



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DEPRESIÓN EN OBESIDAD INFANTIL Y EL APOYO DE LA  
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

**T E S I N A**  
**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE**  
**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A**  
**MARINA HORTENCIA VELÁZQUEZ CERVANTES**

**DIRECTORA DE LA TESINA**  
**LIC. NOEMÍ BARRAGAN TORRES**



Ciudad Universitaria, D.F.

Febrero, 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

---

Gracias mamá, Ma. Elena por ser mi guía, fortaleza, por apoyarme siempre, por escucharme, por darme tu amor, cariño, ternura, confianza, comprensión y paciencia.

A mi hermana Magdalena por su cariño, apoyo, comprensión y tolerancia.

A mis sobrinos Jesús, Yaneth, Jonathan y Karla por su cariño, por sus sonrisas, espontaneidad y por existir en mi vida.

A Ernesto por su amor, paciencia y apoyo incondicional en todos mis proyectos.

A mis amigas y amigos Adriana, Ariadna, Evelyn y Jorge por su cariño, amistad y por estar, a Israel por su cariño, por escucharme, alentarme y por su amistad incondicional a Job por su cariño, consejos y por su apoyo en todo momento a César por su cariño, amistad, apoyo y estímulo para la realización de este proyecto.

A mi asesora Lic. Noemí Barragán Torres por su calidez, guía, tiempo, dedicación y contribución en este proyecto. Así como a mi sinodal Lic. Lidia Díaz San Juan, Lic. Aida Mendoza Ibarrola, Lic. Damariz García Carranza y a la Mtra. Yolanda Bernal Álvarez por su tiempo y valiosa aportación.

Gracias Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez por su calidez, paciencia, tiempo, apoyo y contribución que me brindo en todo el proceso de titulación.

A todos mis seres queridos gracias y formar parte de mis experiencias de vida.

## CONTENIDO

---

RESUMEN .....	V
INTRODUCCIÓN .....	VI
<b>CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN INFANTIL.....</b>	<b>1</b>
1.1    DEPRESIÓN .....	1
1.1.1    ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN .....	3
1.1.2    INDEFENSIÓN O DESESPERANZA APRENDIDA.....	4
1.2    DEPRESIÓN INFANTIL.....	8
1.2.1    SIGNOS, SÍNTOMAS Y VERBALIZACIONES DE LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	9
1.2.2    CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.....	13
1.2.3    PREVALENCIA .....	16
1.2.4    CAUSAS.....	17
1.2.5    FACTORES DE RIESGO.....	18
1.2.6    FACTORES PROTECTORES .....	22
1.2.7    TRATAMIENTO.....	23
<b>CAPÍTULO 2. OBESIDAD INFANTIL .....</b>	<b>25</b>
2.1    OBESIDAD .....	25
2.2    OBESIDAD INFANTIL .....	26
2.2.1    TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD INFANTIL .....	27
2.2.2    CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DE DIAGNOSTICO.....	28
2.2.3    PREVALENCIA.....	33
2.2.4    CAUSAS.....	35
2.2.5    FACTORES DE RIESGO.....	37
2.2.6    FACTORES PSICOLÓGICOS.....	39
2.3    OBESIDAD Y DEPRESIÓN.....	40
2.3.1    CONSECUENCIAS MÉDICAS.....	43
2.3.2    CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS.....	44
2.3.3    TRATAMIENTO.....	45
<b>CAPÍTULO 3. TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....</b>	<b>52</b>
3.1    TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	52
3.1.1    ANTECEDENTES.....	54
3.1.2    MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN.....	56
3.1.3    CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL..	62

3.1.4	OBJETIVO DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	62
3.2	TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES.....	62
3.2.1	TÉCNICAS PARA TRABAJAR LA DEPRESIÓN INFANTIL.....	63
CAPÍTULO 4. PROPUESTA.....		65
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....		76
REFERENCIAS.....		82

## RESUMEN

---

La depresión es un conjunto de desordenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicofisiológicos e interpersonales. La depresión lleva al niño a refugiarse en la comida; ya que se consuela en ella, por lo que se puede generar una obesidad infantil. La obesidad infantil es definida como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial. Se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, en su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad. En el presente trabajo se presenta una propuesta para trabajar la depresión y la obesidad infantil con un enfoque cognitivo conductual. El cual tiene como objetivo sensibilizar a los niños de 8 a 10 años de edad que padecen depresión y obesidad para modificar sus pensamientos distorsionados que afectan su estado de ánimo, así como conductas de ansiedad para modificar su alimentación y conocerse a sí mismos.

**Palabras clave:** Depresión, Obesidad infantil y Terapia Cognitivo Conductual.

## INTRODUCCIÓN

---

La depresión es un tema relevante en la salud pública, pues se sabe que millones de personas sufren este tipo de trastorno en todo el mundo.

El trastorno depresivo en los niños frecuentemente pasa inadvertido por falta de información de padres y maestros, ante un cuadro clínico de difícil diagnóstico.

Diversas investigaciones confirman que la depresión es una enfermedad común y persistente en la juventud; incluso los niños preescolares pueden presentar ideas de muerte y es frecuente que los padres y maestros encuentren a los niños físicamente saludables, que no tienen interés en jugar. La dificultad de verbalizar en esa etapa de la infancia impide que los síntomas sean evidentes, ya que la depresión presenta diferentes características y en ocasiones se manifiesta con síntomas físicos, fobias y ansiedad de separación en lugar de presentar el cuadro de los adultos como son: llanto, desinterés, falta de energía, etc. Los niños mostrarán síntomas de irritación, berrinches, trastornos de conducta, otros tendrán a sentirse aburridos, con baja autoestima, culpa o sentimientos de desesperanza y deseos de morir.

La depresión es un fenómeno multifactorial en el que influyen diversas situaciones que hacen vulnerable al sujeto para padecer depresión en la infancia o en la vida adulta.

La depresión es un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicofisiológicos e interpersonales. Datos de la OMS revelan que la depresión ocupará el segundo lugar como uno de los trastornos incapacitantes para todas las edades en el 2020.

Por otro lado la obesidad representa un problema de salud pública y política en nuestro país. Según las cifras más recientes, México ocupa el primer lugar en el mundo en obesidad infantil y el segundo en obesidad mórbida. La causa de la

obesidad es multifactorial y en ella intervienen factores genéticos y ambientales que condicionan un desequilibrio entre el consumo y gasto de energía.

En nuestro país de cada 10 niños, ocho presentan sobrepeso y siete obesidad, lo cual equivale a un grave problema de salud pública; datos de la OMS, advierten que para el 2018 México podría convertirse en el país con mayor número de obesos, como resultado de la poca concientización que tienen los padres sobre la alimentación que deben de llevar a cabo sus hijos.

La obesidad requiere atención médica y psicológica oportuna e inmediata, debido a que esta enfermedad crónica desencadena diabetes tipo 2 que afecta a niños entre los seis y siete años de edad, también presentan hipertensión y trastornos cardiovasculares entre otros. Los trastornos psicológicos importantes que padecen los niños obesos son: la depresión, ansiedad, baja autoestima y bajo auto concepto. Por lo que profesiones relacionadas a la salud deben tomar cartas en el asunto.

Las depresiones afectan el modo de comer, ya que se incluyen cambios del apetito o del peso en casi todos los trastornos depresivos. La pérdida significativa de peso o el engordar es un criterio para el diagnóstico de una depresión mayor en el DSM-IV.

La comida y las emociones están estrechamente unidas, tanto que alimento y afecto significan muchas veces lo mismo. El comer y los modos de hacerlo constituyen un hábito básico que se forma cuando los niños son muy pequeños. La teoría emocional menciona que los obesos responden a emociones como la ansiedad, el miedo, el aburrimiento y la depresión.

La obesidad infantil está íntimamente relacionada con su mundo emocional. Los niños obesos son insultados, reciben apodos, pueden ser sujetos de burlas o intimidaciones. Un niño con sobrepeso u obesidad siente que no encaja ni pertenece a ningún sitio, puede verse como diferente o marginado. A menudo se sentirá solo ocasionando sentimientos de tristeza y depresión.

La depresión lleva al niño a refugiarse en la comida; ya que se consuela en ella. La obesidad reduce notablemente su actividad física, su desempeño escolar y comunicación o interacción social. Aaron Beck cree que pensamientos negativos, contraproducentes, son el fundamento de la depresión. Por lo que las personas deprimidas se ven a sí mismas, al mundo y al futuro en forma negativa. Esta terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado, que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, entre otros. (Beck, et., al, 2008).

# CAPÍTULO 1

## DEPRESIÓN INFANTIL

---

### 1.1 DEPRESIÓN

Psicopatológicamente la depresión deriva de “depressio”, palabra latina que significa abatimiento, descenso, concavidad y que se traduce por un abatimiento de la vitalidad psíquica y física. El eje principal de la depresión es la tristeza profunda que envuelve al sujeto hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás (Cabrera, 1995).

Rojas en el 2002 se refirió al termino depresión como término poliédrico, que en nuestra época se ha puesto de moda en el lenguaje coloquial, lo que hace que se utilice de forma frecuente sin tener un diagnóstico que lo respalde (citado en Olviedo, 2008).

En la investigación documental de Medina (2006) la depresión era discutida como síntoma, síndrome o como trastorno del estado de ánimo.

*Síntoma depresivo.* Tiene un significado amplio, desde un estado de ánimo triste o de infelicidad, hasta sentirse desdichado o melancólico, o bien indicar un estado de ánimo disfórico.

Estos síntomas depresivos son comunes a lo largo de la vida y pueden formar parte de un trastorno psiquiátrico, aunque no necesariamente del tipo afectivo.

*Síndrome depresivo.* Los signos y síntomas ocurren juntos. Consiste en nueve síntomas primarios junto con un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, por lo menos durante dos semanas. Un síndrome puede ocurrir como problema concomitante con amplia variedad de otros trastornos médicos o psicológicos como la ansiedad, esquizofrenia, alcoholismo, y trastornos de conducta o tener lugar como consecuencia de estrés, por ejemplo la pérdida de un ser querido.

*Trastorno depresivo.* Posee connotaciones más específicas que el síndrome. Para designar un trastorno no solo significa que existe un síndrome depresivo que hasta cierto punto incapacita áreas importantes de la vida (como en el rendimiento escolar y relaciones interpersonales), sino que también existe un cuadro clínico característico con un tiempo de duración, una historia característica, una respuesta particular al tratamiento y determinados correlatos familiares, ambientales, biológicos, cognitivos o una combinación de ellos.

Para Salinas (2010), la depresión presenta un cumulo de desordenes desde los físicos (endocrinos relacionados con la nutrición, reacciones toxicas y alergias) hasta las presiones psicosociales (tensiones y perdidas que se van acumulando a lo largo de la vida).

De la Garza (2007) define la depresión como un fenómeno multifactorial en el que influyen diversas situaciones que hacen vulnerable al sujeto para padecer depresión en la infancia o en la vida adulta.

Para fines de esta investigación, la Depresión será definida como un conjunto de desordenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurre como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos (citado en Rodríguez & Ortiz, 2005)

### **1.1.1 ANTECEDENTES DE LA DEPRESIÓN**

Areteo de Cappadocia en el siglo II, mencionó que la depresión era causada por factores puramente psicológicos y enfatizó la importancia de las relaciones interpersonales en el curso de la enfermedad. Además observó que la depresión es un padecimiento recurrente y la recuperación de un episodio no aseguraba la cura (citado en Medina, 2006).

De acuerdo a la investigación documental de Medina (2006), fue Kraepelin a mediados del siglo XIX, quien consideró que los desordenes psiquiátricos tenían una causa orgánica, de esta manera discrimino elementos comunes de los síndromes descritos individualmente y los consolido en tres categorías principales: demencia precoz, parafrenia y psicosis maniaco-depresiva. Fue en 1921 cuando presento un trabajo epidemiológico de una muestra de 900 maniaco-depresivos y encontró que en el 4% se había presentado el primer episodio antes de los 10 años de edad.

Alrededor de los años treinta, con la influencia de la corriente psicoanalítica, se considero que la depresión infantil no existía por ser ésta una patología vinculada estrechamente al desarrollo del superyó. Sin embargo dentro de esta corriente hubo posturas diferentes como las de Klein, Spitz, Bowlby y Anna Freud, quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil relacionada con la pérdida o falta de la figura materna en los primeros Años de vida (Medina, 2006).

En los años setenta, surgió el concepto de “depresión enmascarada”, en la que se acepta la depresión infantil, pero encubierta bajo síntomas como irritabilidad, problemas de conducta y agresividad. A partir de entonces, se empezó aceptar abiertamente la depresión infantil, de esta manera en 1971 la Unión Europea de Paidopsiquiatría, en el IV Congreso de Paidopsiquiatría de Estocolmo, eligió como tema monográfico “Los estados depresivos en el niño y adolescente”.

En los últimos años la depresión infantil contemplada desde una perspectiva evolutiva ha cobrado vigencia; se acepta que hay características entre niños y adultos; pero a la vez existen también ciertas diferencias propias para cada momento del desarrollo (Medina, 2006).

De acuerdo a la investigación de Vargas (2002) los avances más recientes y notables sobre la depresión infantil apoyan incondicionalmente al diagnóstico y evaluación de la depresión desde una perspectiva multidimensional, tomando en cuenta criterios de acuerdo a la perspectiva clínica-conductual, psicopatológica, psicobiológica, neuroendocrina y psicofisiológica.

### **1.1.2 INDEFENSIÓN O DESESPERANZA APRENDIDA**

Es un modelo teórico que ha sido utilizado para explicar el mecanismo de la depresión, dicho modelo surgió en 1967 por Seligman a partir de sus trabajos sobre condicionamiento operante. Seligman y su colaborador Maier experimentaban con perros a los cuales sometían a descargas eléctricas o electro shock, descubriendo una reacción a la cual denominaron “indefensión o desesperanza aprendida”.

Se dieron cuenta que después de exponer a los perros a estímulos dolorosos en una situación que impedía toda salida, se llegaba un momento en el que los perros ya no evitaban los estímulos aún cuando se les posibilitaba la salida. Consideraron pues que estos perros parecían haberse dado por vencidos (se deprimían), “aprendiendo” a soportar resignadamente el dolor de las descargas eléctricas.

Al seguir con estos experimentos observaron que en la historia de los pacientes depresivos se encontraban situaciones semejantes, es decir que en situaciones adversas, poco estimulantes, predominadas por dolor, tristeza o abandono, son contingentes para un estado emocional depresivo, de desesperanza e indefensión.

De esta manera Seligman postulo que en el individuo depresivo se encuentran bloqueadas sus “estrategias cognitivas adaptativas” que el individuo (no depresivo) utiliza para enfrentar situaciones adversas o dolorosas.

La depresión surge cuando el individuo siente haber perdido todo control sobre las respuestas de los otros y de su medio ambiente; debido a sus reconocidas actitudes de indefensión y desesperanza, se considera incapaz e impotente para modificar su situación negativa y por lo tanto cae en una profunda melancolía; ya que conductual y cognitivamente tal estado le parece justificado. Su vida carece de sentido ya que no cuenta con refuerzos dentro ni fuera de él. (Citado en Hidalgo, 1998).

Cuando el individuo tiene depresión percibe una situación dolorosa, y no distingue ninguna solución o una posible vía de escape a su alcance; se siente mal y no puede hacer nada para cambiarlo.

De acuerdo a Caballo y Simón (2005), Seligman dio a conocer la secuencia que genera la indefensión aprendida:

El niño está expuesto a situaciones incontrolables. Cuando existe la probabilidad de obtener refuerzo, sí emite una respuesta operante, está respuesta es igual a la probabilidad de obtener refuerzo, si no emite dicha respuesta operante.

Las experiencias de incontrolabilidad producen expectativas de incontrolabilidad, es decir, el niño predice que no tiene control sobre la situación, interfiriendo en aprendizajes adaptativos posteriores.

Las expectativas de incontrolabilidad originan los déficits característicos de la depresión entre los cuales se encuentran:

- Motivacionales. Disminución de la tasa de respuestas operantes y aumento de la latencia de respuestas operantes.
- Cognitivos. Dificultad para aprender nuevas respuestas reforzadas.
- Emocionales. Sentimientos de indefensión y desesperanza.

Sin embargo, no todos los sujetos expuestos a situaciones incontrolables y con expectativas de incontrolabilidad desarrollan depresión, por lo que Abramson, Seligman y Teasdale en 1978 reformularon el modelo original recurriendo a la teoría de las atribuciones, que permite explicar las diferencias individuales como:

- Atribución interna o externa. La intensidad de la indefensión depende de esta dimensión.
- Atribución global o específica. Esta dimensión explica la generalización de la indefensión.
- Atribución estable o inestable. El mantenimiento de la indefensión se debe a esta indefensión.

Según el modelo de indefensión aprendida reformulado, el individuo con depresión presenta, por un lado, expectativas de daño, es decir, espera que ocurra un evento aversivo o que no ocurra un evento deseado y expectativas de incontrolabilidad, es decir, espera que ninguna respuesta de su repertorio cambie la posibilidad de un evento y por otro, un estilo atribucional predominante, de modo que atribuye sus fracasos o sus factores internos globales y estables y sus éxitos a factores externos, específicos e inestables.

Beck en 1976 se refería al individuo depresivo como aquel que tiene un esquema yoico defectuoso y presenta una pérdida significativa, desencadenando una serie de “distorsiones cognitivas”. Por lo cual los errores o distorsiones cognitivas son el origen de los síntomas depresivos.

De esta manera es como el individuo desarrolla una depresión por experiencias tempranas negativas, que generaron pautas de pensamiento irracional o esquemas cognitivos inadecuados, a los que Beck denominó “triada cognitiva depresiva” como:

- Visión negativa de uno mismo,
- Expectativas negativas del mundo

- Expectativas negativas respecto del futuro.

Esta triada tiene que ver con las distorsiones o errores cognitivos que comete el individuo depresivo. Dentro de estos “errores cognitivos” se encuentran seis:

1.- *Inferencia arbitraria*. Extracción de conclusiones sin información suficiente o con datos en contra.

2.- *Abstracción selectiva*. Focalización de la atención en detalles fuera de contexto, al mismo tiempo que se ignoran aspectos relevantes de la situación

3.- *Sobregeneralización*. Elaboración de conclusiones generales a partir de hechos particulares o extrapolación de las conclusiones a situaciones sin relación alguna.

4.- *Magnificación y minimización*. Errores opuestos, que consisten respectivamente en sobre estimar las dificultades o fallos e infravalorar las propias habilidades o los éxitos.

5.- *Personalización*. Asunción de responsabilidades de los eventos negativos externos sin base objetiva para dicha atribución.

6.- *Pensamiento dicotómico*. Categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño en polo negativo. Esta pauta absolutista se denomina también el pensamiento del “todo o nada”. (Caballo & Simón, 2005).

De la Garza (2007), menciona que si el niño se desarrolla en un ambiente inestable, constantemente crítico y abusivo, provocara que tenga ideas negativas acerca de sí mismo y del mundo que le rodea.

El niño triste se despierta a menudo con poca fortaleza física para levantarse, sin energía para hacer ejercicio. Los padres suelen expresar frases agresivas como “no sirves para nada, eres un vago, no sirves para la escuela, cuando seas mayor te vas a morir de hambre, no sabes hacer nada, etc,” ocasionando o influyendo en el pensar depresivo del niño.

La falta de esperanza surge con frecuencia cuando el niño sufre estas adversidades dentro de la familia, los padres pelean constantemente, el niño baja su rendimiento escolar y es criticado por sus compañeros. Esta falta de esperanza representa un factor central en el suicidio y de ahí surgen los pensamientos “no vale la pena vivir”, o “si la vida no mejora, me voy a matar”. Uno de los principales síntomas de la depresión y quizá el factor central en muchos casos de suicidio es la pérdida de esperanza y la falta de felicidad. La felicidad va junto con el placer en un balance muy delicado y cuando se pierde aparece la depresión y la falta de esperanza (citado en De la Garza, 2007).

## **1.2 DEPRESIÓN INFANTIL**

De acuerdo a Rodríguez y Ortiz (2005), la depresión infantil (DI) es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social. La DI ha sido asociada a diversos factores precipitantes como los genéticos y psicosociales. La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona.

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño; esta alteración se presenta en muchas formas con grados y duración variable. El grado puede ser leve, moderado y severo. Los síntomas varían según la etapa de desarrollo en el que se encuentra el menor.

De acuerdo al DSM-IV, considera que la depresión infantil se puede definir como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas se presentan por más de dos semanas.

Los niños depresivos suelen ser más tímidos e introvertidos por lo que suelen ser aislados socialmente y pueden tener pocas habilidades y pocas oportunidades para interactuar con otros niños, por lo que se sienten más solos lo que dispara aun más sus sentimientos depresivos (citado en Friedberg & Mc Clure, 2005).

### **1.2.1 SIGNOS, SÍNTOMAS Y VERBALIZACIONES DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

De acuerdo al DSM-IV-TR se menciona un apartado de síntomas y trastornos asociados a la depresión infantil, estos son:

- Llanto
- Irritabilidad
- Tristeza
- Ansiedad
- Fobias
- Ansiedad por separación
- Problemas escolares (ausencia o fracaso escolar)
- Tentativa de suicidio o suicidio consumado

Barrio (2007), también describió algunos signos y síntomas de la depresión infantil presentando cambios en su conducta como:

1.- **Tristeza e introversión.** Anteriormente el niño podía reír, bromear, comunicarse y contar lo que comúnmente pasaba a su alrededor, y que cambia aún estado de ánimo caracterizado por tristeza, melancolía, soledad y retraimiento. A este tipo de conductas se asocia un silencio que dificulta la comunicación.

2.- **Aislamiento.** Este síntoma se percibe cuando el niño se aleja de las personas, familiares, en la escuela deja de juntarse o jugar con sus amigos, suele quedarse la mayor parte del tiempo en casa o en su habitación y pasa la mayor parte del día viendo televisión.

3.- **Se vuelve irritable.** Todo le enoja, todo le parece mal, a sus familiares les protesta y alza el tono de voz, se pelea con los amigos y tiene problemas en la escuela por su conducta de mal genio y agresión.

4.- **Deja de hacer lo que le divertía.** Pierde el interés por realizar una o varias actividades que disfrutaba, se observa desmotivado, desganado, aburrido y la mayor parte del tiempo presenta una actitud de apatía.

5.- **Cambia sus hábitos de comida.** Esta conducta propicia un aumento de peso; ya que la mayor parte del día come chucherías y bebidas que no favorecen su nutrición. También puede dejar de comer, volviéndose inapetente y por consiguiente pierda peso. Ambas conductas afectan su salud y bienestar.

6.- **Se altera el sueño.** Tiene problemas para conciliar el sueño, puede despertarse durante la noche o puede dormir más de lo habitual.

7.- **Parece agitado.** Se observa inquieto y está en constante movimiento.

8.- **En ocasiones, parece faltar de energía.** Muestra tener cansancio y agotamiento físico sin haber hecho algún tipo de esfuerzo que lo justifique.

9.- **Experimenta sentimientos de culpa.** Siente que está por debajo de lo que se espera de él y confiesa sentir su inadecuación a las circunstancias; “todo lo hago mal” es una de sus frases habituales.

10.- **Desciende su capacidad de concentración.** Se distrae fácilmente, no se fija en las cosas, no puede tomar decisiones, comete errores, “todo se le hace un mundo” duda de lo que tiene que hacer, deja de rendir en la escuela como era habitual, rompe cosas y parece que esta “en otro mundo”.

11.-**Piensa cosas negativas o morbosas.** Hecha a volar su imaginación y fantasía; ya que imagina que lo abandonan, que se mueren sus padres, visualiza su entierro, piensa que quiere matarse y en ocasiones fantasea de cómo lo haría.

De acuerdo a Soutullo (2005), existen otros síntomas asociados como:

- Sentimientos de desesperanza
- Ausencias frecuentes de colegio o disminución del rendimiento escolar
- Sensibilidad extrema al rechazo y poca resistencia ante los fallos o errores
- Quejas frecuentes sobre problemas físicos como dolores de cabeza, de estómago, mareos, náuseas... a los que no se encuentra causa médica.

Los niños deprimidos suelen acudir a los profesionales sanitarios con síntomas físicos tales como dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesquelético (citado en Shaffer & Waslick, 2003).

De acuerdo a Schatzberg, A. (2003), existe una relación entre la depresión y los trastornos somáticos o médicos. Los cuales antes se veían como dimensiones diferenciadas (médica frente a psicológica, mente frente a cuerpo). Actualmente se consideran estrechamente relacionadas de forma que una afecta a la otra. Ejemplos de ello son el aumento del riesgo de muerte o enfermedad que la depresión provoca en paciente con cardiopatía y diabetes causado por la depresión.

Barrio (2007) menciona que también se suelen escuchar algunas verbalizaciones entre las cuales se encuentran:

“Estoy triste continuamente”

“Me siento inútil”

“No puedo hacer lo que esperan de mí”

“No me quieren”

“Les he fallado”

“Les he defraudado”

“No sirvo para nada”

“Soy un desastre”

“Soy torpe”

“No sé para qué he venido a este mundo”

“Todo me sale mal”

“Para vivir así, prefiero morirme”

“Tengo la culpa de que se hayan separado mis padres” etc.

Los niños menores de siete años, no tienen la suficiente capacidad para analizar y expresar con claridad sus emociones, por lo que pueden sentirse mal; pero no lo expresan verbalmente aunque el niño también puede expresarlo corporalmente; ya que al sentarse tiene una postura flácida o desparramada en el asiento, camina con lentitud arrastrando los pies, habla lentamente y en voz muy baja, contesta con monosílabos y se le ve con cara triste o de disgusto (citado en De la Garza, 2007).

## **1.2.2 CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DE DIAGNOSTICO**

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR, se incluye los trastornos del estado de ánimo en niños bajo los criterios diagnósticos para adultos. La diferencia radica en que los niños manifiestan un estado de ánimo irritable, más que un estado triste o desanimado, quejas somáticas y aislamiento social. El enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son menos frecuentes en niños que en adolescentes y adultos.

Para hacer un diagnóstico de la depresión se tiene que tomar en cuenta que está se divide o se clasifica en tres episodios: leve (F32.0), moderado (F32.1) y grave (F32.2 sin síntomas psicóticos Y F32.3 con síntomas psicóticos)

### **Criterios diagnósticos del DSMIV-TR**

Un niño que tiene Trastorno Depresivo Mayor debe tener 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

- Estado de ánimo deprimido
- Pérdida de interés y de capacidad para el placer
- Pérdida o ganancia significativo de peso
- Alteración del sueño insomnio-hipersomnia
- Agitación o enlentecimiento psicomotor
- Fatiga o pérdida de energía
- Sentimiento de inutilidad o de culpa
- Disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones
- Pensamientos de muerte, ideación suicida o tentativas suicidas

## **Criterios diagnósticos del la CIE-10**

A diferencia del DSM-IV, la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE-10) de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en Niños y Adolescentes se mencionan 10 síntomas para diagnosticar la depresión:

### **Episodio Depresivo Leve (4 de los 10 síntomas).**

Al menos dos de los siguientes síntomas deben estar presentes:

- Ánimo depresivo
- Pérdida del interés y la capacidad de disfrutar
- Aumento de fatiga

Junto con estos síntomas deben estar al menos dos de los siguientes:

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima
- Ideas de culpa e inutilidad
- Perspectiva sombría y pesimista del futuro
- Pensamientos y actos de autoagresión o suicidas
- Trastorno del sueño
- Pérdida de apetito

Estos síntomas tienen que durar al menos 2 semanas y ninguno de ellos debe estar en grado intenso.

### **Episodio Depresivo Moderado (6 de 10 síntomas).**

Para realizar este tipo de diagnóstico deben estar presentes al menos 2 de los siguientes síntomas:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y la capacidad de disfrutar
- Aumento de fatiga

Así como al menos 3 (preferentemente 4) de los siguientes síntomas:

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima
- Ideas de culpa e inutilidad
- Perspectiva sombría y pesimista del futuro
- Pensamientos y actos de autoagresión o suicidas
- Trastorno del sueño
- Pérdida de apetito

Estos síntomas deben durar al menos 2 semanas

### **Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (8 de 10 síntomas).**

Por su gravedad, en este episodio deben estar presentes los tres síntomas:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y la capacidad de disfrutar
- Aumento de fatiga

Junto con estos síntomas deben estar presentes por lo menos cuatro de los siguientes, siendo alguno de ellos de una intensidad grave:

- Disminución de la atención y concentración
- Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima
- Ideas de culpa e inutilidad

- Perspectiva sombría y pesimista del futuro
- Pensamientos y actos de autoagresión o suicidas
- Trastorno del sueño
- Pérdida de apetito

El episodio debe durar al menos dos semanas; pero sí los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado realizar el diagnóstico con una duración menor a dos semanas.

### **1.2.3 PREVALENCIA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión ocupara el segundo lugar en el año 2020 para todas las edades.

La prevalencia de la depresión infantil (DI) en México es del 34% de la población, menor a 15 años. Estos datos se obtuvieron en una evaluación que se realizó en el Hospital del Niño DIF del estado de Pachuca en el año 2005, donde el 15% de la población total que asistió por primera vez al departamento de psicología se diagnosticó con DI, de los cuales, la mayor incidencia se presenta en el género masculino entre los 6 a 10 años, predominando el episodio depresivo leve. (Rodríguez & Ortiz, 2005).

Aproximadamente un 5% (uno de cada 20 niños) tendrá un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años y menos de la mitad de estos niños recibe un tratamiento adecuado. La depresión es ya la primera causa de baja laboral en adultos (en EE.UU.) la depresión es la principal causa de suicidio en todas las edades (Soutullo, 2005).

#### **1.2.4 CAUSAS**

De acuerdo con Soutullo (2005), no se conoce todavía una causa específica de la depresión infantil, por lo cual se atribuyen a diferentes causas o factores tales como:

- Genética
- Alteraciones endocrinológicas
- Alteraciones en los neurotransmisores
- Factores ambientales y familiares

Los neurotransmisores son sustancias encargadas en regular o modular la transmisión nerviosa o sinapsis. Las predisposiciones genéticas y los problemas ambientales alteran las funciones de la neurotransmisión entre una y otra célula.

La depresión produce cambios en el balance químico del cerebro. Se ha encontrado en pacientes depresivos una falta de balance en la comunicación de estas sustancias (neurotransmisores). Particularmente: la serotonina, la cual interviene en los estados de ánimo, la dopamina que se relaciona con el placer y la noradrenalina que interviene en las emociones del individuo (De la Garza, 2007).

De acuerdo a Yapko (2006), la biología o la herencia genética desempeñan un papel relevante; ya que la depresión es más frecuente en los familiares de primer grado como padres, hijos y hermanos. Por lo cual existe una fuerte relación entre los patrones que causan depresión.

En la cuestión sociológica, la sociedad moldea al individuo desde el instante en el que nace, esto se queda arraigado en el inconsciente. Las personas influyen significativamente en el individuo; ya sea para bien o no, como padres, familiares, maestros, médicos, líderes religiosos y todas las personas importantes que se encuentran en la niñez.

La depresión es un resultado predecible, cuando el individuo se siente incapaz de vivir lo que considera importante y sufre por que no tiene la aprobación que quisiera o de quienes quisiera como el reconocimiento, el amor, el apoyo, la autoaceptación o todo tipo de requerimiento para ser feliz.

En la cuestión psicológica van a intervenir pensamientos negativos de sí mismo, afectando las relaciones interpersonales del individuo (Yapko, 2006).

### **1.2.5 FACTORES DE RIESGO**

Como se ha mencionado, no hay una causa o factor único para propiciar la depresión infantil, por lo cual es importante considerar algunos de los *factores de riesgo psicopatológico* de Esquivel (2010).

#### **1.- Factores de riesgo destacables en el niño**

- Niños temperamentalmente frágiles
- Niños muy retraídos y tímidos
- Niños que han de adaptarse a múltiples cambios: separación de los padres, nuevas parejas, hermanastros, cambios de escuela, de amigos, de población
- Niños con afecciones como discapacidades físicas importantes o enfermedades crónicas
- Niños sometidos a demandas excesivas o inapropiadas para su edad
- Niños con déficit sensoriales graves
- Niños con retraso mental

## **2.- Factores de riesgo destacables en el entorno familiar**

- Depresión materna posparto, especialmente si no hay figuras de apego sustitutas estables y seguras
- Familias con padre o madre con padecimientos como enfermedad mental grave, en especial depresión mayor, esquizofrenia o trastornos graves de la personalidad
- Familias en situación de pobreza económica y cultural
- Familias monoparentales sin soporte de la familia extensa
- Padres muy jóvenes sin soporte de la familia extensa
- Familias con problemas de drogodependencia como el alcohol u otras drogas
- Rupturas familiares en las que se mantiene una hostilidad crónica entre la pareja de padres
- Familias inmigrantes sin grupos sociales de apoyo en su entorno
- Familias en las que algún hijo es utilizado como chivo expiatorio de los conflictos familiares
- Familias con disputas intrafamiliares persistentes y severas entre los adultos, con marcada tensión y conflicto intrafamiliar
- Familias con patrones disfuncionales de relación entre sus miembros

## **3.- Principales relaciones familiares disfuncionales**

- Los patrones rígidos, inflexibles incapaces de adaptarse a los cambios
- Las familias que niegan y evitan sistemáticamente el conflicto (todo va bien siempre)

- Las relaciones familiares muy involucradas en ellas no hay límites claros entre sus miembros, no queda espacio para la intimidad y la individualización de cada uno
- Las relaciones sobreprotectoras: los padres no se adaptan a las progresivas demandas de independencias de los hijos. Se les priva de comportamientos autónomos y se les mantiene infantilizados.
- Las relaciones frías, indiferentes con ausencia de cariño de los padres, sin intereses por los avances de los niños. Los padres no refuerzan sus conductas positivas, no se interesan por sus estudios, por sus compañeros
- Los padres que debido a sus compromisos personales o profesionales no se organizan para dedicar un tiempo mínimo a sus hijos

#### **4.- Principales signos de alerta en la edad escolar**

- Quejas somáticas persistentes sin detectar patología orgánica
- Tristeza, inhibición, pérdida de ilusión, irritabilidad y culpabilidad
- Miedos y preocupaciones desproporcionadas
- Ansiedad marcada, rituales compulsivos, intensa ansiedad al separarse de los padres
- Aislamiento, inhibición social, mutismo
- Trastornos de conducta por excesiva impulsividad, oposicionismo, comportamiento destructivo, pérdida de atención y concentración, hiperactividad sin finalidad.
- Marcado fracaso escolar
- Enuresis secundaria

- Encopresis no orgánica
- Tartamudeo o trastornos del lenguaje que dificultan la relación o el aprendizaje
- Signos de alerta de maltrato y abuso sexual (aplicable a todas las edades): tristeza, desconfianza, abatimiento, desasosiego, actitud ausente, cambio súbito de carácter, alteración importante del sueño.
- Cambio en la conducta escolar sin motivo aparente
- Actitud hipervigilante
- Dolores frecuentes sin causa aparente
- Deficiencia en la higiene
- Falta de cuidados médicos básicos

De acuerdo a Ríos (2002), los factores de riesgo de la depresión infantil se debe a que en la familia se establecen los primeros núcleos de socialización; cuando la familia no brinda las interacciones adecuadas, esto puede ocasionar niveles de depresión desde una edad muy temprana. Otro punto de riesgo es que las madres deprimidas tienen mayor conducta negativa y desvinculada de sus hijos, por lo que la calidad de las relaciones familiares es otro factor de riesgo.

La separación matrimonial afecta negativamente a los hijos, sobre todo si la relación entre los progenitores es mala. Para Sandoval (2010) existen dos rasgos especialmente relacionadas con el entorno familiar que guardan una estrecha relación con la depresión: *la estabilidad y la afectividad*; la carencia de cualquiera de estos puede encadenar la aparición de la depresión en la infancia.

## **1.2.6 FACTORES PROTECTORES**

De acuerdo a Esquivel (2010), los factores de protección psicosocial se dividen en:

### **1.- Factores protectores en el niño**

- Buena salud física
- Temperamento agradable
- Nivel de inteligencia normal, especialmente en el aspecto verbal y abstracto
- Capacidad para percibir y expresar las propias emociones y sentimientos
- Buenas relaciones con los compañeros, tiene amigos
- Curioso, con interés por las cosas, disfruta con el juego
- Sabe compartir y aceptar las reglas del juego
- Avanza correctamente en los estudios

### **2.- Factores protectores en la familia**

- Una relación afectuosa entre sus miembros, capaz de generar confianza, seguridad y autoestima en los hijos
- Un marco familiar estable y al mismo tiempo, flexible para adaptarse a los cambios
- Una disciplina coherente, que fija límites claros, adaptada a la edad del niño, con rechazo explícito del castigo físico, la humillación y el desprecio
- Capacidad de cambio para adaptarse a los conflictos y a las crisis vitales
- La existencia de comunicación fluida entre los miembros de la familia. Es posible discrepar y confrontar opiniones dentro del marco familiar
- Los límites dentro de la familia están claros: el subsistema parental y el subsistema filial están nítidamente definidos

- Los padres escuchan a los niños, fomentan el dialogo y les ayudan a pensar y expresar sus opiniones
- Los padres ayudan a los niños a percibir sus emociones y manifestar sus sentimientos
- Hay una buena relación con la familia extensa: abuelos, tíos, primos, etc.
- La familia participa y se implica en la cultura de su entorno, con actividades lúdicas, deportivas, culturales, políticas o sociales
- La familia tiene fácil acceso a las redes profesionales de soporte: sanitarias, sociales, culturales, deportivas

### **1.2.7 TRATAMIENTO**

La terapia cognitiva es un método efectivo en el tratamiento de la depresión. Existe controversia respecto al hecho de que los niños (dependiendo de su nivel de desarrollo) puedan utilizar este tipo de técnicas cognitivas. No obstante existen investigaciones que han demostrado que los niños diagnosticados con depresión pueden usar de manera efectiva dichas técnicas como una manera de identificar sus patrones negativos de pensamiento (Nelson, 2003).

La terapia cognitiva consiste en el manejo de los pensamientos distorsionados y las emociones que estos producen (citado en De la Garza, 2007).

Las investigaciones clínicas del Modelo Cognitivo Conductual de la depresión, partieron de una disfunción cognitiva, la cual constituye la raíz de dicha patología.

Para el Modelo Cognitivo Conductual, la depresión es consecuencia del aprendizaje social, del reforzamiento negativo y del castigo, los cuales conducen al fenómeno cognitivo de desesperanza aprendida, que se generaliza hacia los procesos psicicos del individuo (sensación, percepción, memoria, cognición, abstracción, pensamiento lógico, etc.), y produce una falla en el control de las recompensas ambientales, malas decisiones y relaciones interpersonales disfuncionales.

Los síntomas identificados en este modelo son: desesperanza aprendida, autopercepción negativa, y una percepción negativa respecto del medio interpersonal y del futuro mismo. Un esquema psicico negativo que exagera las experiencias negativas y rechaza las positivas.

Para Beck el individuo que desarrolla una depresión es porque ha sufrido experiencias negativas tempranas, que generaron pautas de pensamiento irracionales o esquemas cognitivos inadecuados (citado en Caballo & Simón, 2005).

Muchos de los pensamientos y creencias son falsas; pero la consciencia las vive como reales y el individuo actúa en consecuencia (citado en De la Garza, 2007).

La terapia cognitivo conductual se interesa por comprender la forma de interpretar los hechos y experiencias. Identifica y modifica las distorsiones o déficits que se producen durante el transcurso del procesamiento cognitivo (citado en Stallard, 2007).

La depresión infantil, también puede ser tratada con antidepresivos (Ríos, 2002).

## CAPÍTULO 2

### OBESIDAD INFANTIL

---

#### 2.1 OBESIDAD

Chinchilla (2003), define la obesidad como una “enfermedad crónica”, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso.

Para Arellano, et al. (2004), la obesidad es un exceso de adiposidad, generalmente con aumento de peso que pone en riesgo la salud del individuo.

El Instituto Nacional de Salud Pública, define la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. La obesidad suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, la cual se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad (Olaiz, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ( $IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$ ). El (IMC) igual o superior a 25 corresponde a sobrepeso y el IMC igual o superior a 30 corresponde a obesidad.

La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica.

La obesidad no solo es un problema estético, sino que tiene una vertiente fisiológica, directamente relacionada con los hábitos alimenticios, sedentarismo y también un componente psicológico que en ocasiones puede causar o acelerar la aparición de enfermedades medicas como la diabetes tipo 2 entre otros, y problemas psicológicos como, depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima y autoconcepto.

## **2.2 OBESIDAD INFANTIL**

La Secretaria de Salud menciona que anteriormente la obesidad era un problema de salud, que solo la padecían los adultos y escasamente se presentaba en niños, más sin embargo hoy en día la obesidad infantil afecta a miles de niños en todo el mundo, colocándose por arriba de las cifras de los adultos. Esto se debe a cambios del estilo de vida del ser humano, motivo por el cual también se han modificado los hábitos alimenticios. Los alimentos que se consumen hoy día son procesados, enlatados, altos en grasas, harinas, sodio y azúcares. Estos alimentos no son sanos y mucho menos nutritivos, por el contrario afectan la salud ocasionando diversas enfermedades que van mermando la calidad de vida del individuo.

Por su alta prevalencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, que se encuentra en proceso de expansión en todo el mundo. En México su crecimiento ha sido más rápido que en otros países.

Para Arellano et al. (2004), actualmente representa, a nivel mundial, uno de los principales problemas de salud, no sólo por el aumento en su prevalencia, sino por el incremento en el grado de obesidad entre quienes la padecen.

Por otro lado es importante mencionar, que un niño obeso tiene un 80% de probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, colesterol alto e hipertensión, problemas en riñones y pulmones, enfermedades respiratorias, lesiones de hueso y articulaciones.

De esta manera estas enfermedades ocasionarán serias consecuencias físicas, orgánicas y psicológicas a sus vidas (Citado en Hassink, 2009).

La obesidad requiere de un tratamiento que incida sobre los factores biológicos, socioculturales, psicológicos que la determinan y mantienen. Por lo que debe atraer la mayor cantidad de esfuerzos y recursos para dicho tratamiento (Arellano, et al., 2004).

## **2.2.1 TEORÍAS PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD INFANTIL**

### **Teoría psicodinámica**

La teoría psicodinámica explica que las personas obesas utilizan la comida como mecanismo de afrontamiento de sus emociones y de sus sentimientos de inadecuación personal. Se refiere al individuo obeso como una persona dependiente y pasiva que nunca aprendió vías adecuadas para lidiar con sus emociones o conflictos. También considera que el obeso se sobrealimenta para disminuir sus sentimientos de ansiedad y depresión, resultado de su pobre autoconcepto. La obesidad se considera como una protección contra el frío y las carencias psicológicas de la falta de afecto (citado en Vizcarra, 2010).

Los individuos obesos presentan regresión, hay una fijación oral por lo que buscan consuelo mediante la comida, esta fijación puede ser el resultado de cuidados inadecuados o de una relación madre hijo muy trastornada durante los primeros meses de vida. Esta sobrealimentación compensadora es utilizada por el individuo para vencer su inseguridad materna.

La comida también se convierte en una forma de no sentir y de aislarse, la experiencia de muchos obesos es de haberse sentido lastimados, abandonados y humillados por diferentes personas, lo que siempre han encontrado disponible e incondicional y no hiriente es la comida. Una y otra vez, recurren a ella en busca de protección, consuelo o amor (Ríos, 2002).

## **Teoría conductual**

Esta teoría menciona que los individuos obesos tienen una alteración del aprendizaje y su consecuencia es la excesiva ingesta calórica, las personas obesas responden más a estímulos externos que a estímulos internos.

Esta teoría ha sido acompañada con el análisis de las cogniciones en donde existen pensamientos negativos o irracionales generalmente relacionados con resultados negativos, los cuales pueden agruparse en tres categorías principales:

- 1) la dificultad de controlar el peso de forma satisfactoria
- 2) objetivos no realistas sobre la ingesta y la pérdida de peso
- 3) autocrítica como respuesta a la ingesta o al aumento de peso.

Ambas teorías coinciden y contemplan a la sobrealimentación como una forma de comer, la cual reduce o termina con estados emocionales (citado en Vizcarra, 2010).

La terapia conductual permite vencer las barreras que evitan cumplir con la dieta o incrementar la actividad física. La terapia conductual es un componente principal en los programas de reducción de peso. La terapia debe asumirse como una estrategia de cambio de hábitos para toda la vida y no de tipo temporal (Vargas, et, al, 2002).

### **2.2.2 CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DE DIAGNOSTICO**

De acuerdo a Chinchilla (2003), la obesidad se clasifica en:

- *Obesidad de distribución homogénea*: existe un exceso de grasa corporal, sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.
- *Obesidad gluteofemoral o ginoide*: existe un aumento de grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos.

- *Obesidad abdominal, central o androide*: es la acumulación excesiva de grasa en la región abdominal. Este tipo de distribución de grasa se ha considerado como factor de riesgo para el desarrollo de determinadas enfermedades, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, accidentes cerebro vasculares, cardiopatía isquémica, esteatosis hepática, litiasis biliar, síndrome de la apnea del sueño y algunos tipos de cánceres, como el de mama, ovario y endometrio.

Según la edad de aparición la Obesidad se clasifica en:

- *Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia*: se considera obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que le corresponde al niño para su talla.

- *Obesidad del adulto*: la edad de inicio se sitúa entre los 20-40 años.

Según la causa que la produce, la obesidad se divide en:

- *Primaria*: 95-99%

- *Secundaria*: 1-5% cuando en su producción están implicadas directamente determinadas enfermedades o fármacos.

### **Criterios diagnósticos**

Desde el punto de vista clínico, la existencia de obesidad se establece de manera indirecta ya que no siempre se dispone de métodos directos para valorar la masa grasa. Por ello las definiciones clínicas de la obesidad toman en cuenta información antropométrica como peso, estatura, circunferencias corporales y grosor de los pliegues cutáneos, correlacionándolos con los riesgos para la salud que han sido asociados al exceso de grasa corporal.

De acuerdo a Vargas, et, al (2002), se utilizan técnicas para determinar la grasa corporal, entre estas se encuentran:

- *Índice de masa corporal*: es la relación del aumento de grasa corporal con el exceso de peso para una estatura determinada. Para obtener el IMC o índice de Quetelet, se relaciona el peso corporal en kilogramos dividido entre la estatura en metros al cuadrado. La formula es  $IMC = \text{Peso (Kg)}/\text{Estatura (m}^2\text{)}$ . El IMC igual o superior a 25 corresponde a sobrepeso e IMC igual o superior a 30 corresponde a obesidad. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21. (ver tabla 1)

- *Antropometría*: se define como la medición de las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo humano. La antropometría es fundamental en la evaluación del paciente obeso para estimar la grasa corporal total, su distribución por regiones del peso y talla del individuo.

- *Peso relativo o porcentaje de sobre peso*: es la comparación del peso del sujeto, con el peso promedio de las personas de su misma estatura (peso ideal), la ecuación del peso relativo o porcentaje de sobrepeso se calcula de la siguiente manera:  $(\text{peso real} \times 100)/\text{Peso recomendable} = \text{porcentaje de sobrepeso}$ .

- *Circunferencia de cintura y cadera*: está debe medirse con el sujeto en posición de firmes y sin ropa, la cinta debe colocarse en el nivel más estrecho del tronco o cintura. La siguiente medición es de la circunferencia de la cadera en la que se mide la circunferencia máxima de la saliente de las nalgas o glúteos a nivel del punto más amplio de dicha zona anatómica, estas dos medidas permiten clasificar los sujetos obesos en dos grupos, según su distribución predominante de grasa mediante la relación cintura cadera que se obtiene al dividir la circunferencia de la cintura entre la cadera.

- *Medición de pliegues cutáneos (plicometría)*: proporciona una estimación más exacta de la masa corporal, para medir los pliegues cutáneos se utiliza un plicómetro (calibrador de pliegues cutáneos). El porcentaje de grasa corporal se calcula mediante la suma del valor de cuatro pliegues de la piel como son: bicipital, tricipital, subescapular y suprailiaco, que se compara con tablas de referencia.

La Secretaria de Salud determino que en los niños de 0 a 5 años de edad se tomara en cuenta el peso y la talla, estos datos se compararan con las tablas establecidas en la cartilla correspondiente, a partir de los 6 años se calculará el índice de masa corporal (IMC) comparando resultados igualmente en las tablas, adicionalmente se deberá tomar la medida de la cintura considerando los valores de referencia establecido en la cartilla de vacunación (ver tabla 1).

Tabla 1. Puntos internacionales de corte para índice de masa corporal para sobrepeso y obesidad en niños y jóvenes de 2 a 18 años, por sexo, correspondientes a un índice de masa corporal de 25 para sobrepeso y 30 para obesidad (García, et al. 2010)

Edad, años	IMC		IMC	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
2	18.2	18.41	19.81	20.09
2.5	17.76	18.13	19.55	19.80
3	17.56	17.89	19.36	19.57
3.5	17.40	17.69	19.23	19.39
4	17.28	17.55	19.15	19.29
4.5	17.19	17.47	19.12	19.26
5	17.15	17.42	19.17	19.30
5.5	17.20	17.45	19.34	19.47
6	17.34	17.55	19.65	19.78
6.5	17.53	17.71	20.08	20.23
7	17.75	17.92	20.51	20.63
7.5	18.03	18.16	21.01	21.09
8	18.35	18.44	21.57	21.60
8.5	18.69	18.76	22.18	22.17
9	19.07	19.10	22.81	22.77
9.5	19.45	19.46	23.46	23.39
10	19.86	19.84	24.11	24.00
10.5	20.29	20.20	24.77	24.57
11	20.74	20.55	25.42	25.10
11.5	21.20	20.89	26.05	25.58
12	21.68	21.22	26.67	26.02
12.5	22.14	21.56	27.24	26.43
13	22.58	21.91	27.76	26.84
13.5	22.98	22.27	28.20	27.25
14	23.34	22.62	28.57	27.63
14.5	23.66	22.96	28.87	27.98
15	23.94	23.29	29.11	28.30
15.5	24.17	23.60	29.29	28.60
16	24.37	23.90	29.43	28.88
16.5	24.54	24.19	29.56	29.14
17	24.70	24.46	29.69	29.41
17.5	24.85	24.73	29.84	29.70
18	25	25	30	30

### **2.2.3 PREVALENCIA**

Desafortunadamente la obesidad se extiende a un ritmo alarmante, no solo en países industrializados sino también en países en desarrollo. Según las cifras más recientes, México ocupa el primer lugar en el mundo en obesidad infantil y el segundo en obesidad mórbida (Bravo Del toro, et al. 2011).

La obesidad es un problema de salud pública cuya prevalencia ha aumentado de manera acelerada en el mundo para convertirse en una pandemia (Sandoval, et al, 2010).

La Secretaria de Salud Publica dio a conocer que existen 4.5 millones de niños entre 5-12 años de edad que padecen obesidad.

El instituto mexicano del seguro social (IMSS) en el 2010, estimo que alrededor de 400 mil menores de 15 años de edad padecen diabetes tipo 1 o tipo 2 y específicamente niños de entre seis y siete años padecen diabetes mellitus tipo 2. El tipo 1 se refiere a (deficiencia de insulina) y de tipo 2 (resistencia a la insulina). En la diabetes tipo 1 no es posible la prevención, estos menores sufren mucha sed, dejan de comer, orinan con frecuencia, se sienten muy cansados y disminuyen su actividad. En el tipo 2 sí es posible la prevención, el infante con obesidad presenta cambios similares a la del tipo 1, pero en un lapso mayor llegando al hospital por una descompensación o infección por que sus padres no se dieron cuenta de su condición hasta meses después.

IMSS (2009), en nuestro país de cada 10 niños, ocho presentan sobrepeso y siete obesidad, lo cual equivale a un grave problema de salud pública; datos de la OMS, advierten que para el 2018 México podría convertirse en el país con mayor número de obesos, como resultado de la poca concientización que tienen los padres sobre la alimentación que deben de llevar a cabo sus hijos.

Esta prevalencia del sobrepeso y obesidad tanto en niños como adolescentes es alarmante, porque es un factor predictor de obesidad en la edad adulta, así como

un factor de riesgo para padecer diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias y enfermedad cardiovascular entre otras.

Esta enfermedad crónica que por su elevada y creciente prevalencia debe considerarse como un problema de Salud Pública que requiere atención prioritaria a corto plazo en los Programas Nacionales de Salud. (Olaiz, et al, 2006).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud en el 2006, se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares. Cuadros 1 y 2.

**Cuadro 1. Prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años**

<b>Obesidad en niños de 5 a 11 años</b>	<b>1999</b>	<b>2006</b>	<b>Incremento 1999 a 2006</b>
Prevalencia nacional en niños	5.3%	9.4%	77.0%
Prevalencia nacional en niñas	5.9%	8.7%	47.0%

**Cuadro 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad de 5 a 11 años**

<b>Obesidad en niños de 5 a 11 años</b>	<b>1999</b>	<b>2006</b>	<b>Incremento 1999 a 2006</b>
Prevalencia nacional en niños	18.6%	26.0%	39.7%

## 2.2.4 CAUSAS

La obesidad es multifactorial, resultado de la combinación de causas hormonales, genéticas, ambientales y conductuales que intervienen en el individuo.

Para Chinchilla (2003), la causa de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la que se pueden influir componentes hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida y una serie de factores sociológicos.

Ogden (2005), explica las causas de la obesidad a través de las siguientes teorías, las cuales tienen que ver con cuestiones fisiológicas:

- *Teoría genética*: El volumen corporal parece estar relacionado con familias y la probabilidad de que un niño tenga sobrepeso está relacionada con el peso de sus padres. Por ejemplo, el hecho de que uno de los progenitores sea obeso se traduce en una probabilidad de un 40% de tener un hijo obeso y, si los dos progenitores lo son, este porcentaje llega a un 80%.

-*Teoría de la tasa metabólica*: El cuerpo utiliza energía para realizar los procesos químicos y biológicos esenciales para vivir (p. ej., respiración, ritmo cardíaco, presión sanguínea). La proporción de uso de esta energía se denomina “tasa metabólica basal” que ha resultado ser heredable en gran medida. Una teoría de la obesidad sostiene que el obeso puede tener tasas metabólicas más bajas, quemando menos calorías cuando está en reposo y por lo tanto requiere ingerir menos alimentos.

-*Teoría de los adipocitos*: Los adipocitos están destinados a almacenar grasa en periodos de exceso de energía y a la movilización de la grasa en periodos de déficit energético. Las personas de peso medio suelen tener entre 25 y 35 mil millones de adipocitos, las personas ligeramente obesas suelen tener el mismo número; pero su tamaño y peso son mayores. Los individuos con obesidad severa tienen más adipocitos hasta 100 ó 125 mil millones.

Cuando un individuo nace con más adipocitos, dispondrá inmediatamente de un mayor número de células para llenar, lo que hace que algunas personas les resulte más fácil ganar peso que otras. Cuando se han creado los adipocitos pueden vaciarse; pero no se pierden. No obstante, incluso cuando una persona nace con un número bajo de adipocitos puede crearlos si los necesita para almacenar grasa.

Dentro de los aspectos endocrinológicos las hormonas juegan un papel importante en el inicio de la obesidad, ya que las hormonas tiroideas y la hormona adenocorticotropica y el cortisol tienen mucho que ver con este padecimiento. La saciedad esta influenciada por los procesos bioquímicos en el hipotálamo. Cuando hay una lesión en el hipotálamo ventromedial (HVM) produce que se coma en exceso (hiperfagia) por lo cual produce obesidad (Ríos, 2002).

Para la OMS la causa fundamental de la obesidad y sobrepeso es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de calorías. Mientras que para la Secretaria de Salud las causas del sobrepeso y obesidad se debe:

- Se ha dejado de practicar la lactancia
- Modificación de dietas y hábitos alimentarios
- Consumo de alimentos enlatados o procesados
- Disminución de actividad física

Motivo por el cual la OMS recomienda que los niños sean alimentados durante los primeros seis meses de vida con leche materna; ya que al recibir este tipo de alimentación disminuye el riesgo de padecer sobre peso y obesidad en la edad adulta y las mujeres que dan este tipo de alimentación tienen menor riesgo de desarrollar obesidad posterior al embarazo.

La leche materna es rica en proteínas, componentes celulares macrófagos y su contenido en lactosa y lípidos es bajo en grasa, por lo que el niño no está en riesgo a padecer obesidad en la infancia tardía, la adolescencia o la adultez.

La leche materna también ofrece beneficios en la disminución de algunas enfermedades infecciosas, menor mortalidad y menor incidencia en algunas enfermedades crónicas (Vizcarra, 2010).

Desde su punto de vista Casademunt (2005), menciona que las causas de obesidad son:

- Alimentación desequilibrada (consumo de comida chatarra o basura)
- Realizar menos ejercicio físico (los niños cada vez juegan menos, debido a que tienen poco tiempo para sí mismos, entre la escuela, las actividades extraescolares, los largos desplazamientos, etc., y ese poco tiempo que tienen lo pasan delante de la televisión o computadora).
- Factores hormonales (como el hipotiroidismo y el síndrome de cushing)
- Factores genéticos
- Factores psicológicos

### **2.2.5 FACTORES DE RIESGO**

Los factores causantes de la obesidad se dividen en endógenos y exógenos.

- *Los endógenos:* hormonales, genética, sistema nervioso, endocrinos y metabólico.
- *Los exógenos:* psicológicos, ambientales, sedentarismo, tipo y estilo de vida.

Estos factores antes mencionados están relacionados con el aumento de peso y persistencia de la obesidad.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (2006), los factores de riesgo para desarrollar obesidad son dos:

## **1.- Factores conductuales**

-Disminución del tiempo para actividad física y reemplazo por tiempo dedicado a la televisión, videojuegos y computadora.

La obesidad infantil según la secretaria de Salud es la publicidad; ya que un niño está expuesto a 61 anuncios diarios en las 12 horas y media que ve en televisión, en promedio a la semana. Entre los anuncios que tienen como objetivo a la niñez, 42% promocionan alimentos en su mayoría golosinas, frituras, bebidas azucaradas, galletas y pastelitos (García, et, al, 2010).

-Niños que evitan el desayuno, pero que consumen una colación en la escuela

-Horarios de comida no establecidos; con largos periodos de ayuno y/o unión de comidas

-Hábitos alimentarios inadecuados (dietas altas en lípidos, hidratos de carbono refinadas) y aumento en el consumo de alimentos industrializados

-Familias en las cuales ambos padres trabajan

-Bajo consumo de verduras, vegetales y fibra

## **2.- Factores biológicos**

-Antecedentes de obesidad en familiares de primer grado

-Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica

-Ablactación temprana (antes de los 6 meses de edad)

-Hijo de madre con diabetes gestacional o madre diabética

-Hijo de madre obesa

-Retraso de crecimiento intrauterino

-Nivel social, económico y cultural bajos

## 2.2.6 FACTORES PSICOLÓGICOS

Para Casademunt (2005), los factores psicológicos o emocionales tienen mucho que ver con las manifestaciones del cuerpo; ya que una persona alegre, tranquila y relajada tiene menos posibilidades de padecer una enfermedad que una persona tensa o deprimida, como es el caso de la obesidad infantil. Motivo por el cual describe los siguientes factores psicológicos:

*-El sentimiento de soledad:* actualmente las familias tienen pocos hijos y, tanto el padre como la madre, suelen pasar mucho tiempo trabajando fuera del hogar. Como consecuencia, el niño pasa poco tiempo con ellos quedando la mayor parte del tiempo solo. Esto afecta directamente el desarrollo psicológico de los niños y a que crezca en ellos un sentimiento de soledad, que desemboca en atracones indiscriminados de comida.

El hecho de que los padres vean muy poco a sus hijos les lleva a ser más permisivos con ellos, así que le conceden sus deseos, ese o esos deseos tienen que ver muchas veces con la comida chatarra, de esta manera la comida es utilizada como recompensa para disipar sus culpas.

*-El estrés:* hoy está a la orden del día incluso en la población infantil, los niños se estresan por el tiempo en el que tardan en desplazarse hacia la escuela, por los problemas familiares que vive en casa, por la separación o divorcio de sus padres, la muerte de un familiar, la violencia en la escuela y en la televisión, la falta de tiempo debido a las actividades extra escolares y espacios reducidos para jugar. El estrés no tiene una manifestación concreta, pero se deja notar en síntomas como ansiedad.

Los niños estresados comen para liberarse de sensaciones de ansiedad, angustia o pensamientos desagradables. En muchas ocasiones la obesidad se convierte en un círculo vicioso; ya que la ansiedad produce obesidad, la obesidad produce pérdida de autoestima e incluso depresión, que dan lugar a la ansiedad, utilizando la comida como ansiolítico.

-*La ansiedad*: produce en los niños dolores de cabeza, mareos, falta de energía, cambios bruscos de humor, problemas de sueño, hiperactividad, etc.

La ansiedad es una situación displacentera y anticipatoria de que algo negativo y molesto puede ocurrir, provoca inquietud, zozobra y miedo. El miedo impide sentir confianza y esto da como resultado un sentimiento de vulnerabilidad en el individuo, sintiéndose incapaz de dar una respuesta adecuada, o bien llevar a cabo conductas de evitación y escape de situaciones desagradables o aversivas. La ansiedad es tan intensa que el individuo evita totalmente la situación, lo cual lo conduce a la frustración inmediata y regularmente a la depresión.

-*La depresión*: lleva al niño a refugiarse en la comida; ya que se consuela en ella y la obesidad reduce notablemente su actividad física, su desempeño escolar y comunicación o interacción social.

### **2.3 OBESIDAD Y DEPRESIÓN**

Charles y Kerr en 1987, estudiaron el significado de la comida y señalaron que, con frecuencia los alimentos dulces se utilizan para apaciguar a los niños y mantener la armonía familiar. Concluyeron también que los alimentos son signos del amor familiar y de la determinación de agradar y satisfacer a los distintos miembros de la familia (Citado en Ogden, 2005).

De acuerdo a Edward Abramson (1999), las influencias externas, incluyendo familia y sociedad, desempeñan un papel importante en el comer emocional. Las conductas alimentarias de un niño pueden provocar fuertes reacciones emocionales en los padres. El niño aprende que comer o no comer es su única fuente de poder, la única forma de expresar sus emociones.

El comer también puede desempeñar un papel importante en otros tipos de interacciones paterno-filiales. Un patrón muy común es utilizar la comida como recompensa. Por lo tanto la comida como recompensa puede contribuir al comer emocional de dos maneras: aparejar la comida al amor y que la comida se convierta en un sustituto de éstos.

Algunos alimentos poseen significados que obtienen respuestas emocionales, que a su vez pueden hacer que emerja el comer emocional.

De acuerdo al DSM-IV menciona que las depresiones afectan el modo de comer, ya que se incluyen cambios del apetito o del peso en casi todos los trastornos depresivos. La pérdida significativa de peso o el engordar es un criterio para el diagnóstico de una depresión mayor.

La comida y las emociones están estrechamente unidas, tanto que alimento y afecto significan muchas veces lo mismo. El comer y los modos de hacerlo constituyen un hábito básico que se forma cuando los niños son muy pequeños. Por lo general estos modos quedan establecidos para el resto de la vida y así vemos como muchos de los trastornos alimentarios de los jóvenes y adolescentes se remontan a la primera infancia.

Schachter y Rodin en 1974 elaboraron la teoría emocional de la obesidad. Esta teoría dice que los obesos responden a emociones como la ansiedad, el miedo, el aburrimiento y la depresión. De esta manera las emociones juegan un papel importante en la mayoría de los casos. (Citado en Ogden, 2005).

De acuerdo a Hassink (2009), la obesidad infantil está íntimamente relacionada con su mundo emocional. Los niños obesos son insultados, reciben apodosos, pueden ser sujetos de burlas o intimidaciones. Un niño con sobrepeso u obesidad siente que no encaja ni pertenece a ningún sitio, puede verse como diferente o marginado. A menudo se sentirá solo ocasionando sentimientos de tristeza y depresión.

En 1997, se realizó en México una investigación con un grupo de niños obesos y sus madres, utilizando un enfoque multidisciplinario, aplicando cuestionarios sobre el desarrollo físico y emocional del niño, así como sus relaciones familiares encontrando que el 30% de los niños presentaban complicaciones de tipo psicológico relacionados con baja autoestima, sentimientos de inferioridad, autoimagen distorsionada, ansiedad y depresión, las cuales interferían con sus relaciones interpersonales y en el funcionamiento escolar (Villegas, 2003).

A finales de los años noventa se llevó a cabo un estudio para determinar en qué medida la autoimagen interviene en el tratamiento de los individuos con obesidad, por ello se aplicó el inventario de trastornos de alimentación mediante la escala de insatisfacción de la propia imagen corporal, obteniendo como resultado una puntuación superior a lo esperado, por otro lado se encontró una incidencia elevada de trastornos límite de la personalidad en los individuos obesos, situación que incrementa la asociación entre obesidad y depresión (García, et al, 2010).

Ríos (2002), menciona que existe una relación entre la autoestima, ansiedad y depresión en niños obesos de 10 a 15 años de edad.

Los niños obesos caen en depresión tras comprobar que su problema de sobrepeso es una enorme fuente de problemas añadidos y pierden la esperanza de encontrar una solución. Duermen mal, pierden el interés por las actividades que antes adoraban, tienen episodios de irritabilidad y bajo estado de ánimo (citado en Casademunt, 2005).

### **2.3.1 CONSECUENCIAS MÉDICAS**

De acuerdo a Hassink (2009), la obesidad infantil tiene como consecuencia las siguientes enfermedades crónicas:

- Enfermedades cardiovasculares
- Hipertensión arterial sistémica (HTAS)
- Niveles anormales de lípidos
- Síndrome metabólico
- Diabetes tipo 2
- Problemas respiratorios (apnea del sueño)
- Problemas en la piel (Infecciones cutáneas sobre todo en áreas de pliegues, además de presentar estrías o celulitis)
- Problemas ortopédicos o de movilidad (dolor en rodillas, espalda y cadera)
- Trastornos hepáticos
- Cálculos biliares
- Pancreatitis
- Maduración sexual anticipada (afecta el proceso de crecimiento, las mujeres tienen más riesgo de sufrir el síndrome de ovario poliquísticos y en hombres favorece la ginecomastia, la cual se refiere al desarrollo de mamas)
- Cefaleas con alteraciones visuales
- Caries
- Aumenta las posibilidades de padecer cáncer (la obesidad aumenta el riesgo a sufrir cáncer de mama, colon, riñón, esófago y útero).

### 2.3.2 CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Los problemas psicológicos o consecuencias psicológicas a los que se enfrenta un niño obeso son diversas, tales como:

- *Baja autoestima*: debido a una inseguridad; ya que desconfían de sus facultades, habilidades, necesitan la aprobación de los demás, no pueden tomar decisiones por sí mismos, lo cual ocasiona sentimientos negativos de inferioridad, suelen ser tímidos, por lo que se les dificulta establecer relaciones interpersonales (Vizcarra, 2010).

- *Bajo autoconcepto*: la percepción que tiene de sí mismo, incluyendo sus ideas y sentimientos son inconsistentes e imprecisos y confusos (Coon, D., 1999).

- *Depresión*: Los niños obesos son insultados, reciben apodos, pueden ser sujetos de burlas, intimidaciones u otras conductas hirientes ocasionando una visión negativa de sí mismos (Hassink, 2009).

- *Ansiedad*: los niños obesos tienen una sensación displacentera, acompañada de molestias físicas como opresión, taquicardias y sudoración común mente tienen una preocupación excesiva infundada acerca de numerosas cosas. El tratamiento más efectivo para trabajar la ansiedad es la terapia cognitiva conductual, ya que se trabaja con las creencias equivocadas del paciente y también se proporciona un sentido de control respecto a sus niveles de ansiedad (Ríos, 2002).

- *Estrés*: la obesidad se relaciona con eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores (Bravo Del toro, et al. 2011).

*-Interacción con los demás:* la obesidad es un factor que interviene en la funcionalidad emocional del individuo determinante para su interacción con el medio, la realización personal y el estado de ánimo también se ve afectado. Tienden a ser menos responsables con sus tareas, de su apariencia física, hábitos, conductas alimentarias y por lo tanto de su salud (Bravo Del toro, et al. 2011).

### **2.3.3 TRATAMIENTO**

El tratamiento que debe ser utilizado en la obesidad infantil es: la prevención, dieta, actividad física y psicoterapia.

- *Prevención:* es una estrategia prioritaria de salud pública que debe comenzar desde la infancia y que requiere la participación activa y comprometida de los pediatras de atención primaria junto con otros sectores de salud. Cuanto más temprano sea su inicio, los beneficios a corto, medio y largo plazo serán más importantes, manifiestos y duraderos. De esta manera el mejor tratamiento de la obesidad es su prevención desde la primera infancia (Fernández, 2005).

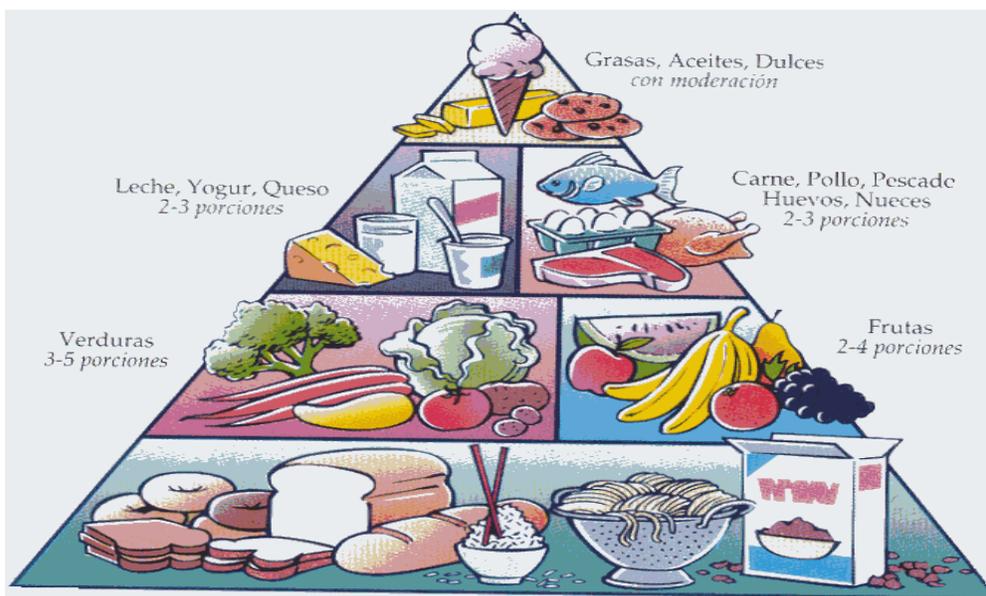
- *Dieta:* siempre se ha considerado que el tratamiento de la obesidad no es fácil y la mayoría de veces conduce al fracaso; esto es cierto si pensamos en el tratamiento de la obesidad infantil, ya que es difícil erradicar los hábitos erróneos nutricionales de la vida del niño y de su familia, sobre todo en estas épocas en que ambos progenitores trabajan y el niño muchas veces es el autor de sus propias dietas.

En estudios realizados en adultos obesos, se ha demostrado la resistencia progresiva a perder peso cuando realiza regímenes dietéticos restrictivos y la facilidad posterior para recuperarlo.

La dieta constituye la piedra angular para el tratamiento de los niños obesos y debe proporcionar todos los nutrientes necesarios para cubrir las necesidades de crecimiento.

El tratamiento no ha de ser dirigido al niño solamente, sino también a la familia. Esto es fundamental, ya que el origen de la obesidad se debe muchas veces a unos malos hábitos nutricionales de la familia que condicionan el desarrollo de la obesidad. Debe realizarse un régimen de comidas variado, apetecible, fácilmente realizable y adaptable, incluyendo frutas y verduras. Deben rechazarse las dietas prefabricadas y procurar que en lo posible, sean adaptadas a las necesidades del niño, según sexo, edad, peso, talla y actividad (Fernández, 2005).

### Pirámide alimentaria



Los alimentos de la parte baja son la base, es decir, los que hay que consumir con mayor frecuencia en busca de una alimentación equilibrada; y a medida que vamos subiendo escalones de la pirámide, reducir el consumo (citado en Casademunt, 2005).

### **Recomendaciones para disminuir la obesidad**

- Lograr un equilibrio y un peso normal
- Reducir la ingesta de calorías
- Masticar bien los alimentos
- Aumentar el consumo de frutas y verduras
- Reducir la ingesta de azúcares
- Aumentar la actividad física
- Cenar ligero

### **Recomendaciones para planificar un plan de comidas**

- Frecuencia de comidas; lo ideal son 5 comidas al día
- Tiempo/horario; no deben pasar más de 4-6 horas entre las comidas
- La duración de las comidas debe ser entre 15 y 30 min
- Comer sin ver la televisión
- Buscar variedad, combinación de: proteínas, fruta, grasa, lácteos, vegetales u acompañantes.
- Ingerir agua en lugar de refresco, ya que los edulcorantes pueden estimular el apetito (Ogden, 2005).

## Tamaño de las porciones y raciones para niños

Para Hassink (2009), explica en la siguiente tabla las porciones y raciones que deben consumir los niños de acuerdo a su edad, ya que un niño de 5 años no necesita la misma porción de uno de 15 años.

Alimentación	De 2 a 3 años		De 4 a 6 años		De 7 a 12 años		Comentarios
	Tamaño de la porción	Raciones	Tamaño de la porción	Raciones	Tamaño de la porción	Raciones	
Leche y productos lácteos	½taza (114 gramos)	4-5 Total 454-567 gramos	½ taza (114-170 gramos)	3-4 Total 680-907 gramos	½-1 taza (114-226 gramos)	3-4 Total 680-907 gramos	Las siguientes porciones pueden sustituir a media taza de leche líquida: 15-22 gramos de queso; ½taza de yogurt, 2½ cucharadas de leche seca no grasa.
Carne, pescado, pollo o equivalente	30-60 gramos	Total 60-114 gramos	30-60 gramos	2 Total 60-114 gramos	60 gramos	3-4 Total 170-226 gramos	Las siguientes porciones pueden sustituir a 30 gramos de carne, pescado o pollo: 1 huevo, 2 cucharadas de mantequilla de cacahuete, 4-5 cucharadas de legumbres cocinadas.
Verduras y frutas cocinadas y crudas	2-3 cucharada y pocas piezas	4-5	3-4 cucharada pocas piezas	4-5	¼-½ taza varias piezas	3-4	Incluye una verdura verde de hojas o amarilla para vitamina A, como zanahorias, espinacas, brócoli, calabaza de invierno o verduras verdes.
Fruta cruda enlatada o en jugo	½-1 pieza pequeña 2-4 cucharadas 90-114 gramos		½-1 pieza pequeña 4-6 cucharada 114 gramos		1 mediana ¼-½ taza 114 gramos		Incluye fruta, verdura o jugo ricos en vitamina c, como jugos de cítricos, naranja, uvas, fresas, melón, tomate o brócoli.

- *Ejercicio físico*: el incremento de la actividad física es fundamental para lograr un mayor consumo energético y contrarrestar de esta forma fisiológica el ahorro energético. EL ejercicio físico debe ser programado y realizado regularmente.

Es importante que el niño elija un ejercicio que le guste, aunque *a priori* no consiga un mayor gasto energético, puesto que es importante que no lo abandone al poco tiempo. Además, debe aconsejarse que camine y suba escaleras, puesto que de todas las actividades físicas habituales, es la que conlleva mayor gasto energético. Estimular la realización de paseos diarios, ya que es un buen ejercicio en aquellos niños sin hábito deportivo.

No debe recomendarse ejercicios de competitividad en aquellos niños que no estén entrenados, puesto que aumentaría su sensación de rechazo y de baja autoestima. El incremento de la actividad debe darse en forma progresiva (Fernández, 2005).

### La pirámide de actividades de los niños



La pirámide se basa en los lineamientos desarrollados por los centros para el control y la prevención de enfermedades y el American Collage de Medicina del Deporte el cual ha sido adoptado por muchas organizaciones de salud y universidades. Es una manera visualmente atractiva de enseñar a los niños la importancia de una dieta balanceada de actividad física y formas de hacer de la actividad parte de su vida (citado en Hassink, 2009).

La actividad física moderada o intensa reduce el riesgo de cardiopatías coronarias, hipertensión arterial, cáncer de colon, diabetes mellitus no-insulino dependiente y la obesidad. Por lo contrario, el sedentarismo es uno de los principales factores que contribuyen al aumento de la obesidad en niños y adolescentes (Ortiz & Ramos, 2008).

Para el IMSS el ejercicio más efectivo para reducir la grasa corporal es el nadar, caminar, bailar, correr y andar en bicicleta; ya que favorecen a las contracciones del corazón y se liberan endorfinas que producen sensación de bienestar, también favorece el funcionamiento intestinal y disminuye el estrés y la ansiedad.

- *Psicoterapia*: Como se ha mencionado anteriormente, la obesidad es una enfermedad crónica en la cual intervienen factores endógenos y exógenos los cuales afectan la salud física y emocional, motivo por el cual es importante recibir atención médica y psicológica. El modelo más útil para este padecimiento es el cognitivo conductual (TCC) del cual se tiene una gran aceptación para el tratamiento de diferentes desordenes psicológicos debido a su gran efectividad y a la permanencia de los cambios obtenidos mediante sus procedimientos clínicos. Un factor vinculado con esta aceptación ha sido el que la TCC se fundamenta en teorías científicas y sus tratamientos han sido validados empíricamente, razón por la cual la OMS ha recomendado su empleo (Carrascoza, C., 2008).

De esta manera el tratamiento psicológico más utilizado para los trastornos alimenticios es la terapia cognitivo conductual; ya que modifica pensamientos distorsionados de sí mismo, al mismo tiempo que se trabaja con la conducta del individuo. Stuart en 1967 fue el primero en estudiar la eficacia del tratamiento conductual en la obesidad obteniendo resultados sorprendentes (Chinchilla, 2003).

La terapia cognitivo conductual se concentra en la relación existente entre las cogniciones (lo que pensamos), los afectos (lo que sentimos) y las conductas (lo que hacemos). Por lo que, la terapia cognitivo conductual constituye una intervención terapéutica prometedora y eficaz para el tratamiento de los trastornos de alimentación, así como para el tratamiento de los trastornos por ansiedad y trastornos depresivos entre otros (Stallard, 2007).

## CAPÍTULO 3

### TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

---

#### 3.1 TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (citado en Friedberg & Mc Clure, 2005).

De acuerdo a Schaefer (2005), la terapia cognitiva sostiene que las experiencias emocionales de un individuo están determinadas por cogniciones que se han desarrollado, en parte, a partir de las experiencias tempranas de la vida. En los últimos cuarenta años la terapia cognitiva se ha aplicado cada vez más a poblaciones, entre las que se hallan poblaciones psiquiátricas, como serían individuos que padecen depresión, ansiedad, y otros trastornos de personalidad.

La terapia cognitiva conductual es una técnica de intervención psicológica, en la que cada aproximación teórica ha desarrollado un conjunto de técnicas especializadas para resolver la problemática de los pacientes (Vargas, 2002).

Coon, D., (1999), mencionó que la terapia cognitiva ayuda a los pacientes a cambiar los patrones del pensamiento que conducen a emociones o comportamientos problemáticos.

La terapia cognitiva ha sido efectiva en especial para tratar la depresión. Aaron Beck cree que pensamientos negativos, contraproducentes, son el fundamento de la depresión. Según Beck, las personas deprimidas se ven a sí mismas, al mundo y al futuro en forma negativa. Beck cree que esto ocurre debido a varias distorsiones importantes en el pensamiento.

La primera es una percepción selectiva que es la percepción únicamente de ciertos estímulos en conjunto más grande. Si suceden 5 cosas buenas durante el día y tres malas, la persona deprimida se centrara solo en lo malo.

Un segundo error del pensamiento, que subyace en la depresión es la Sobregeneralización, la tendencia a aplicar un evento preocupante a situaciones que no están relacionadas.

Un ejemplo sería considerarse a sí mismo un fracaso total, o alguien completamente inútil. Para completar el panorama, Beck dice que las personas tienden a magnificar la importancia de hechos indeseables y se empeñan en un pensamiento del todo o nada, viendo cada evento como completamente bueno o malo, correcto o incorrecto, un éxito o un fracaso (citado en Coon, D., 1999).

De acuerdo con Beck, et., al., (2008), la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc. Se basan en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias, cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- 1.-Controlar los pensamientos o cogniciones negativos
- 2.-Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- 3.-Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- 4.-Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- 5.-Aprender a identificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias

### 3.1.1 ANTECEDENTES

De acuerdo a Beck et al. (2008), los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Epicteto escribió “los Hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”. Del mismo modo que el Estoicismo, las filosofías orientales, como el Taoísmo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio de las ideas. Freud en 1900/1953 expuso inicialmente la idea que los sentimientos y los efectos se basan en ideas inconscientes. La psicología individual de Alfred Adler indico la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes. Para Adler la terapia consistía en intentar explicar como la persona percibe la experiencia del mundo. Adler afirmaba: no sufrimos por el choque de nuestras experiencias el llamado trauma, sino inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos.

Estamos autodeterminados por el significado que damos a nuestras experiencias y probablemente siempre hay implicada cierta parte de error, cuando tomamos determinadas experiencias como base para nuestra futura vida. Los significados no están determinados por las situaciones sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos a las situaciones. Algunos otros autores mencionan a las experiencias subjetivas conscientes que surgen de los trabajos de Kant, Heidegger y Husserl. Este movimiento fenomenológico ha contribuido toda psicología moderna. Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente. Bowers en 1973 defendido un modelo interactivo (características del sujeto y características del ambiente), en contra del “situacionismo” de los enfoques conductistas clásicos.

El énfasis creciente de terapeutas americanos ha expuesto con mayor especificidad como el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly en 1955 desarrollo la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. La terapia del rol fijo, el paciente asume un papel basado en supuestos acerca del mundo o de sí mismos que no son congruentes con sus verdaderas creencias. Kelly se refiere a estos supuestos o creencias subyacentes con la denominación “constructos personales”.

Más recientemente Berne en 1961 a 1964 y Frank en 1961 conceptualizaron las terapias encaminadas a modificar la experiencia consciente o las cogniciones del paciente. Ellis en 1957, 1962, 1971, 1973 impulso el desarrollo de las terapias cognitivo conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de la creencia interviniente (CR). El objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome consciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de estas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar estas creencias irracionales. Por su parte Naultsby en 1975 ha subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome consciencia de estas creencias y para modificarla citado en (Beck, et., al, 2008).

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual Mahoney, 1974, Meichenbaun, 1977, Goldfried, 1976, Kazdin y Wilson, 1978 han proporcionado una base teórica más firme sobre la cual continuar trabajando en esta área citado en (Beck, et, al, 2008).

La terapia cognitiva de la depresión incluye varias técnicas interrelacionadas en base a la experiencia clínica con pacientes depresivos. En 1976 Beck menciona que las técnicas concretas se aplican dentro del marco de una teoría psicológica de la depresión.

### 3.1.2 MODELO COGNITIVO DE LA DEPRESIÓN

Este modelo ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales por Beck en los años 1963,1965 y 1967. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión los cuales son: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas y (3) los errores cognitivos (citado en Beck et, al, 2008).

#### 1.- La triada cognitiva

La triada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos que se identifican en los pacientes deprimidos estos son: visión negativa acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. (Beck, et., al, 2008).

- *Visión negativa acerca de sí mismo:* El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables o un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas el paciente cree que a causa de estos defectos es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad.

- *Visión negativa del mundo:* Le parece que el mundo le hace demandas exageradas o le presentan obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye en el paciente las situaciones en una dirección negativa, aún cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas, si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido puede llegar a darse cuenta de que esta tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se habían formado de antemano.

- *Visión negativa del futuro:* El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona hace proyectos de gran alcance está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado reaccionara con el mismo efecto negativo (tristeza y enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación. También puede explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene probada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerante. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido el mismo si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobre estima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo, así tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro puede producir una “inhibición psicomotriz”.

## **2.- Los esquemas**

### **Organización estructural del pensamiento depresivo**

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas citado en (Beck, et., al, 2008). Este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existan factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos el individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación.

Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de manera diferente, una persona determinada tiende hacer consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia. El esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, así un esquema constituye la base para localizar diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los esquemas acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la instrucción de los esquemas idiosincráticos activos.

A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

Las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava su pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes producen distorsiones de la realidad y consecuente mente, errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, ese se ve cada vez más incapacitado para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas.

En los estados depresivos más graves el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas recuerdos). En tales casos, inferimos que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

### **3.- Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)**

#### **Errores en el pensamiento de la información**

De acuerdo a Beck et., al (2008). Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

1.- *Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta)*: se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2.- *Abstracción selectiva (relativo al estímulo)*: consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3.- *Generalización excesiva (relativo a la respuesta)*: se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4.- *Maximación y minimización (relativo a la respuesta)*: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre constituyen una distorsión.

5.- *Personalización (relativo a la respuesta)*: se refiere a la tendencia y facilidad del individuo para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6.- *Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta)*: se refiere a la categorización de la experiencia en categorías opuestas, situándose el niño en polo negativo. Esta pauta absolutista se denomina también pensamiento del todo o nada.

Una manera de abordar el desorden de pensamientos presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos (primitivos) de organizar la realidad vs modos (maduros).

Parce claro que las personas depresivas tiendan a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, etc. La respuesta emocional, por lo tanto, tiende a ser negativa y extrema.

En contra posición este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. El pensamiento primitivo, la complejidad, la variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humana se reducen a unas pocas categorías.

Pensamiento “Primitivo”	Pensamiento “Maduro”
1.-No dimensionar y global: soy un miedoso.	Multidimensional: Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.
2.-Absolutista y moralista: soy un despreciable cobarde.	Relativo, no emite juicios de valor: soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.
3.-Invariable: siempre fui y siempre seré un cobarde	Variable: mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
4.-Diagnostico basado en el carácter: hay algo extraño en mi carácter.	Diagnostico conductual: evita en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.
5.-Irreversibilidad: como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se puede hacer con mi problema	Reversibilidad: puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos

De acuerdo a Friedberg y Mc Clure (2005), la terapia cognitiva con niños suele basarse en un enfoque de experiencias, centrado en el aquí y ahora. Como los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Conectar habilidades de afrontamiento a acciones concretas suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada. A través de esta terapia los niños pueden identificar y expresar, emociones y pensamientos.

### **3.1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL**

Stallard (2007), menciona siete características:

- 1- Se sustenta en una determinada teoría
- 2- Se basa en un modelo de colaboración activa
- 3- Es breve y tiene un plazo previamente determinado
- 4- Es objetiva y estructurada
- 5- Se centra en los problemas actuales
- 6- Fomenta el autodescubrimiento y la experimentación
- 7- Es un modelo basado en la adquisición de nuevas habilidades

### **3.1.4 OBJETIVO DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

El objetivo general de esta terapia es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo y mejorar el autocontrol en base a desarrollar habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. De esta manera el proceso ayuda al niño a desplazarse de un ciclo disfuncional a otro ciclo más funcional (citado en Stallard, 2007).

## **3.2 TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES**

Existen diferentes técnicas más sin embargo Ellis en 1962-1979, clasifico las intervenciones cognitivo conductuales en dos técnicas, citado en (Friedberg & Mc Clure, 2005).

*1- Las técnicas no elegantes:* se centran en cambiar el contenido del pensamiento a través de intervenciones basadas en las autoinstrucciones. Estas estrategias suelen ser más útiles en las primeras etapas del tratamiento y suelen funcionar bien con individuos que presentan un malestar muy intenso o están en plena crisis.

2- *Las técnicas elegantes*: recurren a procesos sofisticados de razonamiento para modificar el contenido, el proceso y la estructura de los pensamientos a través de un análisis racional más profundo. Estas estrategias dan mejores resultados con los niños cuando tienen más capacidad verbal y mayor capacidad para adquirir y aplicar habilidades abstractas. Estas estrategias también requieren de un proceso cognitivo-emocional más esforzado, por lo que no deberían aplicarse en situaciones de crisis o malestar emocional intenso sin embargo, los procedimientos elegantes facilitan más la generalización, ya que se centran en cambiar el proceso de pensamiento, aunque también intenten modificar su contenido (Friedberg & Mc Clure, 2005).

### **3.2.1 TÉCNICAS PARA TRABAJAR LA DEPRESIÓN INFANTIL**

De acuerdo a Friedberg & Mc Clure (2005). La mayoría de los pacientes depresivos requieren una combinación de técnicas conductuales y cognitivas, a continuación se mencionan algunas de ellas:

*-Programación de actividades agradables*: sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas.

*-Entrenamiento en relajación*: es una técnica conductual que puede aplicarse a problemas de ansiedad y del control de la ira.

*-Desensibilización sistemática*: es un proceso de contracondicionamiento el cual se utiliza para reducir los miedos y la ansiedad. Esta técnica consiste en emparejar estímulos que generan ansiedad con un agente que produce un contracondicionamiento (que suele ser la relajación). uno de los procesos de esta técnica es establecer una jerarquía de ansiedad.

*-Entrenamiento en habilidades sociales:* La técnica que se emplea en este entrenamiento es el role playing. Los niños aprenden hacer amigos, a controlar su agresividad, a soportar las burlas de los demás y recibir cumplidos o a pedir ayuda.

*-Entrenamiento en resolución de problemas:* los niños adquieren habilidades de resolución de problemas en situaciones interpersonales y aprender a desarrollar toda una serie de formas alternativas de pensar, sentir y actuar.

*-Automonitorización:* esta técnica es útil al niño, ya que le ayuda a identificar pensamientos y emociones.

*-Reatribución:* es útil cuando los niños se sienten responsables de acontecimientos que no dependen completamente de ellos y aplican etiquetas generales o extraen generalizaciones incorrectas a partir de situaciones que no son equivalentes

*-Comprobación de hipótesis:* esta técnica anima a los niños a evaluar los hechos que apoyan sus creencias y los hechos que las cuestionan, así como buscar evidencias que contradigan dichas creencias.

**CAPÍTULO 4 PROPUESTA:**  
**TALLER: “SENSIBILIZANDO A LA POBLACIÓN INFANTIL QUE PADECE DEPRESIÓN Y OBESIDAD PARA MODIFICAR PENSAMIENTOS DISTORCIONADOS Y CONDUCTAS DE ANSIEDAD DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL”.**

---

## **JUSTIFICACIÓN**

La depresión infantil (DI) en México es del 34% de la población, menor a 15 años, la mayor incidencia se presenta en el género masculino entre los 6 a 10 años, predominando el episodio depresivo leve. Aproximadamente un 5% (uno de cada 20 niños) tendrá un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años. La depresión es la principal causa de suicidio en todas las edades. y se estima que para el 2020 ocupara el segundo lugar como uno de los trastornos incapacitantes para todas las edades.

Por otro lado la obesidad infantil se extiende a un ritmo acelerado, no solo en países industrializados si no también en los países en desarrollo. Según las cifras más recientes México ocupa el primer lugar en obesidad infantil y el segundo en obesidad adulta. La Secretaria de Salud Pública dio a conocer que existen 4.5 millones de niños entre 5 y 12 años de edad que padecen obesidad.

La obesidad se ha convertido en un problema de salud pública que requiere atención médica y psicológica oportuna e inmediata, debido a que esta enfermedad crónica desencadena hipertensión, diabetes tipo 2 y trastornos cardiovasculares entre otros. Los trastornos psicológicos importantes que padecen los niños obesos son: la depresión, ansiedad, baja autoestima y bajo auto concepto.

La mayoría de los niños obesos sienten vergüenza de su condición física, debido a burlas y críticas que se hacen hacia su persona. Estas consecuencias psicológicas van mermando la capacidad para tomar decisiones asertivas, solucionar problemas y establecer relaciones interpersonales, ya que los pensamientos que se tienen de sí mismos son negativos.

Por esta razón se tiene el interés de trabajar con la población infantil a través de un taller llamado “sensibilizando a la población infantil que padece depresión y obesidad” el cual tiene como objetivos generales modificar pensamientos distorsionados que afectan el estado de ánimo y modificar conductas de ansiedad las cuales generan una sobrealimentación a los participantes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Sensibilizar a los niños para modificar sus pensamientos distorsionados que afectan su estado de ánimo, así como conductas de ansiedad para modificar su alimentación.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Dar información sobre depresión y obesidad infantil
- Reconocimiento y expresión de sentimientos
- Identificar pensamientos distorsionados
- Modificar la ansiedad
- Modificar la depresión
- Solución de conflictos
- Habilidades de socialización
- Cierre/despida

**POBLACIÓN:** Niños de 8 a 10 años de edad, que cursen la educación primaria.

**NUMERO DE PARTICIPANTES:** mínimo de 10 y máximo de 20 participantes.

**DURACIÓN DEL TALLER:** 8 sesiones de 2 horas diarias c/u, durante una semana. Con un total de 16 horas.

**ESCENARIO:**

Macro: escuela de educación primaria

Micro: un salón de clases amplio con iluminación y ventilación adecuada

Mobiliario: 20 butacas, 1 silla y 1 mesa para colocar el material.

Equipo necesario: computadora y proyector de imágenes

**MATERIAL:** hojas blancas, hojas de color, crayolas, plumones, colores, pinceles, papel ilustración, pintura acrílica, resistol, diamantina, papel adherible, papel craft, papel bond, 20 cuestionarios para hacer evaluación previa y 20 cuestionarios para hacer evaluación posterior del taller.

## CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN No. 1				
OBJETIVO: Dar información sobre depresión y obesidad infantil				
DINÁMICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Bienvenida y encuadre	<p>-Presentación del facilitador</p> <p>-Establecer las reglas del taller</p> <p>-Evaluar el conocimiento previo de los participantes</p>	<p>El facilitador se presentara con el grupo de participantes, mencionara los temas que se trabajaran durante el taller, establecerá las reglas que se llevaran a cabo dentro del salón como son el respeto, puntualidad, etc.</p> <p>Posteriormente el facilitador repartirá un cuestionario y tendrán 10 minutos para contestarlo.</p>	Cuestionario	20 min
Técnica de presentación: "Las iniciales"	Conocer y recordar los nombres de cada participante, así como integrar al grupo.	Estando el grupo sentado, el facilitador explicara la dinámica del juego y se pone como ejemplo: yo me llamo Héctor y soy Honesto "H" es la inicial del nombre y con ella se construye una cualidad, así todos los demás participantes dirán su nombre y su cualidad. Posteriormente el facilitador pedirá que cada uno realice su gafete y lo decore a su gusto.	Papel adherible, colores, plumones, diamantina, resistol y tijeras	15 min
Exposición: "depresión y obesidad infantil"	Dar información acerca de las consecuencias psicológicas que ocasiona la depresión y obesidad.	<p>El facilitador expondrá el tema apoyándose en una presentación en power point.</p> <p>-Definición</p> <p>-Causas</p> <p>-Síntomas</p> <p>-Alimentación saludable</p> <p>-Ejercicio físico</p> <p>-Consecuencias psicológicas</p>	Computadora y proyector de imágenes	35 min
Técnica: "Autorretrato"	Conocer la imagen que se tienen de sí mismos	Se reparte a cada participante una hoja y crayolas. Se les explica que harán un autorretrato. La manera en cómo se va a llevar a cabo será a través del contacto de sus manos con su cara, van dibujando lo que van tocando.	Hojas y crayolas	30 min
Retroalimentación	Reflexionar sobre su autoconocimiento y la imagen que se tienen de sí mismos.	Los participantes mostraran su autorretrato y expresaran su sentir y lo que piensan de ese autorretrato.		20 min

**SESIÓN No. 2**

**OBJETIVO:** Reconocimiento y expresión de sentimientos

DINÁMICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Exposición: "como nos sentimos"	Informar a los participantes acerca de los sentimientos para que ellos posteriormente reconozcan y los expresen.	El facilitador expondrá el tema, apoyándose con una presentación de power point.  -que es lo que sentimos  -lo que sentimos y pensamos  -lo que sentimos y lo que hacemos	Computadora, proyector de imágenes	30 min
Técnica: "Sopa de letras de busca sentimientos"	Incrementar la conciencia respecto de los diferentes sentimientos y describir las emociones desagradables más frecuentes.	El facilitador proporcionara a los participantes una hoja impresa de diferentes sentimientos a través de la sopa de letras de busca sentimientos. El facilitador dará la instrucción de que busquen y encierren los sentimientos encontrados con un marcador del color que más les guste. Una vez que el niño ha encontrado los diferentes sentimientos en la sopa de letras, el facilitador le pide que le diga cuales de esas emociones son las que él siente con frecuencia.	Hoja impresa de sopa de letras, marcadores de colores.	20 min
Técnica: "Matea"	Los participantes reconocerán e identificarán sus sentimientos	El facilitador preguntara a los participantes ¿Qué es un sentimiento? Una vez identificados preguntar ¿Qué es lo que los hace sentir así, cuando o quien los hace sentir de esa manera? posteriormente el facilitador pedirá que elijan un color para cada sentimiento identificado. Una vez seleccionados los colores para cada sentimiento, se le proporciona una hoja blanca donde la instrucción será: imagina que la hoja es tu vida ¿Qué colores le pondrías de los que acabas de escoger y cuanto color le darías? Al final de la técnica dar retroalimentación.	Hojas blancas y lápices de colores	30min
Técnica: "Pensamientos y sentimientos"	Que los participantes identifiquen cuales son los pensamientos que los hacen sentir bien y cuales los hacen sentir mal.	El facilitador pedirá a los participantes que tomen una hoja y la dividan a la mitad, en un lado escriban 5 pensamientos que lo hacen sentir bien y del otro lado escriban 5 pensamientos que los hacen sentir mal. Posteriormente se les pide que identifiquen y dibujen lo que hacen cuando se sienten mal y lo que hacen cuando se sienten bien.	Hojas blancas, marcadores, lápices de colores.	15 min
Retroalimentación	Reflexionar sobre la importancia que tiene expresar los sentimientos, así como canalizarlos adecuadamente	Cada uno de los participantes mencionara como se sintieron al realizar las actividades, que aprendieron y que se llevan de la sesión.		25 min

**SESIÓN No. 3**

**OBJETIVO:** Identificar pensamientos distorsionados

<b>DINÁMICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
Exposición "Pensamientos negativos"	Informar a los participantes acerca de los pensamientos distorsionados o negativos que se tienen de sí mismos.	El facilitador expondrá el tema apoyándose de una presentación en power point.  -¿Qué son los pensamientos negativos?  -¿Qué consecuencias o efectos producen en la persona?	Computadora, proyector de imágenes	20 min
Técnica: "Mis pensamientos candentes"	Trabajar con la triada cognitiva, lo que piensan de sí mismos, lo que hace y lo que piensa de su futuro.	El facilitador pedirá a los participantes que tomen una hoja y la dividan en tres partes iguales. Escribiendo en la parte 1 "Contigo mismo", en la 2 " lo que haces" y la 3 "con tu futuro". En cada uno escribirán 3 pensamientos negativos que hayan tenido con mayor frecuencia.	Hojas	20 min
Técnica: "¿Qué errores de pensamiento son los que cometes"	Los participantes identificarán y detectarán que pensamientos negativos comete y repite con mayor frecuencia.	El facilitador proporcionará un cuestionario a los participantes y pedirá que cada uno conteste el cuestionario de acuerdo a su experiencia. Este cuestionario consta de respuestas de nunca a veces y siempre. Las preguntas son: ¿Con qué frecuencia le quitas importancia a las cosas buenas o positivas que te suceden?, ¿Con qué frecuencia exageras las cosas que te salen mal?, ¿Con qué frecuencia piensas que eres tonto?, ¿Con qué frecuencia te culpas de lo que pasa?	Cuestionario	25 min
Técnica: "Pensamiento oruga a pensamiento mariposa"	Los participantes identificarán una forma de pensar más equilibrada y menos negativa.	El facilitador proporcionará a los participantes una hoja, en la cual anotarán un acontecimiento o un problema que no pueden resolver, posteriormente que escriban que emoción desencadena y que pensamiento negativo aparece y posteriormente que escriban a que pensamiento positivo puede cambiar.	Hoja impresa	25 min
Retroalimentación	Reflexionar sobre los pensamientos negativos que tienen de sí mismos, los cuales se convierten en un círculo vicioso, afectando su estado de ánimo.	El facilitador pedirá a los participantes que expresen lo que sintieron al realizar las técnicas anteriores y lo que aprendieron, así como mencionar lo que se llevan de esta sesión.		30 min.

**SESIÓN No. 4**

**OBJETIVO:** Modificar la ansiedad

<b>DINÁMICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
Exposición: “control de nuestros propios sentimientos”	Dar información a los participantes de lo que significa la ansiedad.	El facilitador dará el tema de ansiedad apoyándose con una presentación en power point.  -¿Qué es la ansiedad? Y la importancia que tiene la relajación.	Computadora y proyector de imágenes	20min
Técnica: ¿Qué sucede cuando me siento ansioso?	Los participantes identificaran que aspecto tiene su rostro, que actitud muestra su cuerpo y que cosas hacen cuando se sienten ansiosos.	El facilitador les comentara a los participantes que les dará un cuestionario el cual deben contestar con toda sinceridad. El cuestionario consta de 4 preguntas las cuales son: ¿Qué cara se te pone cuando estas ansioso o tenso?, ¿Cómo demuestra tu cuerpo que estas ansioso o tenso?, ¿Cómo te comportas cuando estas ansioso o tenso?, ¿con que frecuencia te sientes ansioso o tenso?	Cuestionario	15 min
Técnica: Tensión- relajación	Los niños aprenderán una estrategia para disminuir la ansiedad.	El facilitador le pedirá al niño que se siente en una silla, manteniendo una posición erguida sin cruzar piernas o brazos, las manos deben estar sobre los músculos. Esta técnica consiste en tensar y relajar alternativamente los músculos del cuerpo. El cuerpo debe estar relajado. Posteriormente el facilitador le pedirá que tense cada musculo de su cuerpo que el vaya indicando, por ejemplo cara, cuello y espalda, piernas etc, para luego relajarlo.		30 min
Técnica: “Las vías de mis miedos”	Los participantes aprenderán a reconocer la relación existente entre situaciones, pensamientos, emociones y acciones.	Se le pide al niño que dibuje un tren y dibuje unas vías en las cuales debe haber seis estaciones las cuales llevan el nombre de: estación quien, estación de la mente, estación donde, estación de la acción, estación del cuerpo y estación de la emoción. Cuando dibuje cada una de las estaciones se le pregunta de sus miedos. Ejemplo, en la estación quien se pregunta ¿Quién está ahí cuando tienes miedo?, etc.	Papel bond, colores y plumones	25 min
Técnica: “Relajación sin tensión”	Los niños aprenderán otra estrategia para cambiar de un estado de ansiedad a uno de tranquilidad	Se le pide al niño que realice tres respiraciones profundas y lentas, se le pedirá que imagine que su estomago es un globo, que lo infle y que mantenga el aire por unos segundos y luego sacar el aire lentamente, posteriormente decirle que suelte los músculos que el terapeuta nombre, al mismo tiempo que respira lentamente. Observar el estado de relajación, al tiempo que continúa realizando respiraciones lentas. Al final realizar una retroalimentación.		30 min.

**SESIÓN No. 5**

**OBJETIVO:** Modificar la depresión

<b>DINÁMICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
Técnica: "La silla del aprecio"	Expresar sentimientos positivos, estimular el sentimiento de aceptación en el grupo y favorecer la valoración de la propia persona.	El facilitador colocara una silla en el centro del salón y pedirá que se siente uno de los participantes, le vendara los ojos y todos los demás participantes en un post-it anotan una cualidad que perciben de su compañero, se le pide que pasen a pegarle el post-it en el cuerpo. Una vez que todos han pasado con su compañero se le quita a él la venda de los ojos y se le leen en voz alta las cualidades que sus compañeros observan de él. Hacer la dinámica con cada participante.	Post-it, plumones, crayones, venda para cubrir los ojos.	20 min
Técnica: "La silueta"	Que los participantes aprendan a respetarse y aceptarse como son.	El facilitador pedirá a los participantes que formen parejas y que se acueste uno de ellos sobre el pliego de papel, el cual se encuentra en el piso. Posteriormente su compañero de equipo trazara su cuerpo con un marcador. (El ejercicio lo realizaran los dos participantes de la misma manera). Pedirles que vean su cuerpo trazado y preguntar ¿Qué fue lo que sintió c/u cuando lo estaban marcando? ¿Qué fue lo que sintió frente al cuerpo trazado?, ¿le cambiarías algo a ese cuerpo? ¿Qué prenda te gustaría ponerle a ese cuerpo? Y para cerrar la dinámica pedirles que escriba lo que le gustaría decirle a ese cuerpo.	Papel craft Marcadores de colores	25 min
Técnica: " La estrella"	Que los participantes reconozcan sus habilidades y cualidades.	El facilitador pedirá a los participantes que dibujen una estrella en una hoja del color que más les guste, esta debe estar al mismo tamaño de la hoja. Una vez que la dibujaron se les pide que en cada pico escriban sus habilidades y cualidades y la adornen con diamantina y lentejuelas, ya que esa estrella son ellos.	Hojas de colores, plumones de colores, lentejuelas, diamantina de colores, lápiz adhesivo.	25 min
Técnica: "El regalo más bello"	Aumentar su y autoestima autoconcepto.	El facilitador pondrá en el centro del salón la caja de regalo la cual esta forrada de espejos por dentro y les dirá a los participantes que les va a dar a cada uno de ellos un regalo muy bello y especial, pedirá que cada uno baya pasando en silencio y busque en la caja su regalo sin decirles nada a sus compañeros, posteriormente regresara a sentarse en su lugar.	Caja grande de regalo y cinco espejos	20 min
Retroalimentación	Reflexionar sobre las la importancia que tiene la autoestima y autoconcepto.	El facilitador pedirá a los participantes que se sienten en círculo y expresen como se sintieron al descubrir que el regalo más bello eran ellos mismos.		30 min

**SESIÓN No. 6**

**OBJETIVO:** Solución de problemas

<b>DINÁMICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
Exposición: "aprender a solucionar los problemas"	Dar información acerca de la solución de problemas, así como estrategias para la resolución de los mismos.	El facilitador expondrá el tema a través de una presentación en power point.  -Definición ¿Qué es un problema?  -¿Por qué a parecen los problemas?  -Identificar posibles soluciones  -Analizar las posibles consecuencias  -Planificar para lograr los objetivos	Computadora, proyector de imágenes	30 min
Técnica: "Párate, planifícate y actúa"	El participante conocerá estrategias que le serán útiles para solucionar problemas.	Esta técnica se basa en un semáforo, para ayudar a planificar como se va abordar el problema. El facilitador pedirá a los participantes que en una hoja dibujen un semáforo el cual pueden colorear y decorar con diamantina. El rojo indica que antes de hacer algo se para o se detiene, identifica ¿Cuál es el problema? en el color ámbar los participantes planifican y piensan en que es lo que quieren hacer o decir se refiere a ¿Cuál es la solución?, el verde actúa ¿Cuándo vas a llevarlo a la práctica?	Hojas blancas, colores, pegamento, diamantina de colores.	20 min
Técnica: "Háblalo contigo mismo"	Aprenderán a solucionar conflictos a través de una persona que les servirá de modelo.	Los participantes le pedirán a uno de sus compañeros que les diga que es lo que hace cuando se enfrenta a un problema o como lo resolvería, una vez que los participantes observaron y escucharon a sus demás compañeros respecto a las soluciones posibles de su problema. Los participantes pensarán en un problema que quieran resolver y escribirán todas las soluciones posibles.	Hojas, colores	20 min
Técnica: "En busca de soluciones"	Los participantes se darán cuenta que existen diferentes alternativas para dar solución a un problema.	En esta técnica los participantes dibujaran su problema y pondrán alrededor de su problema todas las soluciones posibles que se les ocurran para solucionar dicho problema.	Hojas y colores	20 min
Retroalimentación	Los participantes reflexionaran que tienen habilidades para solucionar problemas.	El facilitador pedirá a los participantes que cada uno describa ¿cómo se sintieron al realizar las dinámicas anteriores?, ¿preguntar si les fue fácil o difícil encontrar soluciones?, ¿Qué se llevan de la sesión?		30 min

**SESIÓN No. 7**

**OBJETIVO:** Habilidades de socialización

DINÁMICA	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	MATERIALES	TIEMPO
Exposición: "Comunicación"	Desarrollar habilidades de socialización	El facilitador dará el tema apoyándose con una presentación en power point  -Comunicación verbal  -Comunicación corporal  -Asertividad	Computadora y proyector de imágenes	20 min
Técnica: "Pintura alternativa"	Promover la comunicación verbal y la cooperación entre el grupo.	El facilitador pedirá a los participantes que formen parejas. Las dos personas toman un mismo pincel en la mano, sin soltarlo. Sin hablar van dibujando en el papel hasta conseguir una obra. Se analizarán los pensamientos y sentimientos vividos (cooperación, conflicto, subordinación, etc). Se valorarán los obstáculos y la riqueza de la cooperación.	Papel ilustración, pinceles y pintura acrílica	30 min
Técnica: ¿Un qué?	Favorecer la comunicación verbal, corporal y afecto.	Se pedirá que los participantes se pongan de pie y formen un círculo, la dinámica empieza con el facilitador es (A), diciéndole al de su derecha (B)"esto es un abrazo" y le da un abrazo, (B) pregunta: ¿un qué? Y (A) le responde: "un abrazo" y le vuelve a dar un abrazo. Así sucesivamente se va haciendo la dinámica hasta llegar de nuevo a (A). Simultáneamente el facilitador de su lado izquierdo manda otro mensaje y gesto: "esto es un beso" y se lo da, se sigue la misma dinámica que en el ejemplo anterior hasta llegar a (A).		30 min
Técnica: "Tus comentarios no me lastiman"	Que los participantes encuentren una solución asertiva a los insultos o críticas hacia su persona.	El facilitador (a) pedirá a los participantes que en una hoja escriban ¿que podrían hacer? , ¿Cómo responderían? y ¿Cómo actuarían? si una persona los insulta o los agrede , sin que ellos respondan con agresión y que no se queden con pensamientos o sentimientos negativos.	Hojas y plumones	15 min
Retroalimentación	Expresar su sentir y reflexionar sobre la importancia que tiene la comunicación verbal y corporal.	Cada uno de los participantes expresara como se sintieron al realizar las actividades anteriores como ser abrazados y besados por sus compañeros y que solución encontraron si una persona los insulta o agrede.		25 min

**SESIÓN No. 8**

**OBJETIVO:** Cierre/despedita

<b>DINÁMICA</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>PROCEDIMIENTO</b>	<b>MATERIALES</b>	<b>TIEMPO</b>
Técnica: "La escalera"	Conocer las actividades que les gustaron a los participantes durante el taller, así como conocer su grado de dificultad.	El facilitador dará 5 hojas a cada participante y pedirá que en una de ellas dibujen una escalera y en las otras hojas dibujar las cosas que les gusto hacer en el taller, recortarlas y colocarlas en la hoja de la escalera. Colocando en la parte más baja las cosas que les fueron más fáciles y en la parte alta las cosas más difíciles.	Hojas, colores, tijeras y lápiz adhesivo	20 min
Retroalimentación	Conocer que se llevan y que aprendieron los participantes del taller.	El facilitador (a) pedirá a los participantes que realicen su propia medalla y en ella escriban las cosas que aprendieron de sí mismos y expresen que se llevan del taller. El facilitador (a) les dirá como los vio cuando llegaron y como se van, los cambios que tuvieron y las habilidades que desarrollaron.		20 min
Técnica: "La mochila"	Favorecer la afirmación de los participantes y la cohesión del grupo.	Cada participante se pegara una hoja en la espalda (mochila), los demás participantes escribirán algo que le agrada y hayan aprendido de esa persona, algo que quieran decirle o escribirle alguna cualidad que les guste de esa persona.	Hojas y plumones	30 min
Retroalimentación	Evaluar el proceso del taller.	El facilitador (a), repartirá un cuestionario para evaluar el taller, este consta de preguntas abiertas tales como: ¿Comprendiste la información que se te dio?, ¿Lograste identificar tus pensamientos negativos?, ¿aprendiste y lograste controlar tu ansiedad?, ¿Te gustaron las técnicas utilizadas para este taller?, ¿Qué te llevas del taller? y ¿Qué cambiarías?	Cuestionario	20 min
Técnica: "Me voy de viaje"	Favorecer una despedida respetuosa y calurosa del grupo.	El facilitador (a) se despedirá de los participantes diciendo: me voy de viaje a ... (mencionar el lugar) y quiero llevarme de ustedes un abrazo y los participantes le dan el abrazo. Posteriormente el facilitador (a) pedirá que cada uno se despida de la misma manera pidiendo lo que ellos quieran recibir de sus compañeros. Por ejemplo beso, aplauso, una breve carta, etc.		30 min

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

---

Con la influencia de la corriente psicoanalítica, se considero que la depresión infantil no existía por ser ésta una patología vinculada estrechamente al desarrollo del superyó. Sin embargo dentro de esta corriente hubo posturas diferentes como las de Klein, Spitz, Bowlby y Anna Freud, quienes reconocieron la existencia de la depresión infantil relacionada con la pérdida o falta de la figura materna en los primeros Años de vida (Medina, 2006).

Posteriormente surgió el concepto de depresión enmascarada en el cual se acepta la depresión infantil; pero encubierta bajo síntomas tales como: irritabilidad, problemas conductuales y agresividad.

En los últimos años la depresión infantil a tenido avances, ya que se apoya al diagnostico y evaluación desde una perspectiva multidimensional (Vargas, 2002).

Por otro lado el Instituto nacional de Salud Publica (2006) menciona que la obesidad es una enfermedad crónica, compleja, multifactorial que se pueda prevenir. La obesidad suele comenzar desde la infancia, adolescencia, estableciendo un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. Lo que involucra factores genéticos, ambientales que determinan un trastornó metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla y edad.

La obesidad no solo es un problema estético, sino que tiene una vertiente fisiológica, directamente relacionada con los hábitos alimenticios, el sedentarismo y un componente psicológico, causando depresión, ansiedad, estrés, baja autoestima y autoconcepto.

La depresión y obesidad infantil son un problema complejo de salud pública relevante; ya que se sabe que existe una gran cantidad de niños que padecen ambos problemas, los cuales carecen de un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado. En este trabajo se ha encontrado que la depresión y obesidad infantil son causadas por factores multifactoriales tanto endógenos como exógenos.

En cuanto a la depresión el autor Yapko (2006), menciona que la biología o la herencia genética desempeñan un papel relevante; ya que la depresión es más frecuente en los familiares de primer grado como padres, hijos y hermanos. Por lo cual existe una fuerte relación entre los patrones de dicha depresión.

En la obesidad Ogden (2005) se refiere a la genética porque dice que la obesidad está relacionada con la familia; ya que si uno de los padres es obeso el niño tiene un 40% de desarrollarla y si ambos padre la poseen existe un 80% de padecerla.

En la depresión las alteraciones endocrinas, están relacionadas con la nutrición (Salinas, 2010). Y en la obesidad estas alteraciones se deben a que el individuo utiliza tasas metabólicas más bajas; ya que quema menos calorías porque está en reposo y por lo tanto requiere ingerir menos alimento, las personas normalmente tienen entre 25 y 35 mil millones de adipocitos los cuales están destinados a almacenar grasa y posteriormente utilizarla como energía, los individuos con obesidad tienen de 100 a 125 millones con un tamaño y peso mayor (Ogden, 2005).

La depresión es vista como alteración en los neurotransmisores, los cuales producen cambios en el balance químico del cerebro, particularmente la serotonina, noradrenalina y dopamina. En la obesidad hay una alteración o desequilibrio en el hipotálamo (De la Garza, 2007).

Schatzberg, A. (2003) relaciona la depresión con trastornos somáticos o médicos. Los cuales antes se veían como dimensiones diferentes, ejemplos de ello son el aumento de riesgo de muerte o enfermedad que la depresión provoca en pacientes con cardiopatías y diabetes causado por dicha depresión.

Casademunt (2005) relaciona a la obesidad con factores psicológicos o emocionales como es: el sentimiento de soledad, estrés, ansiedad y depresión. Ya que tienen que ver con las manifestaciones del cuerpo, este autor menciona que una persona alegre, tranquila y relajada tiene menos posibilidades de padecer una enfermedad que una persona tensa o deprimida.

Vizcarra (2010) resalta que los niños obesos presentan problemas psicológicos tales como: baja autoestima, bajo autoconcepto, depresión, estrés y tiene problemas para relacionarse con los demás.

Ríos (2002) menciona que en la obesidad infantil hay una relación entre autoestima, ansiedad y depresión.

Barrio (2007) menciona que en la depresión infantil existen cambios en la conducta como son: la tristeza e introversión, aislamiento, irritabilidad, deja de hacer lo que le divertía, cambian sus hábitos alimenticios, alteración del sueño, se observa inquieto, parece faltarle energía, tiene sentimientos de culpa, disminuye su capacidad de concentración, piensa cosas negativas o morbosas. Generalmente estos niños se expresan verbalmente y de la Garza (2007) menciona que el niño también se expresa corporalmente.

La depresión es explicada por Yapko (2006), desde un punto de vista ambiental y familiar en el cual menciona, que la sociedad moldea al individuo desde el instante en el que nace. Las personas como padres, amigos, maestros, etc influyen en el individuo para bien o no y el individuo sufre cuando no tiene la aprobación de quienes quiere acerca de algo que él desea hacer, como el reconocimiento, el amor, el apoyo, la aceptación o algún otro requerimiento para ser feliz. En la obesidad Edward Abramson (1999), menciona que las influencias externas incluyendo familia y sociedad desempeñan un papel importante en el comer emocional del niño.

La teoría psicodinámica explica que los individuos obesos se sobrealimentan para disminuir sentimientos de ansiedad y depresión.

El individuo obeso es una persona dependiente y pasiva que nunca aprendió vías adecuadas para lidiar con sus emociones o conflictos. La obesidad se considera como una protección contra el frío y las carencias psicológicas con la falta de afecto. O bien que tiene una fijación oral y come para vencer la inseguridad materna.

La teoría conductual menciona que los obesos tienen una alteración en el aprendizaje y como consecuencia tienen una excesiva ingesta calórica. Esta teoría es acompañada con el análisis de las cogniciones en donde la persona obesa tiene pensamientos negativos o irracionales (Vizcarra, 2010).

Motivo por el cual Beck comenta que el individuo depresivo tiene un esquema yoico defectuoso, desencadenando distorsiones cognitivas. El individuo desarrolla experiencias tempranas negativas las cuales generaron pautas de pensamiento irracional o esquemas cognitivos inadecuados a los que denomino “triada cognitiva depresiva”

Por otro lado Seligman postulo que en el individuo depresivo, se encuentran bloqueadas sus estrategias cognitivas adaptativas que el individuo no depresivo utiliza para enfrentar situaciones adversas o dolorosas. Cuando el individuo depresivo percibe una situación dolorosa, no distingue ninguna solución o una posible vía de escape a su alcance, este se siente mal y no hace nada para cambiarlo. Lo que genera la indefensión aprendida (Hidalgo, 1998).

De la Garza (2007), menciona que si un niño se desarrolla en un ambiente inestable, constantemente critico y abusivo, provocara que tenga ideas negativas acerca de sí mismo y del mundo que le rodea; ya que uno de los principales síntomas de la depresión es la perdida de esperanza y la falta de felicidad. Es decir la felicidad va junto con el placer y cuando se pierde aparece la depresión y la falta de esperanza.

Los alcances de este trabajo pretenden modificar los pensamientos distorsionados que tienen los niños de sí mismos, los cuales afectan su estado de ánimo.

Al modificar su ansiedad se pretende eliminar el círculo vicioso que conlleva a la depresión y a su vez a una sobrealimentación excesiva que conlleva a una obesidad infantil. Este taller utiliza técnicas cognitivo conductuales para niños de 8 a 10 años de edad. Dicho taller además permitirá al niño a conocerse a sí mismo.

Las limitantes que se encuentran son: 1) que los padres tienen problemas para identificar los síntomas de la depresión infantil; ya que el principal motivo por el cual acuden a terapia psicológica se debe a problemas conductuales, ya sea en casa o en la escuela. Estos cambios conductuales del niño por lo regular los padres lo atribuyen a cambios en su desarrollo y no a un trastorno depresivo ocasionado por la obesidad. 2) es difícil modificar cambios alimenticios y conductuales de la familia, ya que los padres proveen el alimento a sus hijos. 3) que los padres no entiendan y comprendan la problemática que padece su hijo, incluso ellos mismos. 4) que no se le de tratamiento y seguimiento adecuado a los niños que viven este padecimiento de depresión y obesidad. 5) no realizar actividad física. 6) que no tengan una alimentación saludable o adecuada para su edad, talla y peso.

Se propone: 1) realizar más investigación científica tanto del área psicológica como médica para equilibrar los procesos neurofisiológicos, endocrinológicos, gastroenterológicos, entre otros relacionados con el hambre y la depresión. 2) realizar una guía clínica de la depresión y obesidad infantil, así como elaborar una guía de alimentación saludable o equilibrada. 3) promover y realizar campañas de prevención en las escuelas para la depresión y obesidad infantil. 4) darle más importancia y atención a estos padecimientos de depresión y obesidad infantil que se perciben en nuestra población mexicana. 5) trabajar o colaborar de manera multidisciplinaria; ya que se necesita el apoyo del psicólogo, médico, dietista o nutriólogo, especialista en deporte y otros especialistas del área de la salud.

Por último se concluye que si existe una relación entre la depresión y obesidad infantil, ya que ambas se deben a causas multifactoriales las cuales se dividen en endógenas y exógenas afectando la esfera psíquica del individuo.

La mente y el cuerpo están relacionados para un funcionamiento óptimo del individuo, mas sin embargo cuando la mente se enferma, es decir se tienen pensamientos o ideas negativas de sí mismo, estas dañaran a su propio cuerpo, ocasionándole enfermedades severas y cuando el cuerpo se enferma también daña a su mente.

Se considera que hay una relación entre mente y cuerpo, de forma que una afecta a la otra, convirtiéndose así en un círculo vicioso, tal como es la depresión infantil – obesidad infantil u obesidad infantil – depresión infantil, los niños deprimidos se sobrealimentan para liberar la sensación de ansiedad o angustia, esta sobrealimentación produce obesidad y la obesidad a su vez afecta el estado de ánimo, la autoestima o autoconcepto con falsas creencias de sí mismo y del mundo que le rodea lo que trae como consecuencia una depresión, la cual da lugar a la ansiedad y nuevamente utiliza la comida como ansiolítico. Es decir la comida es utilizada para compensar sus frustraciones, depresiones, necesidades y temores.

Los niños con depresión y obesidad necesitan recibir psicoterapia cognitiva para trabajar: el reconocimiento y expresión de sentimientos, identificar pensamientos distorsionados los cuales afectan su estado de ánimo, trabajar la ansiedad, depresión, solución de conflictos y habilidades de socialización, entre otros, estos niños suelen ser solitarios, introvertidos, ansiosos, nerviosos, no tienen ganas de bañarse o arreglarse, faltan a la escuela, suelen tener una mirada triste, evasiva, ausente, no presta atención, está a la defensiva, siente un vacío emocional el cual trata de llenarlo con comida, ya que sus necesidades emocionales no le son resueltas como él quisiera por parte de sus cuidadores. Común mente son etiquetados por su entorno familiar y escolar descalificando y burlándose de su imagen corporal, por lo que afecta su autoestima y autoconcepto por que no se conocen a sí mismos y no saben que habilidades o que capacidades tienen; ya que siempre les hacen ver sus defectos, generando una percepción negativa de sí mismos, del mundo que les rodea y una visión negativa del futuro porque ha caído en una desesperanza aprendida.

## REFERENCIAS

---

- Abramson, E. (1999). *El comer emocional*. España: Desclée de Brouwer.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed.). Washington, DC, EE. UU.: Autor.
- American Psychological Association. (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association* (2ª ed. adaptada para el español por la editorial El Manual Moderno). México: El Manual Moderno.
- Barrio, V. (2007). *Como evitar que tu hijo se deprima*. España: Síntesis.
- Bravo Del Toro, A., Espinosa T., Mancilla, L., Tello, M. (2011). *Rasgos de Personalidad en Pacientes con Obesidad*. Rev. Vol. 16, Núm. 1 Enero-Junio 2011 pp 115-123
- Beck, A., Rush, J., Shaw B., & Emery G. (2008). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (18a. ed.). España: Desclée de Brouwer.
- Caballo, V. & Simón, M. (2005). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales*. Madrid: Pirámide.
- Cabrera, L. (1995). *La depresión Infantil en la Población Escolar*. [solo internet]
- Carrascoza, L. (2008). *Modalidades de Tratamiento, la Práctica de la Terapia Cognitiva Conductual: una guía para su aplicación*. Rev. Vol. 9 Núm. 1 Diciembre 2008 [solo internet]
- Casademunt, J. (2005). *Sobrepeso y Obesidad Infantil*. Barcelona: Océano
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa, Obesidad y Atracones*. Nuevas Generaciones en Neurociencias. Formación continuada en Psiquiatría. Barcelona: Masson.
- Clasificación Internacional de las Enfermedades: CIE-10
- Coon, D. (1999). *Psicología: Exploraciones y Aplicaciones* (8ª. Ed.). México: Thomson.
- De la Garza, F. (2007). *Depresión en la Infancia y Adolescencia*. México: Trillas.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia Infantil con Juego. Casos Clínicos*. México: Manual moderno.
- Fernández, S. (2005). "Experiencias de Tratamiento Integral de la Obesidad Infantil en Pediatría de Atención Primaria" Rev. Pediatría de Atención Primaria Vol. VII, Suplemento 1, 2005. PP. 38-40.

- Friedberg, R., & Mc Clure, j. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Conceptos esenciales*. España: Paidós.
- García, E., Kaufer, M., Pardío, J. & Aroyo, P. (2010). *Perspectivas para su Comprensión y Tratamiento*. México: Médica Panamericana.
- Hassink, S. (2009). *Obesidad Infantil. Guía para padres*. México: Selector.
- Hidalgo, R. (1998). *La Depresión desde diferentes Perspectivas Teóricas*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Cuatro millones de Niños y 25 de cada 100 jóvenes padecen Obesidad*. Comunicado. Coordinación de Comunicación Social. 04 de Octubre de 2009. No. 276
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Desde los 6 años, Niños Mexicanos con Sobrepeso y Obesidad pueden padecer Diabetes Tipo 2*. Comunicado. Coordinación de Comunicación Social. 10 de Julio de 2010. No. 095
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR (2002). España: Masson
- Medina, K. (2006). *La Depresión en Niños Víctimas de Maltrato un Modelo de ayuda*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Nelson, E. (2003). *Treating Childhood Depression Over Interactive Televideo: a randomized controlled success*. Telemedicine Journal and e-Health.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la Alimentación Comportamientos Saludables y Trastornos Alimentarios*. Madrid: Morata.
- Olaiz, G., Rivera, J., Shamanh, T., Rojas, R., Villalpando, S., Hernández, M., et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
- Olviedo, L. (2008). *Depresión y su Relación con Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ortiz, H., & Ramos, N. (2008). *La Nutrición y Alimentación de los Niños Mexicanos. Segunda parte: Sobrepeso – Obesidad y Riesgos Inherentes*. Rev. Mexicana de Pediatría Vol. 75, Núm. 5 Septiembre – Octubre 2008 pp 235-240.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Obesidad y Sobrepeso*. Recuperado 17 de Febrero de 2011. [www.who.int/medicacentre/factsheets/fs311/es/](http://www.who.int/medicacentre/factsheets/fs311/es/).
- Parral, J., Cena, M., Contreras, M., Bonsignore, M. y Schust. J. (2007). *Bulimia, Anorexia nerviosa y otros Trastornos alimentarios*. Buenos Aires: Polemos.

- Ríos, E. (2002). *Obesidad en Niños de 10-15 años la Relación entre Autoestima, Ansiedad y Depresión*. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Autónoma de México, México.
- Rodríguez, J. & Ortiz, M. (2005). *Depresión Infantil Hospital del Niño DIF*. Rev. Núm. 6 pp 77-82
- Salinas, J. (2010). *El tratamiento de la Depresión con un enfoque de activación Conductual: un caso*. Rev. Vol. 13 Núm. 3 Septiembre 2010 pp 109-114.
- Sandoval, I., Romero, E., Vásquez, E., González, J., Martínez H., Sánchez, E., Troyo, R., (2010). Rev Med Inst Mex 2010; 48 (5): 485- 490
- Schaefer, C. (2005). *Fundamentos de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno
- Schatzberg, A. (Eds.). (2003). *Depression: Mind and Body. Avances en el Conocimiento y Tratamiento de la Depresión y de sus Síntomas Físicos* (Edición Especial). Remedica Publishing, 1 (1).
- Shaffer, D. & Waslick, B. (2003). *Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- Soutullo, C. (2005). *Depresión y Enfermedad Bipolar en Niños y Adolescentes*. España: Eunsa.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien sentirse bien: Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para Niños y Adolescentes*. España: Desclée de Brouwer.
- Vargas, L., Bastarrechea, R., Lavila, H., González, J., Avila, H. (2002). *Obesidad: Fundación Mexicana para la Salud*. A.C. México: Mc Graw Hill.
- Villegas, G. (2003). *Tratamiento para la Obesidad: Ventajas y Desventajas*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vizcarra, I. (2010). *Factores Psicológicos y Psicosociales y Socioculturales en el Desarrollo del Sobrepeso*. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión no tienes por qué sufrir para vivir*. México: Pax México.