas afrontadas efectivamente. “Solución”, es una respuesta de afrontamiento a una situación específica o un patrón de respuestas. Una solución efectiva es aquella que logra resolver el problema mientras maximiza otras consecuencias positivas y minimiza las negativas.

Perri et al (2001, citado en D´Zurilla y Nezu, 1988) creó la hipótesis que la terapia de solución de problemas fomentaría adherencia al tratamiento de la pérdida de peso ayudando a los pacientes a superar barreras de adherencia, como programar actividades complicadas, completando tareas asignadas en casa , etc. Después de 20 semanas se sesiones grupales de terapia de conducta para la obesidad, 80 mujeres fueron asignadas a 3 diferentes condiciones: solo la terapia de conducta, entrenamiento de prevención de caídas y terapia de solución de problemas. Después de 17 meses los grupos que llevaban a cabo la terapia de solución de problemas perdían 10% más de peso que los otros grupos y tendían menos a recaídas que los otros grupos.

En el tratamiento de la obesidad, la solución de problemas es una técnica que se emplea principalmente para evitar posibles caídas futuras, los participante evalúan las posibles situaciones futuras de alto riesgo y las cadenas conductuales que los llevarían a una recaída (Williamson et al., 1998).

3.4. Tratamiento psicológico de la obesidad y le sobrepeso para adolescentes a través de las técnicas de modificación de la conducta.

Según Godoy y Cobos (1997) en todo proceso de evaluación de modificación de la conducta, una vez llevado a cabo el análisis de la conducta y la formulación de la hipótesis, lo siguiente es seleccionar las conductas clave a modificar y seleccionar las variables relevantes que pueden estar controlando la conducta problema y que deben modificarse para lograr un cambio conductual.

Existe una necesidad de instruir de manera adecuada a los padres con respecto a establecer hábitos de autonomía en los pacientes según su edad, ya que debido a la falta de información o a creencias erróneas acerca de los hábitos, estos se desarrollan de manera incorrecta en el sujeto. Cuando existen alteraciones en la conducta del adolescente regularmente son los padres quienes detectan dicha conducta y llevan al paciente a terapia. Por otra parte la importancia de discernir entre el motivo de consulta y otras variables que requieren tratamiento, ya que es posible que los padres lleven a los chicos a consulta por una razón, pero que el psicólogo detecte otros comportamientos como problemas conductuales principales.

Para Godoy y Cobos (1997) antes del tratamiento se deben obtener datos mediante una amplia entrevista, tomar el registro de las comidas (desayuno, almuerzo, comida y cena) y medir las siguientes variables: tiempo, posición, cantidad de alimento consumido, forma de comer, características de la comida, alimentos que consume, si consume alimentos por separado o todos triturados y mezclados en el mismo plato, qué hace o dice durante la comida, y qué dicen o hacen los padres en la misma situación.

De estos registros se seleccionan conductas y se decide en cual hay que intervenir, es decir, se seleccionan los objetivos terapéuticos y se elabora un programa. El tratamiento no puede ni debe elaborarse únicamente sobre el problema que se plantea como motivo de consulta, sino que toma en cuenta otras variables, que de no ser consideradas, pueden convertir la intervención en una receta y cometer errores sin producir cambio en la conducta clave. Por lo cual es necesario conceptualizar el comportamiento y el contexto en el que se desenvuelve, de tal manera que el motivo de consulta quede en segundo plano.

Saldaña (1997) indica que los datos sobre la edad de aparición de la obesidad no son concluyentes en el éxito y mantenimiento del tratamiento. El tratamiento se justifica por los cambios rápidos e importantes que se dan durante esta etapa, de manera que en cualquier programa de reducción de peso se deben tomar precauciones para evitar alguna repercusión en el desarrollo del sujeto. Los objetivos de la intervención para esta autora son lograr una reducción de peso, enseñar hábitos alimentarios y patrones de actividad física, así como nutrición correcta para su desarrollo. En el caso de la dieta, es importante que esta sea equilibrada y nutritiva, dado que aún se desconocen los efectos de una dieta desproporcionada en los adolescentes. Los cambios en la alimentación deben darse de en forma gradual y bajo la dirección de un nutriólogo.

Como parte de la intervención es importante hacer entrevistas, tanto al adolescente como a los padres, en la que se informe sobre los hábitos de consumo, las respuestas de la ingesta ante estímulos internos y externos, consumos extras, hábitos alimentarios en ocasiones especiales, la utilización del alimento como recompensa o castigo, patrones de actividad física, la percepción de la propia imagen corporal y la actitud hacia su propia obesidad (Saldaña, 1997).

Para Saldaña (1997,) algunos de los procedimientos para lograr los objetivos básicos en el tratamiento de la obesidad son:

a) Cambios graduales en la alimentación para suprimir la cantidad de alimento de alto contenido calórico. Se educa sobre nutrición con el objetivo de aprender a llevar una dieta balanceada, y finalmente se prescribe una dieta.
b) Después de la identificación de malos hábitos, se deben enseñar técnicas de autocontrol de estímulos, técnicas para la modificación de estilos de comer en relación con la velocidad de ingesta, reconocimiento de señales de hambre y saciedad. Se enseña a reconocer cadenas conductuales que lo llevan a comer, así como la búsqueda y practica de conductas incompatibles con la actividad de comer.
c) Se realizan programas de incremento progresivo de actividad, con la intención de que se enseñe a programar gradualmente la actividad física en función de las calorías que se desean perder.
d) Se enseña a identificar las situaciones de alto riesgo que posibilitan el incumplimiento de las prescripciones y abandonar el programa, se analizan las posibles ideas irracionales relacionadas y se sustituyen, se brinda entrenamiento asertivo para la alimentación en ciertas situaciones como reuniones familiares y sociales, así como en afrontamiento y solución de problemas.

La terapia cognitiva en el tratamiento de la obesidad está orientada a un objetivo, a un proceso. Más que proporcionar lo que quiere conseguir, le ayuda a planificar como obtenerlo, a adquirir habilidades que puede aprender y dar prioridad a pequeños cambios, esto proporciona al paciente experiencias positivas sobre las que construyen, más que intentar cambios globales que duran poco. Aceptar una pérdida de peso discreta puede facilitar la satisfacción de la imagen corporal del paciente. El autocontrol se correlaciona con la pérdida de peso a largo plazo, el control de estímulos ayuda a los pacientes a manejar señales asociadas con la ingesta inadecuada, mientras que la terapia cognitiva además ayuda a mejorar la imagen corporal aun en ausencia de pérdida de peso (Wadden, Crerand y Brock, 2005).

CAPITULO CUATRO
PROPUESTA

4.1. JUSTIFICACION

Un adolescente obeso enfrenta más que un problema de aspecto, ya que trae consigo problemas de autoestima, inseguridad, mala adaptación, rechazo, bullying, autoimagen deteriorada y sobretodo tiene muchas probabilidades de ser un adulto obeso, con una tendencia a desarrollar problemas de salud propias de la obesidad, como: diabetes, problemas en articulaciones, enfermedades cardiacas, una calidad de vida deplorable etc.

Los tratamientos multidisciplinarios para combatir la obesidad son soluciones integrales que buscan, a través de las técnicas de modificación de conducta, educación nutrimental, ejercicio y valoraciones medicas, fomentar cambios en los hábitos alimentarios, reconocimiento de autoestima y recuperación de autoimagen, con el objetivo de mejorar la condición de los pacientes. Un taller introductorio a este tipo de soluciones es una herramienta útil para acercar a los pacientes a dicha problemática. Estos deben de ser proporcionados como parte de una estrategia en la que intervengan la familia, la escuela y las instancias que se encargan de fomentar salud pública y educación en las comunidades.

Esta propuesta busca concientizar a los adolescentes obesos, a través información, sensibilización y modificación de las conductas alimentarias, así como fomentar la educación en nutrición y salud alimentaria, entrenándolo para seleccionar con más interés los alimentos que consume, identificar patrones y conductas que lo llevan a comer en exceso descuidando su imagen corporal, su salud física y mental.

4.2. OBJETIVO GENERAL

Al finalizar el taller el adolescente modificará la forma de percibir su enfermedad debido a que estará informado y consciente de las implicaciones de la misma, lo cual le permitirá identificar las situaciones que generan cierto tipo de conductas y con el objetivo de modificarlas.

4.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

a) Informar a los adolescentes acerca de las características de la obesidad y el sobrepeso.
b) Informar acerca de las causas y consecuencias de la obesidad, así como, las repercusiones en la salud física y psicosocial.
c) Identificar los estímulos que llevan al adolescente a ejecutar conductas alimentarias inadecuadas.
d) Modificar las conductas alimentarias inadecuadas por hábitos correctos.
e) Informar al adolescente en temas de nutrición y sus beneficios en el tratamiento de la obesidad.
f) Fomentar la ejecución de actividad física y sus beneficios en el tratamiento de la obesidad.

4.4. PARTICIPANTES

El taller estará dirigido a grupos de 10 a 20 adolescentes que hayan sido detectados con problemas de obesidad y sobrepeso por la institución educativa en la que están inscritos, previo consentimiento personal y de los padres o tutores, cuyas edades sean entre 12 y 15 años, hombres y mujeres, que cursen la educación secundaria, pública o privada.

4.5. MATERIALES:

- Pre-test, pos-test (Anexo 1).
- Laptop
- Proyector
- Pizarrón
- Hojas
- Tijeras
- Pegamento
- Pliegos de papel bond
- Revistas, periódicos.
- Presentaciones power point acerca de: “¿Qué es la obesidad y el sobrepeso?”, “Eres lo que comes” y “Vida en movimiento”.

4.6. ESCENARIO

El taller se llevará a cabo en las instalaciones de escuelas de nivel secundaria, en el aula de usos múltiples o en un salón amplio, que presenten condiciones optimas de iluminación y ventilación. Es necesario que dicho espacio cuente con las características apropiadas que permitan la movilidad de los asistentes así como el mobiliario suficiente; es importante que las mesas y sillas estén colocadas tipo mesa redonda, es decir, formando un semicírculo alrededor del área de proyección.

4.7. INSTRUMENTOS DE EVALUACION:

- Pre-test (Anexo 1). Es un cuestionario de 15 preguntas, el cual tiene como objetivo conocer el grado de conocimiento, autoaceptación y actividades cotidianas relativas a la obesidad del sujeto al empezar el taller.
- Pos-test (Anexo 1). Se aplicará el cuestionario utilizado como pre-test al finalizar el taller.
- Hojas de autorregistro de actividad física (Anexo 2). Es un formato semanal de autorregistro de actividad física, el cual consta de 9 reactivos, los cuales deben ser llenado diariamente con una señal

indicando las actividades que se realizan y marcar con una cruz las que no se realizan. Este formato tiene por objetivo medir el cambio conductual en cuanto a interés por realizar actividad física conforme pasan las semanas del taller.

- Hojas de autorregistro de comida y bebida (Anexo 3). Es un formato semanal de autorregistro de alimentos y bebidas el cual consta de 6 reactivos, los cuales deben ser llenados por los alimentos ingeridos conforme al desayuno (D), comida (CO) y cena (CE). Este formato tiene por objetivo medir el cambio conductual en cuanto a la ingesta de alimentos conforme pasan las semanas del taller.

4.8. PROCEDIMIENTO

El taller se llevará a cabo en 6 sesiones, una por semana, con una duración de 2 horas cada sesión las 5 primeras y de 3 horas la última. Las sesiones se imparten por la tarde para los alumnos del turno matutino y por la mañana para los alumnos del turno vespertino con la intención de no interferir con sus clases. El psicólogo que imparta el taller debe ser entrenado previamente en el contenido del taller.

4.9. FASES DE APLICACIÓN DEL TALLER

1ª. Se aplicará un pre-test para conocer el nivel de información que poseen los participantes.
2ª. Se desarrolla el taller.
3ª. Se aplicará un pos test que permitirá evaluar los cambios con respecto al pre test después del taller.

A continuación se incluye la carta descriptiva del taller.

Carta descriptiva:

Sesión 1
Objetivo específico:

1.1. Concientizar a los participantes acerca del tema a través de las dinámicas aplicadas y del pre-test.
1.2. Aplicación de los formatos de autorregistro para llevar un control de las conductas.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Aplicación del pre test	Se reparten los cuestionarios y se dan las instrucciones para su aplicación.	Copias de cuestionario	20 min
Bienvenida y presentación	El psicólogo se presenta amablemente, da un discurso de bienvenida a los participantes.		5 min
Dinámica “Iniciales de cualidades”	Los integrantes se presentan, cada uno dice su nombre y apellidos, y a la vez mencionan dos calificativos positivos que les definan y tengan sus mismas iniciales.		15 min
Dinámica “Pegada de manos”	Consiste en contestar 5 preguntas que hace el psicólogo, una por cada dedo de la mano. Cada participante dibuja la silueta de su mano derecha o izquierda y va llenando cada uno de los dedos con las respuestas. Las preguntas son: o Motivos por los que estas en el taller o Aportaciones concretas que desearías que el grupo se fije a lo largo de un tiempo determinado. o Aspectos que más valoras de las personas. o Aquello que más te preocupa actualmente. o Las aportaciones que estas dispuesto a ofrecer. Una vez que participaron se abre a foro para discutir los temas.	Hojas y bolígrafos.	20 min
Presentación del taller y de los objetivos del mismo	El psicólogo fomenta la participación para: o Conocer las expectativas de los participantes. o Da a conocer los objetivos generales y específicos. o Da a conocer el plan de trabajo.		20 min
Conclusiones del tema	¿Qué impresiones tuviste de la dinámica?, ¿Qué dificultades encontraste para llevarla a cabo?, ¿Qué lograste?. Se hace un mural donde se pegan las manos de todos los participantes	Cinta adhesiva, un pliego de papel bond	20 min
Instrucciones para el llenado de autorregistros	Se entregan los formatos de autorregistro, se indica el objetivo y cómo llenarlos.	Formatos de autorregistro	15 min
Cierre	El instructor indica las tareas para la siguiente sesión: llenado de autorregistros. Se despide amablemente.		5 min

Carta descriptiva:

Sesión 2

Objetivo específico: 2.1. Informar a los participantes acerca de los riesgos de la obesidad, sus características, causas y efectos de la enfermedad.
2.2. Que el participante reconozca su situación y se concientice de la necesidad de cambio.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Revisión de autorregistros	El psicólogo pide a los participantes que entreguen sus autorregistros para su revisión, mientras tanto el grupo comienza a dar sus impresiones acerca del los mismos	Formatos de autorregistro	20 min
Dinámica de "Enfoque de Valores"	Se da un papel a cada participante, en el cual deben escribir afirmaciones del tipo: "me encuentro mejor cuando estoy con un grupo de personas que me no me juzgan por ser obeso…, "me encuentro peor cuando me siento hambriento….", etc. Una vez completadas las frases, los participantes se dividen en grupos de 3, cada uno debe ser escuchado durante 5 minutos por los otros dos mostrando aceptación y escucha activa con respecto a sus respuestas, después untercambian roles. Se comparten las experiencias por grupos y después en el grupo completo.	Hojas de papel, bolígrafo	20 min
Presentación power point: ¿Qué es la obesidad y el sobrepeso?	El psicólogo explica la presentación, cuyos temas son: o Definición de obesidad y sobrepeso o Características físicas, psicológicas y sociales o Causas o Consecuencias o Riesgos a la salud o Como evitar la obesidad y el sobrepeso Fomentará la participación durante la presentación haciendo preguntas o pidiendo ejemplos a los participantes.	Presentación	45 min
Debate	El psicólogo pide a los participantes que hagan parejas para discutir los siguientes temas y , después abre el debate a foro: o ¿Qué grado de sobrepeso tengo? o ¿Qué índice de masa corporal poseo? o ¿Cómo y porqué llegué al sobrepeso?		15 min
Conclusiones	El psicólogo pide a los participantes que en una hoja describan las acciones que consideran necesarias para resolver la situación, qué pasos deben seguir para lograr el cambio y que planeen y se ubiquen dichas etapas. Se pide a cada participante que exponga brevemente sus notas.	Hojas de papel, bolígrafo	15 min
Cierre	El psicólogo indica la tarea para la siguiente sesión: Completar los autorregistros.		5 min

Carta descriptiva:

Sesión 3

Objetivo específico: 3.1. Que los participantes se informen acerca de nutrición.
3.2. Concientizar a los participantes acerca de los alimentos que consumen y los que deberían de comer.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Revisión de autorregistros	El psicólogo pide a los participantes que entreguen sus autorregistros para su revisión, mientras tanto el grupo comienza a dar sus impresiones acerca del los mismos.		20 min
Presentación power point: "Eres lo que comes"	El psicólogo dará la presentación, cuyos temas son: o Nutrimentos o Hábitos alimentarios saludables y no saludables o Plato del buen comer o Dietas balanceada o morir de hambre o Hidratación Fomentará la participación durante la presentación haciendo preguntas o pidiendo ejemplos a los participantes.	Presentación	55 min
Dinámica "Arma tu propia dieta balanceada"	Los participantes diseñarán en equipos de 2 a 3 integrantes una dieta balanceada con base en los conocimientos adquiridos en la presentación. Para ello el psicólogo los proveerá de materiales para que hagan un listado tabla y al final todos los equipos expliquen su plan nutrimental	Pliegos de papel bond y plumones	25 min
Debate sobre la dinámica	Se revisarán las láminas de cada equipo y se llegará a la conclusión de la importancia de combinar adecuadamente los alimentos, así como evitar aquellos altos en grasas saturadas y en colesterol, y la importancia de una adecuada hidratación.		10 min
Cierre	El psicólogo indica la tarea para la siguiente sesión: completar los autorregistros.		5 min

Carta descriptiva:

Sesión 4

Objetivo específico: 4.1. El participante identificará su conducta ante la comida y el peso corporal, las acciones que desencadenan dichas conductas.
4.2. Difundir el cambio conductual.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Revisión de autorregistros	El psicólogo pide a los participantes que entreguen sus autorregistros para su revisión, mientras tanto el grupo comienza a dar sus impresiones acerca del los mismos.		20 min
Dinámica “Meta/deseo”	Se pide la participación del grupo para que cada quien mencione un problema relacionado con la obesidad, sin discutirlo. Se escriben de forma que todas las personas del grupo las vean. Una persona escoge un problema de la lista que le parezca más significativo (probablemente será uno de los que haya sugerido), y lo explica detalladamente al grupo, para que lo entiendan. Después, cada quien propone una solución práctica y realista para hacer frente al problema (metas/deseos). Las Metas/deseos y las soluciones, se escriben y se entregan a la persona que ha sugerido el problema. El proceso se repite para cada participante.	Pizarrón, plumones para pizarrón, papel y bolígrafo.	40 min
Identificación de conductas	El psicólogo a través de ejemplos y casos prácticos plantea las siguientes problemáticas al grupo: o ¿Qué me lleva a comer inadecuadamente? o Lograr el mejor peso posible cuidando la salud o ¿Qué actitud tomo frente a la comida? o ¿Descargo mis emociones e impulsos en la comida? o Importancia de la comida para un peso adecuado o Importancia del cambio de conducta o Mi peso idóneo vs mi peso posible o ¿Siento culpa o rechazo? o ¿Qué hábitos me impiden cumplir mis metas? Se abre a foro un debate con los participantes entre cada tema.		50 min
Cierre	El psicólogo indica la tarea para la siguiente sesión: completar los autorregistros.		10 min

Carta descriptiva:

Sesión 5

Objetivo específico: 5.1. El participante aprenderá la importancia de la actividad física en el tratamiento de la obesidad.
5.2. Concientizar acerca de las actividades que debe realizar para lograr aumentar su gasto energético.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Revisión de autorregistros	El psicólogo pide a los participantes que entreguen sus autorregistros para su revisión, mientras tanto el grupo comienza a dar sus impresiones acerca del los mismos.		20 min
Dinámica "Descripción de actividades"	Se coloca el pliego de papel sobre la pared, dividiendo en tres partes, para que las personas del grupo, por parejas, escriban un listado de actividades físicas que realizan durante el día, dentro y fuera de la escuela. En otra parte de la hoja se pide que enlisten las actividades que realizan mientras comen. Y en la tercera parte de la hoja se les pide describir sus principales pasatiempos.	Pliego de papel bond, tijeras, plumones o colores.	15 min
Presentación power pojnt: "Vida en movimiento"	El psicólogo explicará la presentación, cuyo contenido es: o Actividad física o Implicaciones en la salud o ¿Que deportes puedo hacer? o Vida sedentaria y sus riesgos en la adolescencia. Fomentará la participación utilizando preguntas insertadas, anotando en el pizarrón los ejemplos.	Presentación, pizarrón, plumones para pizarrón.	45 min
Dinámica "Collage"	Los participantes forman grupos de 2 o 3 para realizar un collage en el que muestren los beneficios de realizar actividades físicas y otro grupo que muestre lo contrario, el número de grupos depende del numero de participantes del grupo. al finalizar los trabajos cada grupo expondrá su trabajo.	Revistas, periódicos, pliego de papel bond, tijeras, pegamento	25 min
Debate sobre la dinámica	Se realiza un debate con los participantes, en el cual los principales temas son: -Comer menos y aumentar la actividad -Gasto calórico en actividad -Gasto energético negativo -Incremento del metabolismo -¿Video juegos o deportes?		15 min
Cierre	El psicólogo indica la tarea para la siguiente sesión: completar los autorregistros y se invita a los participantes a participar en algún ejercicio físico comentado en la sesión, durante la semana.		5 min

Carta descriptiva:

Sesión 6

Objetivo específico: 6.1. El participante contará con herramientas para enfrentar de mejor manera situaciones complicadas.
6.2. Identificará aquellos factores en los que se dio un cambio con respeto al inicio del taller.
6.3. Incorporará lo aprendido en el taller en sus hábitos e identificará sus debilidades y fortalezas con respecto al tratamiento.

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo
Revisión de autorregistros	El psicólogo pide a los participantes que entreguen sus autorregistros para su revisión, mientras tanto el grupo comienza a dar sus impresiones acerca del los mismos.		15 min
Dinámica "¿Que harías?"	Se trata de describir una serie de situaciones por medio de roll playing y extraer conclusiones prácticas, a través de una serie de temas que se les dan a los participantes. Se forman grupos de 2 o 3 participantes, cada equipo escoge una tarjeta que contiene un tema, posteriormente tienen que hacer una representación de la situación que les toco describir. Se abre a foro un debate, posteriormente se hace lo mismo con los demás equipos. Finalmente cada persona comparte sus conclusiones, preguntas y descubrimientos. Los temas son: • Comprar ropa • Cenar en la calle • Ir a una fiesta • Me da envidia que mis amigos sean flacos • En el salón me hacen burla • Tener novio (a) • Entrar a un equipo de futbol, basquetbol, etc. • Me tratan mal mis papas y hermanos • Veo tele en lugar de comer.	Tarjetas con temas	50 min
Manejo de situaciones	Se realiza un debate con los participantes, los principales temas son: o Los "debes y los deberías" o Seguir adelante sin importar las recaídas o Dejarlo para después o Ser indisciplinado en el tratamiento o ¿Por qué es importante decir no? o La envidia y la vergüenza o Que hacer cuando no comemos en casa o vamos a algún lugar de entretenimiento o Mi relación conmigo mismo		30 min
Debate y conclusions	El psicólogo pide a los integrantes que evalúen sus respuestas antes y después del taller, indica los pasos a seguir para evitar la obesidad y sugerencias para lograrlo.		30 min
Pos test	El psicólogo lleva a cabo el pos test.	Hojas del cuestionario	30 min
Cierre	El psicólogo cierra el taller invitando a la reflexión y a continuar con las actividades sugeridas en el taller para mejorar los hábitos alimentarios. Se despide amablemente.		20 min

CONCLUSIONES

Es alarmante la actitud que los padres de familia toman respecto a la obesidad y el sobrepeso, pues seguimos con la creencia que un niño “gordito” es un niño sano, cuando es todo lo contrario, un niño/adolescente obeso, será un adulto con tendencia a desarrollar gran cantidad de afectaciones a la salud, tales como diabetes (la obesidad es la principal causa de esta enfermedad), maduración ósea, problemas ortopédicos, respiratorios, cardiovasculares, etc.

En la actualidad México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y el segundo en obesidad adulta a nivel mundial, lo cual es preocupante, la sociedad enfrenta más que un problema de salud, un problema de aceptación de la obesidad y el sobrepeso como una enfermedad, esto es debido principalmente a la falta de programas que se encarguen de informar a los padres de familia, a los centros educativos y a la población en general; esta sería la primera barrera que se tiene que romper para que una medida preventiva o un tratamiento tengan éxito.

Por otra parte, las implicaciones psicológicas arraigadas a la obesidad y el sobrepeso durante la adolescencia son significativas, pues estos chicos suelen ser rechazados, discriminados, sujetos a constantes burlas y maltratos, no sólo por pares, sino por la población en general, por lo que tienden a presentar baja autoestima, depresión entre muchos otros trastornos psicológicos originados además por su pobre autoconcepto, deteriorada autoimagen y falta de autoaceptación.

Las investigaciones recientes indican que existe un rechazo inminente hacia la gente obesa, al grado de mostrar más aversión física hacia ellos que hacia gente mutilada, por ello este tipo de aversión social a la población obesa genera una percepción negativa de estos sujetos, no por el hecho de estar enfermos, sino por el hecho de no ser estéticamente aceptados por la sociedad.

Así mismo, se ha demostrado que los adolescentes obesos al llegar a la edad adulta tienen menores posibilidades de tener una vida exitosa, terminar sus estudios, obtener buenos empleos, contraer matrimonio, y crear una familia, lo cual nos indica que el grado de inseguridad e insatisfacción no les permite desarrollarse plenamente.

Existen un sin fin de factores que intervienen en la aparición de la enfermedad, como puede ser una situación genética, los datos indican que cuando los padres son obesos los hijos tienen una probabilidad del 80% de ser obesos; otra muy importante es la alimentación, los niños crecen pensando que el comer sanamente es un castigo, por ello no les agrada comer frutas y verduras, sin embargo, es tarea de los padres o las personas que se encargan de la alimentación de los niños, emplear una dieta balanceada y enseñarles desde pequeños para que logren discriminar aquellos alimentos que no aportan los nutrientes necesarios para su sano desarrollo de manera que ellos lo entiendan, así como las cantidades ingeridas; los padres en ocasiones tienen la creencia de que el comer mucho es un síntoma de buena alimentación, cuando en realidad sobrealimentan al niño/adolescente. Esta situación se ha marcado más en las últimas generaciones debido a los estilos de vida que en la actualidad tienen los padres de familia, en donde regularmente no hay tiempo, por causa del trabajo, para poner atención a detalles como estos.

Otro factor al que se enfrentan los adolescentes en la actualidad es la falta de actividad física; existe un gran número de actividades sedentarias que los mantienen estáticos, como son: la televisión, el internet y las redes sociales, los videojuegos, etc. Es necesario incorporarlos a actividades físicas que contribuyan a mejorar su salud y su peso, las cuales además deberían ser más promovidas y proporcionadas en los centros educativos.

La obesidad es causada además, por una serie de conductas que se manifiestan en los pacientes, las cuales son el resultado de acciones que en la mayoría de los casos no son detectadas, por ejemplo, comer “chatarra” cuando ven televisión, es decir, asocian el ver televisión con comer y si no comen mientras la ven, no la disfrutan o mejor no la ven. En un su mayoría estas conductas son impulsivas y autónomas, por

lo que es importante que el paciente aprenda a identificarlas, así como la existencia de correlaciones emocionales entre estas y sus hábitos, las cuales originan su condición.

Como profesionales de la salud se debe contribuir planteando estrategias para la erradicación de esta enfermedad, diseñando planes preventivos en donde se informe, concientice a fin de evitar un tratamiento psicológico más largo para modificar la conducta en los pacientes.

El taller propuesto en este trabajo resultará exitoso siempre y cuando exista el apoyo de los padres, la escuela, amigos y familiares, de otros profesionales de la salud, así como los recursos suficientes, por lo tanto se deben llevar a cabo acciones laterales en los hospitales públicos, para que esto no sea una cuestión de recursos y se pueda llevar a cabo el tratamiento en cualquier nivel socioeconómico.

ALCANCES

- Este trabajo es una fuente de información actualizada acerca de la problemática que existe en nuestro país con respecto a la obesidad y brinda herramientas para sensibilizar a la población al respecto.
- Se elaboró un pre-test/post-test que se adaptó de diversos estudios a nivel terapéutico, cuyo objetivo es obtener información de la percepción de la enfermedad en el paciente, así como el grado de sensibilización con respecto al tema.
- Esta propuesta es parte de un tratamiento multidisciplinario, en el que se integra la intervención del nutriólogo, del médico general, del instructor físico, etc. y busca abordar de manera general la enfermedad.
- Este material proporciona información y dinámicas para acercar a los chicos al problema de la obesidad de una manera entendible y amistosa.
- El taller debe ser parte de los programas para combatir la obesidad y el sobrepeso por parte del Sector Salud, como los que deben llevarse a cabo según el ANSA (2010).
- Una fase de implementación del taller permitirá obtener resultados y datos para cuantificar el progreso de los participantes y proporcionar una retroalimentación a los mismos y conocer la eficacia de la propuesta.
- Es posible adaptar el taller para que sea impartido a padres de familia, profesores, trabajadores sociales, profesionales de la salud, y todo aquel sector que tenga relación con la educación y la salud, de esta manera lse abarcará un campo más amplio y sería posible obtener una mejor respuesta.
- Otra adaptación derivada de este taller podría tener un enfoque preventivo, en el cual no sólo se trabaje con chicos ya obesos, sino con chicos con peso normal, padre de familia, escuelas, etc., de esta manera se busca evitar que la enfermedad se presente, reduciendo los factores de riesgo.
- Dado que la obesidad no se presenta a una edad específica del desarrollo humano, se puede difundir e impartir a niños y jóvenes de otros niveles escolares, buscando los mismos objetivos y esperando buenos resultados.

LIMITACIONES

- Al término del taller debe comenzarse el tratamiento contra la obesidad, esto garantizará mejores resultados, ya que deben llevar a cabo una buena dieta, realizar actividades físicas, acudir al médico general y en algunos casos llevar un tratamiento psicológico más especializado.
- Sin las debidas precauciones este tipo de programas pueden causar un severo impacto en los chicos, al grado de correr el riesgo de caer en el otro extremo, que sería un trastorno de alimentación como la anorexia y la bulimia, al preocuparse excesivamente por su peso y su imagen.
- Los tratamientos contra la obesidad, lamentablemente suelen ser costosos y gran parte de la población no tiene los medios suficientes para llevarlos a cabo.
- Sin una participación activa del Sector Salud, el Gobierno Federal y cada entidad relacionada con servicios de salud, este tipo de acciones no tendrán un resultado favorable, ya que actualmente no existen de manera gratuita programas reales para prevenir, combatir y erradicar esta terrible enfermedad.

SUGERENCIAS

- Considero que al aumentar el número de sesiones se lograrían mejores resultados, ya que se aumentaría el número de dinámicas, para lograr mejor interacción de los grupos, mayor sensibilización y resultados duraderos, o bien, dinámicas de tipo psicoterapia de grupo con enfoque conductual.
- Los padres de familia, y la familia en sí, deben de estar conscientes de la problemática que enfrenta el sujeto, con el fin de apoyar y contribuir con su progreso en la modificación conductual

REFERENCIAS

Ascencio, M. (2005). *Nutrición para el adolescente. Donde se toma en cuenta tu manera de sentir, pensar y actuar. México*: Editores de textos mexicanos.

Branconnier, A. (2001). *Guía del adolescente*. Madrid: Ed. Síntesis.

Burbany, M. (1997) *Concepto y clasificación de obesidad.* En E. Basilio, S. Monereo & J. Álvarez. La obesidad en el tercer milenio. (3ª ed.), (pp. 95-97). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Caballo, V.E. (1998). *Tratamiento cognitivo conductual de los trastornos de la personalidad* En V. E. Caballo (Dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. (2a ed.).(pp. 489- 536) Madrid: Siglo XXI.

Cascón. P. & Martín C. (2000). *La alternativa del juego I.* Madrid: Los libros de la catarata.

Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones.* Barcelona. Masson.

Coleman, J.C. & Hendry, L.B. (1985*). Psicologia de la adolescencia*. (4ª ed.) Madrid: Morata.

Craig, G. & Baucum, D. (2001). *Desarrollo psicológico.* México: Pearson Educación.

Crespo, M. & Larroy, C. (1998). *Técnicas de modificación de conducta: Guía práctica y ejercicios.* Madrid: Dykinson.

D´Zurilla, T. & Nezu, A. (1988) *Problem-Solving therapy. En K. Dodson (Ed.). Handbook of cognitive – behavioral therapies*. (3a ed.) (pp. 197-235). Mew York: The Guilford Press.

Delval, J. (1994). *El desarrollo humano.* México: Siglo XXI.

Dobson, K (1991). *La práctica de la terapia cognitiva*. En V.E. Caballo (Comp). Manual de técnicas terapia y modificación de conducta. (pp. 655-683) Madrid: Siglo XXI.

Ellis. A. & Abrahams, E. (1980*). Terapia Racional Emotiva*. (2ª ed.). México: Editorial Pax México.

Fierro, A. García-Miláa, M. & De Gispert, I. (2005). *Psicología del desarrollo: el mundo del adolescente.* Barcelona: Horsori.

Fomento Nacional de Nutrición (2010). *El plato del bien comer.* Recuperado el 21 de mayo del 2010 de: http://www.fns.org.mx/index.php?IdContenido=46

Franks, C. (1991) *Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual*. En V.E. Caballo (Comp). Manual de técnicas terapia y modificación de conducta. (pp. 3-25) Madrid: Siglo XXI.

Garcia-Camba, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad.* Barcelona: Masson.

Gobierno Federal. (2010) *El Presidente Calderón en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad.* Recuperado el 29 de mayo del 2010 de: http://www.presidencia.gob.mx/prensa/?contenido=52304

Godoy, A. & Cobos, M. (1997) *Tratamiento de un caso con problemas alimenticios*. En F. Méndez D. Maciá (Ed.) Modificación de la conducta en niños y adolescentes. (pp. 151-164). Madrid: Pirámide.

Guelar, D. & Crispo, R. (2000). *Adolescencia y trastornos del comer.* Barcelona: Gedisa.

Gullota, T. Adamas, G. Markstrom, C. & Markstrom-Adams, C. (2000). *The Adolescent Expecience*: Academic Press.

Hurlock, E. (1980). *Psicología de la adolescencia*. (4ª ed.) Buenos Aires: Paidós.

Kail, R. &. Cavanaugh, J. (2006). *Desarrollo humano: una perspectiva del ciclo vital.* (3ra ed.). México: Thompson.

Kazdin, A.E. (2000). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. (2ª ed.) México: Manual Moderno.

Kirchner, T., Torres, M. & Forns, M. (1998). *Evaluación psicológica: modelos y técnicas*. Barcelona: Paidós.

Mc Anulty, R. & Wrigth, L. (1998) En V. E. Caballo (Dir). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual y trastornos de relación.* (2a ed.). (pp. 288- 298). Madrid: Siglo XXI.

Mc Laren, D. (1993). *La nutrición y sus trastornos. (*2ª ed.) México: Manual Moderno.

Méndez, F. Olivares, J. & Moreno, P. (1998). Técnicas de restructuración cognitiva. En J. Olivares & F. Méndez. Técnicas de modificación de conducta. (4ª ed.). (pp. 409-435). Madrid: Biblioteca Nueva.

Ogden, J. (2005*). Psicología de la alimentación*. Madrid: Morata.

Olivares, J., Méndez, F. & Lozano, M. (1998). *Técnicas de autocontrol*. En J. Olivares & F. Méndez. Técnicas de modificación de conducta. (4ª ed.). (pp. 371-408). Madrid: Biblioteca Nueva.

Organización Mundial de la Salud OMS (2006). O*besidad y sobrepeso. Infobase mundial de la OMS.* Recuperado el 21 de mayo del 2010 de: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html

Papalia, D., Wendkos, S., Dustin, R. (1978). *Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia*. (9a ed.). México: Mc Graw Hill Interamericana.

Pavón, I., Alameda, C., Olivar, J. & Monereo, S. (1997). *La obesidad en diferentes épocas de la vida.* En E. Basilio, S. Monereo & J. Álvarez. La obesidad en el tercer milenio. (3ª ed.), (pp. 129-139). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Peñalver, D., Vega, B., Montoya, T. & Flández, B. (1997). *Aspectos clínicos de la obesidad*. En E. Basilio, S. Monereo & J. Álvarez. La obesidad en el tercer milenio. (3ª ed.), (pp. 115-127). Buenos Aires: Médica Panamericana.

Rehm, L.P. (1991) *Métodos de autocontrol.* En V.E. Caballo (Comp). Manual de técnicas terapia y modificación de conducta. (pp. 655-683) Madrid: Siglo XXI.

Rodríguez, J.& Párraga, G. (1982). Técnicas de modificación de conducta. Aplicación a la psicopatología infanto-juvenil y a la educación especial. (2a ed.) Sevilla: Universidad de Sevilla.

Saldaña, C. (1997*) Modificación de conducta para el cambio de hábitos alimentarios y patrones de actividad física en obesidad infantil*. En F. Méndez D. Maciá (Ed.) Modificación de la conducta en niños y adolescentes. (pp. 165-195). Madrid: Pirámide.

Santrock, J. (2004). *Psicología del desarrollo*. (9ª ed.) Madrid: Mc Graw Hill.

Seminario de Educación para la paz. Asociación Pro Derechos Humanos (2000). La alternativa del juego II. Madrid: Los libros de la catarata.

Sundel M. & Sundel, S. (1997*). Behavior change in the human services: behavioral and cognitive principles and applications*. (5a ed.) California: Sage Publications.

Vera, M. (1998). *Evaluación y tratamiento de la obesidad* En V. E. Caballo (Dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2. Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación. (2a ed.).(pp. 209-239) Madrid: Siglo XXI.

Williamson,D., Smith, C.& Barbin, J. (1998). *Terapia cognitivo conductual para los trastornos de la alimentación* En V. E. Caballo (Dir.). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol 2. Formulación clínica, medicina conductual.

ANEXOS

Anexo 1.

Pre-test /Pos-test

Contesta las siguientes preguntas marcando la respuesta que consideres correcta.

1.	¿Te consideras un chico(a) con problemas de peso?	Si	No
2.	¿Crees que el sobrepeso podría llegar a afectar tu salud?	Si	No
3.	¿Alguna vez has sentido que la gente te ha tratado mal por considerarte “gordito”?	Si	No
4.	¿Te sientes bien con tu aspecto físico y con tu peso?	Si	No
5.	¿Has intentado hacer alguna dieta?	Si	No
6.	¿Tienes problemas para desarrollar alguna actividad física?	Si	No

7.	¿Cuántas veces comes al día?	Menos de 3	3	4	5	Más de 5
8.	¿Cuántas veces al día consumes alimentos entre comidas?	Ninguna	1	2	3	Más de 3
9.	¿Qué tipo de alimentos consumes entre comidas?	No consumo	Frutas	Verduras	Chatarra	Otros:_____
10.	¿Cuántas veces al día ves televisión, estas en la computadora o juegas videojuegos?	Ninguna	1 a 2	3 a 4	4 a 5	Más de 5

11. ¿En qué medida crees que el sobrepeso afecta tu vida?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto										Totalmente

12. ¿En qué medida crees que este taller te puede ayudar?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto										Totalmente

13. ¿En qué medida consideras que comes en exceso o no te cuidas?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto										Totalmente

14. ¿En que grado estarías dispuesto a colaborar con un programa de reducción de peso?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada en absoluto										Totalmente

15. En la siguiente tabla, relativa a llevar una vida físicamente activa o sedentaria,¿ en dónde te colocarías tu?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente activa										Totalmente inactiva

Anexo 2.

Autorregistro de actividad física

Indica el número de veces o el tiempo aproximado que dedica a realizar cada una de las siguientes actividades físicas.

Días de la semana

Ejercicio físico	L	M	M	J	V	S	D
Pasear							
Andar a paso ligero							
Subir/bajas escaleras							
Correr							
Andar en bicicleta							
Ir al gimnasio							
Deportes: Atletismo Futbol Basquetbol Otros							
Tareas domésticas							
Otras actividades							

Anexo 3.

Autorregistro de alimentos y bebidas

Nombre_____ Registro No. _____ Semana del _____al_____

Indica el en cada casilla el dato correspondiente, considerando D: Desayuno, CO: Comida y CE: Cena para cada día de la semana.

Días de la semana

Actividad	L	M	M	J	V	S	D
Horario	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:
	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:
Lugar dónde se comes	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:
	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:
Tipo de comida	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:
	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:
Cantidad de comida	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:
	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:
Tipo de bebida	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:
	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:
Cantidad de bebida	D:	D:	D:	D:	D:	D:	D:
	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:	CO:
	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:	CE:
Otros:							