



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**“EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL EN LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS
SALUDABLES EN NIÑOS CON OBESIDAD”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

DANIELA RINCÓN AMADOR

DIRECTOR: DR. ARIEL VITE SIERRA



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

RESUMEN	5
1. GENERALIDADES	6
1.1. Definición.....	6
1.2. Estadísticas ¿por qué es un problema de salud pública?	7
2. ETIOPATOGENIA	8
2.1. Factores biológicos	8
2.1.1. Factores genéticos	8
2.1.2. Factores metabólicos y endocrinológicos	10
2.2. Factores sociales	12
2.3. Factores familiares	15
2.4. Factores escolares	17
3. CONSECUENCIAS	19
3.1. Consecuencias físicas	19
3.2. Consecuencias psicológicas	21
4. PREVENCIÓN EN OBESIDAD TEMPRANA	25
4.1. Políticas públicas	25
5. TRATAMIENTOS EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL	28
5.1. Tipos de tratamiento.....	28
6. JUSTIFICACIÓN	35
7. MÉTODO	37
7.1 Diseño de investigación.....	37
7.2. Participantes.....	38
7.3. Escenario.....	38
7.4. Instrumentos	39
7.4. Variable independiente: Intervención cognitivo conductual.....	42
7.5. Procedimiento	44
8. RESULTADOS	54
8.1. PARTICIPANTE A	54
8.2. PARTICIPANTE B	60
8.3. PARTICIPANTE C	66
9. DISCUSIÓN	72
10. CONCLUSIONES	77
11. REFERENCIAS	80
12. ANEXOS	87

Agradecimientos

Agradezco principalmente a la máxima casa de estudios que me permitió durante todos estos años poder pertenecer a una comunidad, quien a través de académicos capacitados pude forjar y desarrollar habilidades para el futuro.

Gracias a mi director, el Dr. Ariel Vite, por su apoyo, paciencia y conocimiento, gracias por escuchar mis ideas y ayudarme a aterrizarlas de mejor forma.

Gracias al Mtro. Javier Alfaro, por su ayuda, constancia y apoyo en mi formación académica y profesional.

Gracias a mi revisora, la Mtra. Karla Suarez, por transmitirme sus conocimientos y apoyarme en la revisión de este trabajo.

Gracias a mis sinodales: Mtra. Angélica, Mtra. Lilia, y al Dr. Samuel Jurado por su apoyo y retroalimentación para la mejora de este trabajo.

A mis padres que han sido un pilar fundamental en mi trayectoria académica y profesional.

Gracias papá por apoyarme y confiar en mí, por otorgarme las herramientas para continuar mi vida profesional, por tu cariño, apoyo y confianza.

Gracias mamá por ser tan comprensiva, cariñosa y cuidar tanto de mi aún en los días de mayor estrés y desmotivación. Gracias por nunca dejarme caer y siempre creer en mí, por recordarme cada día que puedo alcanzar lo que me proponga, por tu apoyo y amor incondicional. Gracias a ambos, sin ustedes esto no sería posible. Los amo.

Gracias a mis hermanos, Karla y Rubén, por apoyarme y ayudarme, por distraerme en los días buenos y quererme en los días malos. Los amo.

Gracias a mis amigos de la carrera y de la vida, especialmente a Ulises y Laura y a toda la hermandad del burrito, a mi equipo maravilloso de servicio social, por compartirme sus conocimientos y ayudarme con mi trabajo, sin duda ustedes contribuyeron mucho e hicieron de mi estancia un lugar más divertido, de igual manera a mis grandes amigos: Gabo, Ale Pardo, Ale Torres, Hormigo, Chris, Ángel, Moni, por mencionar algunos, su amistad es un tesoro preciado. Los quiero muchísimo.

A mi compañero, mejor amigo y amor: Arturo. Te agradezco muchísimo tu apoyo para la culminación de este trabajo, gracias por motivarme cuando todo parecía ser difícil, por confiar en mí y hacerme notar lo que puedo lograr, para mí eres una pieza fundamental en muchos aspectos de mi vida, y en este no fue la excepción. Gracias por todo y tanto, por amarme en los días buenos, malos y terribles. Que la vida nos siga permitiendo compartir tantos buenos momentos y tantos logros, te amo dulce amor de vida.

Y, por último, pero muy importante, a mí. Durante mi trayectoria académica atravesé momentos increíbles, aprendí de profesores maravillosos que día a día compartían sus conocimientos y nos retaban a contribuir de mejor forma a la sociedad, sin embargo, también estuve envuelta en momentos de estrés, desmotivación y crisis existenciales, y es aquí donde me agradezco a mí, a mis recursos personales, a mi entorno familiar y afectivo por continuar, por nunca ceder, por levantarme día a día superando los obstáculos que se ponían enfrente. La culminación de esta tesis no sólo es eso, es el término de un periodo de estudio y el desafío de poder enfrentar el mundo laboral, de poner en marcha el conocimiento teórico y práctico. Es el inicio de algo nuevo. Gracias a todos quienes continúan y se suman en mi camino.

RESUMEN

La obesidad es un problema de salud pública multifactorial que comienza en la infancia, florece en la edad adulta y da origen a múltiples problemas de salud, su abordaje es primordial. Existe evidencia de que tratamientos psicológicos de corte cognitivo conductual y la entrevista motivacional han tenido influencia en el curso de la obesidad. Conforme a lo anterior, el objetivo de la investigación que incrementar la motivación del paciente y tutor a través de la entrevista motivacional y técnicas cognitivo conductuales que les ayudara a modificar el estilo de vida actual e implementar hábitos saludables que tuvieran resultados a lo largo del tiempo, teniendo un impacto en su salud física y psicológica. Se trabajó con tres diadas, la edad de los niños osciló entre los 8 y 9 años, y presentaban un diagnóstico médico de sobrepeso (2) y obesidad (1), los hábitos alimenticios eran desequilibrados, y la actividad física que realizaban era escasa. Las diadas fueron canalizadas por escuelas públicas de la Ciudad de México. Se empleó un diseño experimental de tipo N=1, con seguimiento a 1 mes. Se aplicaron tres instrumentos psicométricos que median niveles de autoeficacia, ansiedad y depresión, de igual forma, se otorgó un autorregistro que evaluaba las conductas de ingesta de comida chatarra y la frecuencia de actividad física semanal.

Los resultados obtenidos en la intervención indican que el niño y tutor adquirieron las habilidades para reforzar y mantener un estilo de vida más saludable, el consumo de comida chatarra disminuyó y los niveles de actividad física incrementaron. Así mismo, los niveles de ansiedad y depresión disminuyeron y los niveles de autoeficacia aumentaron. En conclusión, los tutores y los niños muestran cambios positivos en la implementación de hábitos saludables que se mantienen a lo largo del seguimiento, impactando también en otras variables psicológicas que se ven relacionadas con la presencia de sobrepeso u obesidad.

1. GENERALIDADES

1.1. Definición

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), se define al sobrepeso y la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede perjudicar la salud. La clasificación actual de obesidad propuesta por la OMS (2016) está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros; es así que en niños y adolescentes entre 5 y 19 años el sobrepeso se define con el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y la obesidad mayor de dos desviaciones típicas por encima de la mediana.

La causa fundamental de éstas es un desequilibrio entre la ingesta, el gasto de calorías y el sedentarismo. El exceso de peso corporal es un proceso gradual que muchas veces inicia en la infancia y la adolescencia; en su origen se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico, conduciendo a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad (Montalvo, 2014). Se considera que una persona se encuentra en fase estática cuando se mantienen en un peso estable con un balance energético neutro. Por el contrario, se considera que están en una fase dinámica de aumento de peso cuando se está incrementando el peso corporal producto de un balance energético positivo, es decir, la ingesta calórica es superior al gasto energético (Moreno, 2012).

1.2. Estadísticas ¿por qué es un problema de salud pública?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016b) en 2016 a nivel mundial más de 1.900 millones de adultos mayores de 18 años tenían sobrepeso. De estos, más de 650 millones de adultos eran obesos, el 39% de los adultos de 18 años o más (el 39% de los hombres y el 40% de las mujeres) tenían sobrepeso. En general, alrededor del 13% de la población adulta del mundo (el 11% de los hombres y el 15% de las mujeres) eran obesos en 2016. La prevalencia mundial de la obesidad casi se triplicó entre 1975 y 2016.

El panorama actual que marcó la OMS en 2016, fue de 340 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años de edad que tenían sobrepeso o eran obesos. Aunado a esto, la prevalencia ha aumentado dramáticamente de solo 4% en 1975 a poco más de 18% en 2016. El aumento se ha producido de manera similar entre niños y niñas: en 2016 el 18% de las niñas y 19 % de niños tenían sobrepeso. Mientras que poco menos del 1% de los niños y adolescentes de 5 a 19 años eran obesos en 1975, En 2016, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos y había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad. (OMS, 2016).

En México, de acuerdo con hallazgos de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2018) la prevalencia nacional de sobrepeso fue de 39.5% y ,la de obesidad fue de 35.3%. La prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) en este periodo aumentó 3.6% en los hombres, y 3.8% en las mujeres. Al comparar sólo obesidad, se observa que en los hombres hubo un incremento de 3.7% entre el año 2012 (26.8%) y 2018 (30.5%); mientras que en las mujeres el incremento fue de 2.7% en el periodo 2012 (37.5%) a 2018 (40.2%).

En cuanto a datos sobre la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad infantil en 2018 fue de 35.5% (3 920 010 escolares en el ámbito nacional con exceso de peso). En 2012, esta cifra fue de 34.4%. Con respecto a la población adolescente del país, más de una tercera parte tiene exceso de peso (35%), lo que representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad, es decir, uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad (Dávila, 2015). La ENSANUT, en 2018 remarco la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad que fue de 38.4% (23.8% sobrepeso y 14.6% obesidad), mayor que la observada en 2012: 34.9% (21.6% sobrepeso y 13.3% obesidad).

2. ETIOPATOGENIA

2.1. Factores biológicos

2.1.1. Factores genéticos

Existen diversas causas que se han estudiado que propician o mantienen el desarrollo de obesidad. Dentro de su etiopatogenia se incluyen factores biológicos, sociales, individuales, familiares y escolares (Dávila, 2015).

Estudios remarcan que el desarrollo de obesidad podría tener su origen en las etapas más precoces de la vida, esto es, durante el período fetal. Según Tounian, 2011, en el período fetal tendrá lugar un mecanismo de programación, el cual activará numerosos procesos nutricionales, hormonales, físicos y psicológicos, los cuales van a actuar en períodos críticos de la vida configurando ciertas funciones fisiológicas. Kramer y Kakuma en el 2002, realizaron una revisión sistemática entre el tiempo de duración de lactancia y la presencia de sobrepeso y obesidad, distinguiendo que el tiempo mínimo de lactancia materna debería ser

de 6 meses, ya que brinda beneficios en la disminución de enfermedades infecciosas, así como una menor mortalidad, e incidencia de algunas enfermedades crónicas como diabetes y obesidad; dentro de sus hallazgos reportaron que los niños alimentados con leche materna tenían una menor proporción de grasa corporal y un menor riesgo de obesidad en la infancia tardía, la adolescencia o la adultez en comparación con niños alimentados con fórmula, que alcanzan pesos mayores a edades similares. Dentro de su justificación, explicaron que la leche humana es rica en proteínas, componentes celulares macrófagos y su contenido en lactosa y lípidos es baja a diferencia de la fórmula. (Villalpando, 2008).

Por otro lado, es bien sabido que la existencia de uno o varios miembros en una misma familia con obesidad severa lleva a la aparición de este cuadro a edades tempranas en otros miembros de la familia (Jiménez, 2013). Diversos estudios han podido determinar cómo el riesgo de padecer obesidad extrema a lo largo de la vida ($IMC > 45$), se multiplica por 7 cuando uno de los progenitores la padece (Hernández, 2001; Jiménez, 2013; Serene et al., 2011, en González, 2011). Otros estudios sobre familias han puesto de manifiesto índices de heredabilidad para el total de grasa corporal que varían desde el 20 al 80% (Murrin et al., 2012). En el caso del patrón de distribución de grasa corporal, su estimación de heredabilidad para la proporción cintura-cadera varía del 28 al 61%, y desde un 29-82% para la circunferencia abdominal (McCormack et al., 2011).

No obstante, se debe tener en cuenta que otros factores genéticos que propician la obesidad los encontramos en la historia natural de aquellas enfermedades que se caracterizan por una alteración cromosómica o mutación; estas enfermedades se manifiestan con obesidad en la infancia y se relacionan directamente con mecanismos de regulación cerebral del apetito. Entre ellos se pueden distinguir las alteraciones en genes que determinan obesidad, de

aquellas que condicionan una susceptibilidad que se manifiesta cuando confluyen factores metabólicos o ambientales (Foster & Cummings, 2006).

En relación a mutaciones de genes aislados se han identificado en seres humanos mutaciones en 11 diferentes genes, que han dado origen a casos de obesidad severa en niños y adultos (Rankinen, et al., 2006; Farooqui & O' Rahilly, 2007; Yang, et al., 2007; Choquet & Meyre, 2011 en Galgani y Carrasco, 2014). Uno de los genes descubiertos por su potencial implicación en el desarrollo de obesidad a edades tempranas es el gen FTO. Se le considera inductor de la ganancia progresiva de peso en aquellos sujetos en los que se encuentra sobre expresado (Peng, et al., 2001). Por lo general, su expresión es mayor en las áreas hipotalámicas implicadas en el proceso de alimentación. En esta misma línea, se ha podido comprobar cómo ante conductas de privación aguda alimentaria su expresión se encuentra modificada, circunstancia que nos sugiere su posible interrelación a nivel de las sensaciones de apetito y saciedad (González, 2011).

2.1.2. Factores metabólicos y endocrinológicos

Además del papel hereditario y genético, la fisiología del organismo también se ve involucrada. Existen varias hormonas y péptidos que actúan en un sistema de retroalimentación integrado por el sistema gastrointestinal, los adipocitos, el hipotálamo y el eje hipotálamo-hipofisario- adrenal (Hernández y Jiménez, 2004). Tal es el caso de la leptina, una hormona que transmite al hipotálamo la información sobre la materia grasa del organismo y que incrementa sus niveles en individuos obesos, estimulando la hiperfagia, la hiperinsulinemia y la disminución del gasto energético (Chueca, Berrade y Oyarzába, 2012).

Según lo reportado por (Bray, 2008) aunque las enfermedades endocrinológicas son causas infrecuentes de obesidad, éstas deben descartarse antes de plantear un plan de trata-

miento. En el hipotiroidismo, especialmente en casos severos, puede observarse algún incremento en los depósitos de grasa corporal por una disminución en el gasto energético, siendo una causa infrecuente de obesidad. El síndrome de Cushing origina una obesidad de tipo central, comprometiendo cara, cuello ("lomo de búfalo"), tronco, abdomen y acumulación de grasa visceral (mesenterio y mediastino).

Por ejemplo, en niños se observa una obesidad generalizada con disminución del crecimiento lineal. Este síndrome se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes. El síndrome de ovario poliquístico se asocia a obesidad en cifras variables (10-80% de los casos) y se caracteriza por anormalidades menstruales, infertilidad, hiperandrogenismo e hirsutismo, anormalidades hipotálamo-hipofisarias (aumento de LH y prolactina) y marcada resistencia a la insulina, entre otras características. Así mismo, la deficiencia de hormona de crecimiento en adultos se asocia a una disminución de masa magra y aumento en la masa grasa corporal total y visceral, alteraciones que se revierten con la terapia de reemplazo hormonal (Carrasco y Galgani, 2012).

El mecanismo biológico del estrés que induce a comer en exceso radica en los cambios en el nivel de hormonas y sustancias químicas en el cuerpo, como el aumento de cortisol y la disminución de serotonina, que a su vez impiden la liberación de insulina (Labarthe, 2014), pero aumentan la secreción de grelina y al mismo tiempo activa el sistema de recompensa cerebral. Según Adam et al. (2007), el sistema interactúa con el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) inducido por el estrés, lo que conduce a un mayor consumo de alimentos. A su vez, el sistema de estrés de las personas obesas puede activarse mediante el aumento de la actividad de 11 β -HSD1 (Boyle, 2008), la activación de la inflamación y la mayor secreción de leptina. El estrés, por tanto, es tanto una causa como una consecuencia de la obesidad (Foss & Dyrstad, 2011).

2.2. Factores sociales

Otro factor determinante incluye los aspectos socioambientales que comienzan a relacionarse en la niñez, entre ellos se incluyen la actividad física y la alimentación como elementos directos que están asociados con la pérdida o ganancia de peso corporal. La actividad física se define como un movimiento corporal generado por la contracción de los músculos esqueléticos y que resulta en un gasto de energía adicional al basal. El término ejercicio es una subcategoría de la actividad física que se refiere a la actividad que es planeada, estructurada y repetitiva y que tiene el propósito de mejorar o mantener la condición física (Caspersen, Powell & Christenson, 1985).

Desde hace tiempo, la literatura sugiere que la inactividad física está altamente relacionada con el desarrollo de obesidad (Baranowski et al, 1991; Pérez, 2006; Abbot, 2004). Por ejemplo, Ekelund et al., en 2004, realizaron un estudio con 1292 niños de entre 9 y 10 años en cuatro áreas de Europa, y los dividieron en tres grupos: niños con peso normal, niños con sobrepeso y niños con obesidad; a todos ellos se les dio la indicación de realizar actividad física cuatro días a la semana. A través de un acelerómetro que se colocaban como banda elástica en la cadera se registró la duración de ésta, encontrando que aquellos niños que realizaban menos de una hora de actividad física moderada al día tenían mayores índices de adiposidad en comparación con los niños que realizaban actividades por más tiempo, independientemente del grupo en que se encontraban. Además, hallaron que los niños que ven cuatro o más horas de televisión al día presentan mayor IMC y adiposidad medido a través de pliegues cutáneos; por el contrario, aquellos que ven menos de una hora reportan menos IMC.

En otro estudio elaborado por Fisher et al., en 2004, compararon si existían diferencias entre la actividad física y el sobrepeso entre dos grupos: un grupo de adolescentes mexicanos

y otro grupo de adolescentes México-estadounidenses, demostrando que aquellos que practicaban un deporte tenían un menor IMC y riesgo de padecer sobrepeso, a comparación de aquellos que llevaban un estilo de vida sedentario.

Por otro lado, la adopción de pasatiempos que fomentan el sedentarismo es un factor de riesgo reconocido en la literatura. En este sentido, el ver televisión se considera una forma de inactividad y se ha documentado su asociación con la aparición de obesidad (Meléndez, 2008). Por ejemplo, un estudio hecho en México, realizado por Hernández, et al., en 2008, demostró la asociación entre ver televisión y utilizar videojuegos con la prevalencia de obesidad en escolares. La muestra constó de 712 niños entre 9 y 16 años, la evaluación consistió en contestar un cuestionario que evaluaba el tiempo dedicado a ver la televisión y un cuestionario de actividad juvenil; adicionalmente, se tomaron medidas antropométricas. Los resultados demostraron que los niños que reportaban pasar más horas en el televisor o videojuegos realizaban menos actividad física y tenían mayores pliegues cutáneos.

Los mecanismos que explican la relación incluyen la reducción del tiempo dedicado a realizar actividad física, la sobrealimentación durante horas frente al televisor junto con habituación oral, la interferencia con las señales de saciedad y la promoción de los comerciales para consumo de productos con alta densidad energética (Hernández, et al., 1999; Goldfield, Mallory & Parker, 2006 en Meléndez, 2008). El número de horas diarias que los niños ven televisión es especialmente relevante por su asociación con la falta de actividad física, la que a su vez se asocia a obesidad. Aunado a esto, hoy en día, muchos de los anuncios publicitarios exponen a los niños a propaganda comercial (Hernández, et al, 1999).

Por otra parte, diversos estudios realizados en múltiples países han evidenciado que regularmente los niños modifican sus hábitos alimenticios en función de los anuncios comerciales (Jefrey, 1982). Por ejemplo, un estudio realizado en México por Pérez-Salgado

y colaboradores en 2010, evaluó la publicidad relacionada con alimentos transmitida en los canales gratuitos de televisión de la Ciudad de México. Analizaron la duración de los comerciales, los productos anunciados, el valor nutrimental de dichos alimentos, así como las estrategias publicitarias utilizadas. Los autores reportan que la publicidad de alimentos fue mayor durante los programas infantiles que durante la programación dirigida a la audiencia general (25.8 vs. 15.4%). Los alimentos anunciados con mayor frecuencia fueron bebidas con azúcar añadida y dulces, así como cereales con azúcar añadida. Los alimentos anunciados en programas infantiles tuvieron mayor contenido de calorías, grasa y carbohidratos. Las estrategias publicitarias más utilizadas fueron las promociones y asociar productos con emociones positivas. Esta investigación ofrece evidencia sobre la cantidad alarmante de información publicitaria dirigida a la población infantil, que pudiera propiciar el consumo de estos productos.

Otro estudio chileno, elaborado por Olivares y Díaz en 2004, identificó que los escolares reconocen la televisión como su principal fuente de información en alimentación. En una muestra de 274 escolares se aplicó una encuesta sobre actitudes ante la publicidad de alimentos y conductas alimentarias. El 88.7% de los escolares manifestó recordar comerciales de alimentos que les gustaban y 64.6% comprar alimentos o bebidas que ofrecen premios o regalos en forma de promoción. El 28,4% de los escolares preferían los comerciales de bebidas y refrescos, el 19,5% los de yogurt y el 13,6% los de comida rápida. 71,9% de los escolares manifestó su interés por probar los alimentos nuevos que aparecen en la televisión, en tanto el resto indicó que prefería seguir con lo acostumbrado. Este estudio concluye, como otros estudios nacionales, que el alto consumo de productos de alta densidad energética y elevado contenido de grasas, con azúcar o sal, contribuye en forma importante a la ingesta energética total y a la creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil.

El tipo de mercadotecnia que manejan los anuncios publicitarios logra que los niños no sólo reconozcan la marca, sino que pidan que se les compre un producto en particular. La publicidad de alimentos con alta densidad energética se incluye en lo que implica un “ambiente obesogénico”, ya que dificulta que los niños hagan elecciones saludables en cuestión de alimentos (Hill & Peters, 1998). Además, existen condiciones que la población ha adoptado en su estilo de vida sedentaria, favorecido por el transporte motorizado, la utilización de máquinas y electrodomésticos que disminuyen la necesidad de realizar trabajos físicos, así como la adopción de pasatiempos sedentarios como: ver televisión, jugar videojuegos por horas o permanecer frente a la computadora.

2.3. Factores familiares

Por otro lado, es importante reconocer que la implementación de hábitos saludables es promovida dentro del núcleo familiar. La influencia del ambiente e interacciones en el hogar es fundamental para el establecimiento de conductas sanas en los niños. El papel que juegan los padres en la adquisición de buenos y malos hábitos de alimentación, el tiempo que se dedica al sedentarismo y el valor que se le confiere al ejercicio resultan de suma importancia (Robinson, 1999); en este sentido, un factor protector sería la familia si se interviene oportuna y adecuadamente. Sin embargo, para que los padres influyan positivamente en la modificación de hábitos del niño es importante que tengan conciencia del problema, en este caso, de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo que conlleva el sobrepeso u obesidad, para finalmente comenzar a tomar decisiones dentro del núcleo familiar. De acuerdo con Ortiz y Posa, 2007, cuando una madre reconoce el problema que supone la obesidad y conoce las consecuencias que pueda tener para la salud de su hijo, intentará inculcar hábitos alimenticios saludables.

Dentro de esta misma línea, otro factor que prevalece en la génesis de la obesidad es el sobrepeso en los padres. Éste es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de obesidad en los niños (Whitaker, 2004; Agras & Mascola, 2005; Kain, et al., 1998 en Meléndez, 2008). El estilo de vida, los hábitos de alimentación de actividad física de la familia, así como las preferencias de alimentos también influyen, ya que los padres funcionan como un modelo a seguir (Klesges et al., 1991; Ray & Klesges, 1993).

Los padres obesos tienden a proporcionar raciones de alimentos mayores de las que los niños necesitan, aunado a la regla de que el niño debe acabarse la porción que se le sirvió en el plato, provocando que los niños no sean capaces de regular la ingestión de energía entre una comida y otra, y tampoco la cantidad de energía total de ingestión por día (Meléndez, 2008). Un estudio realizado por Braet, Soetens y Moens en 2007, examinaron las diferencias entre las familias de niños con y sin sobrepeso en el control de la comida y el apoyo de los padres. Hicieron dos grupos: 28 familias con un niño con sobrepeso y el grupo control 28 familias con un niño de peso normal de 7 a 13 años. Se administraron y analizaron observaciones y autoinformes del funcionamiento de la familia a la hora de comer. Los resultados reportan que los padres de niños con sobrepeso informan que ejercen un mayor control sobre el comportamiento de alimentación de sus hijos y una cantidad menor de apoyo parental en comparación con los padres de niños sin sobrepeso. Sin embargo, las observaciones a la hora de la comida indicaron que, en las familias con un niño con sobrepeso, las estrategias de control de inadaptación eran dos veces más prevalentes, y se mostró menos apoyo de los padres.

Por otro lado, los niños con padres que muestran desinhibición (pérdida del control de la ingestión dietaria) muestran mayor adiposidad, dado que el acceso de los alimentos para ellos es, por lo general, libre (Cutting, Fisher, Grimm & Birch, 1999). Sallis et al, 1995,

exploraron la asociación entre la adiposidad de la madre y los factores del entorno familiar que podrían influir en el riesgo de obesidad del niño, principalmente a través de los efectos sobre la alimentación y los comportamientos de la actividad física. Se evaluó una muestra de 347 madres de niños en edad preescolar; la adiposidad se estimó por la suma de los pliegues cutáneos del tríceps y subescapular de las madres. Las medidas del entorno familiar se evaluaron mediante observación directa y entrevistas estructuradas con las madres. Los resultados muestran que el grado de adiposidad de las madres se asocia con un mayor porcentaje de compra de alimentos anunciado en televisión y solicitados por los hijos. Las madres con mayores IMC pasan más tiempo viendo televisión con sus hijos que aquellas con IMC normal.

Otro componente que es frecuente en padres de niños obesos es que, la comida se utiliza para premiar, calmar, amenazar o controlar su conducta. La obesidad y la falta de actividad física pueden surgir por estrés o duelo, por ruptura de la unidad familiar o por presiones o fracasos escolares y laborales (Birch & Fisher, 2000).

2.4. Factores escolares

Como se mencionó anteriormente, el papel de la familia resulta fundamental, sin embargo, existe otro factor que se relaciona directamente con el ambiente obesogénico. Es bien sabido que, al llegar a la edad escolar, el niño ingresa a una esfera social más amplia, en la que convive no sólo con sus familiares, sino con maestros, compañeros de clase y miembros de la comunidad en general. Estas relaciones permiten experimentar diferentes situaciones, lugares, horarios y nuevos estímulos que pueden motivar cambios o reforzamientos en sus prácticas alimenticias. Es decir, el qué, cómo, y dónde comer dependen, a partir de los seis o nueve años, de una comunidad y no sólo de la familia (Toussaint, 2000). El botaneo o colaciones

que la escuela provee incrementa la proporción de energía y nutrientes consumidos. Las colaciones son en gran medida responsables del incremento en la energía total consumida en un día (Kennedy & Goldberg, 1995).

Por ejemplo, un estudio chileno realizado por Bustos, et al., 2011, estudiaron las preferencias de compra de alimentos en el kiosco de la escuela en escolares de 2 colegios. Se encuestaron 668 niños entre 10 y 13 años, acerca de los alimentos que llevaban de colación, los que compraban con su dinero y las motivaciones para la compra de alimentos. El 60% de los niños disponía de dinero para comprar alimentos y los que compraban habitualmente eran productos envasados dulces (35%), jugos y helados (33%) y productos envasados salados (30%). El 11% compraba yogurt y el 7% fruta. Los niños señalaron como motivaciones para comer alimentos no saludables: el hecho de que son ricos (82%), los venden en el kiosco (46%) y son baratos (38%). Lo anterior demuestra lo importante de generar estrategias que motiven a los niños a preferir alimentos saludables dentro de los recintos educacionales.

En esta misma línea, estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud Pública, (González, González, Barquera & Rivera 2007) en planteles de educación primaria indican que los escolares tienen hasta 5 oportunidades de comer en 4 ½ horas de escuela y que la ingesta durante el horario escolar llega a ser alrededor de la mitad del requerimiento de todo el día (840 a 1259 kcal). Así mismo, la mayoría de los niños compra los alimentos en la escuela en lugar de llevar un refrigerio, además, el recreo y la clase de educación física son las únicas oportunidades que tienen los niños para realizar actividad física y ésta es sólo una vez a la semana y dura 39 minutos en promedio, y la calidad de la misma no es adecuada ya que los niños hacen sólo 9 minutos de actividad física, moderada o intensa. La materia tiene poco valor curricular y deja de ser obligatoria a nivel bachillerato, por lo que la mayoría de los jóvenes de entre 14 y 18 años dejan de practicar deporte durante la jornada escolar.

3. CONSECUENCIAS

3.1. Consecuencias físicas

Los factores presentados pueden conjugarse para promover el desarrollo o incremento de obesidad, lo que puede resultar en consecuencias desfavorables para el individuo. El exceso de peso corporal se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de la Salud Pública en el mundo debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. El sobrepeso y la obesidad, incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas (Dávila, 2015).

La obesidad afecta negativamente a la mayoría de los sistemas corporales. Está relacionada con los problemas médicos más prevalentes y costosos que se observan en nuestro país, como diabetes mellitus tipo 2 (Saunders, 2000), hipertensión arterial, dislipidemia (Terry, et al, 1989), enfermedad coronaria (Eckel & Krauss, 1998), apnea del sueño, disfunción cognitiva (Boeka & Lokken, 2008; Gunstad et al, 2007; Stanek et al., 2011, en Mitchell et al., 2011), enfermedad del hígado graso no alcohólico (Matteoni et al, 1999; Adler & Schaffner, 1979) además de un mayor riesgo de padecer cánceres de endometrio, esófago, células renales, pancreáticas, ováricas, mamarias, colorrectales, tiroideas y de la vesícula biliar. También se relacionan con leucemia, mieloma múltiple, linfoma no Hodgkin y melanoma maligno (Reeves et al., 2007; Renehan, et al, 2008). (Véase Tabla 1.1)

Asociada a la obesidad infanto-juvenil se han identificado una serie de comorbilidades con incidencia creciente en relación con la intensidad de la obesidad, entre ellas se señalan: resistencia insulínica, prediabetes y diabetes clínica, hiperuricemia, hipoventilación, apnea nocturna, maduración esquelética acelerada, retraso puberal, ginecomastia, síndrome de

ovario poliquístico, esteatosis hepática (Arteaga, 2012). Otro problema del exceso de peso es el estrés mecánico, haciendo susceptible al niño de anomalías ortopédicas y fracturas (Lobstein, 2004).

Tabla 1.1

Problemas de salud asociados a la obesidad.

CATEGORÍA DE PROBLEMAS DE SALUD	ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA OBESIDAD
Cardiovasculares	Enfermedad cardiovascular aterosclerótica Dislipidemia Hipertensión Insuficiencia cardiaca congestiva Trombosis Venas varicosas Embolia pulmonar
Pulmonares	Síndrome de apnea del sueño Síndrome de hipoventilación
Gastrointestinales	Enfermedades de la vesícula biliar Enfermedad por reflujo gastroesofágico Hepatopatía grasa no alcohólica
Dermatológicas	Acantosis nigricans Éntasis venosa Celulitis
Ortopédicas	Artrosis degenerativa Movilidad restringida
Reproductivas	Síndrome de ovario poliquístico Anomalías menstruales Infertilidad
Metabólicas	Diabetes tipo 2 Intolerancia a la glucosa Gota Resistencia a la insulina Síndrome metabólico
Cáncer	Mama Colón Próstata

Enfermedades asociadas a la obesidad clasificadas por problemas de salud específicas: Cardiovasculares, Pulmonares, Gastrointestinales, Dermatológicas, Ortopédicas, Reproductivas, Metabólicas y tipos de Cáncer. Recuperado de Hill, Catenacci y Wyatt, 2005 en Baile & González, 2013.

3.2. Consecuencias psicológicas

Además de las consecuencias físicas, la obesidad también está relacionada con problemas psicológicos, tales como, ansiedad, depresión, pobre autoconcepto, pobre autoeficacia, desórdenes alimenticios, problemas con la imagen corporal, etc. (Dinh-Toi Chu, 2018).

Es así que, durante la infancia y adolescencia algunos estudios transversales han asociado a la obesidad en este periodo con burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos (Lobstein, 2004; Field, 2008). Asimismo, se ha descrito que niños y adolescentes con obesidad informan mayores limitaciones funcionales, físicas y psicosociales, lo que repercutirá en una baja calidad de vida debido al estigma social y las consecuencias de la obesidad sobre la salud (Field, 2008). Dentro de los padecimientos psicológicos, se incluyen baja autoestima y bajo autoconcepto, sentimiento de inferioridad, nula capacidad de control sobre los impulsos, depresión, actitudes antisociales o inactividad (Mata et al., 2011; Silva et al., 2008). (Véase Tabla 1.2).

El autoconcepto es una variable que se ve afectada en problemas de obesidad y sobrepeso, no obstante, es sustancial conocer a qué nos referimos cuando hablamos de ella. En palabras de García, Burgueño, Lopéz & Ortega, (2013, p. 12), “el autoconcepto se refiere a las etiquetas que un individuo se atribuye, a menudo relacionados con los atributos físicos, características de comportamientos y emociones”. Así mismo, este concepto se relaciona con otro constructo: la imagen corporal. Según Raich la imagen corporal (2000, p. 25) es definida como “... un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos”.

Se ha encontrado que, desde edades tempranas, los niños y niñas con obesidad presentan insatisfacción o rechazo por su imagen corporal (Pallares & Baille, 2012). Quienes padecen problemas en la imagen corporal desarrollan creencias acerca de su apariencia física que desencadenan en una serie de implicaciones para sí mismos. Estas implicaciones afectan a sus pensamientos, emociones y conductas. Las creencias que desencadena este proceso de deterioro de la imagen corporal se forman durante la primera adolescencia, cuando la autoidentidad y el desarrollo físico están cambiando rápidamente (González, 2014).

Otra variable muy relacionada es la autoestima, que se refiere a la descripción y valoración que hace el individuo de sí mismo (Sánchez & Ruíz, 2015). Esta valoración personal está conformada por elementos afectivos, cognitivos, conductuales y sociales que impactan en el desarrollo infantil, ya que una autoestima alta permite al individuo sentirse valioso, capaz y digno; en cambio un niño con autoestima baja se siente inferior, incapaz o inútil (Rodríguez, Pellicer y Domínguez, 1998).

En este sentido, existen distintos estudios que demuestran una relación entre autoconcepto, imagen corporal y obesidad. Por ejemplo, un estudio en México realizado por Sánchez & Ruíz en 2015, analizó la relación entre autoestima e imagen corporal en 270 niños de 8 a 11 años con obesidad. Midieron peso y talla para seleccionar a los niños con obesidad y aplicaron instrumentos de autorreporte para autoestima e imagen corporal. Sus resultados indican que el 12.22% de los niños presentaron obesidad, de los cuales 94% tienen autoestima baja y se identificaron con una figura corporal de menor peso; asimismo confirmaron la relación entre autoestima e imagen corporal percibida.

Respecto a los factores emocionales, la comida se emplea para atenuar el malestar y constituye un vehículo para manejar esas emociones, que normalmente la persona tiene dificultad para identificar (Bersh, 2006).

La relación de la depresión con la obesidad no es unidireccional, y varía según el sexo y la edad. Herva y col, 2005 mencionan que la depresión infantil conduce a un mayor riesgo de obesidad en la edad adulta.

Una persona con trastorno depresivo tiene un mayor riesgo de sobrepeso y obesidad que la que solo tiene síntomas depresivos (Luppino et. al, 2010).

Además, algunas investigaciones indican que la obesidad es un factor causal de la depresión [Zhao G. 2009; Wilson y Golfield, 2014; Luppino, et al, 2012). Un estudio realizado por Onyike, & et al. 2006, concluyeron que las personas obesas tenían un mayor riesgo de depresión actual o de por vida que sus compañeros pares que tenían peso normal. Las mujeres con obesidad fueron más propensas a sufrir depresión durante el último mes, en comparación con los hombres obesos.

Otro estudio hecho por Wilson y Golfield, en 2014 mostró que la obesidad severa (IMC 40 kg / m²) se asoció fuertemente con la depresión del último mes. En el grupo más joven de adolescentes, los síntomas depresivos se encontraron con más frecuencia en los obesos que en los normales.

Un informe realizado por Eremis en 2014, mostró que los adolescentes obesos no clínicos y de peso normal tenían puntuaciones de depresión más bajas que los obesos clínicos. Debido a su peso, los niños y adolescentes obesos tenían dificultades para hacer amigos, ya

que sus compañeros los consideraban físicamente inaceptados, menos sociables y más agresivos.

Además, las burlas familiares y las burlas de los compañeros aumentaron el riesgo de depresión en los niños obesos. Así como la ideación e intentos suicidas, posibles consecuencias de la depresión, se encontraron más comunes entre los niños obesos y las personas obesas de 15 años o más, las mujeres que se percibían a sí mismas con sobrepeso y las mujeres con problemas de Obesidad I y III (Dinh-Toi, & et. al, 2018).

Por otra parte, se cree que la obesidad es el resultado de varios factores, incluida la falta de actividad física, las actividades sedentarias y las prácticas alimentarias poco saludables. Aparte de estos factores, la ansiedad también contribuye significativamente al aumento de peso y al inicio de la obesidad, porque la ansiedad puede causar un consumo excesivo de alimentos y bebidas (Tajik, 2014) e influir en la elección de los alimentos (Cartwright, 2003). Según algunos estudios, las personas estresadas tenían una mayor ingesta de energía (adolescentes y niños) (Cartwright, 2003; Michaud & et. al, 1990) consumían más alimentos grasos, sobre todo comida chatarra y menos frutas, verduras y proteínas. Esos hábitos alimenticios poco saludables conducen a un IMC más alto, lo que finalmente resulta en el desarrollo de sobrepeso u obesidad (Dinh-Toi, & et. al, 2018). Según Jaarsveld et al. 2009, los adolescentes con estrés moderado o grave tenían un IMC mucho más alto que aquellos con estrés leve.

Tabla 1.2

Problemas de salud asociados a la obesidad.

CATEGORÍA DE PROBLEMAS DE ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA SALUD	DE OBESIDAD
Psicológicas	Depresión Ansiedad Baja autoestima Pobre calidad de vida

Problemas psicológicos asociados a la obesidad. Recuperado de Hill, Catenacci y Wyatt, 2005 en Baile & González, 2013.

4. PREVENCIÓN EN OBESIDAD TEMPRANA

Existe una creciente dificultad en la pérdida de peso debido a la necesidad de cambios en el comportamiento y el posterior mantenimiento del peso, así como el gasto, el daño potencial de la medicación y la cirugía; es por ello que la prevención de la obesidad debería ser un enfoque de salud pública. Los esfuerzos deben iniciar en edades más tempranas, porque la obesidad en la infancia especialmente entre los niños mayores y aquellos con obesidad más severa, persistirá en la edad adulta (Whitaker, 1997 citado en Barlow, 2007). Por lo tanto, la niñez representa una oportunidad importante para establecer hábitos alimentarios y de actividad saludables que pueden proteger a los niños contra la obesidad futura (Barlow, 2007).

4.1. Políticas públicas

Para atender el problema de salud pública que lleva consigo el sobrepeso y la obesidad, la evidencia científica ha demostrado que se requiere un abordaje integral y multisectorial de la problemática (Parra y Rubio, 2017).

Existen políticas públicas y leyes que el gobierno ha implementado para aminorar los factores que provocan el desarrollo de obesidad. En la última reforma publicada en 2018, se realizaron modificaciones a la Ley General de Cultura Física y Deporte (Congreso General de la Unión,

2018); ésta tiene como principio rector el fomento al óptimo, equitativo y ordenado desarrollo de la cultura física en cualquiera de sus manifestaciones y expresiones; además busca elevar el nivel de vida social y cultural de los habitantes de las entidades federales y municipios, por medio de la cultura física y el deporte. Además, la ley establece la obligación de los diferentes órdenes del gobierno, así como de las dependencias y entidades administrativas, de coordinarse a efecto de cubrir los principios comprendidos en las áreas de educación física y deporte. Sin embargo, existe la falta de una obligación que le de continuidad a proyectos de carácter nacional y que trascienda administraciones, que pueda tener como resultado un trabajo continuo y eficiente (Meléndez, 2008).

Por otra parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2007 – 2012 estableció combatir el sobrepeso y obesidad promoviendo las actividades físicas en los planteles escolares, citando el objetivo 12 “Promover la educación integral de las personas en todo el sistema educativo”, estrategia 12.8, dice:

“Promover las actividades físicas en los planteles escolares y el deporte en todo el sistema educativo. La obesidad y el sedentarismo son hoy en día dos de los principales problemas de salud en amplios sectores de nuestra población. El fomento del deporte y la actividad física en la escuela contribuirán a mejorar las condiciones de vida de los mexicanos para una existencia saludable, productiva y prolongada. Con esta estrategia, el Gobierno Federal ratifica su compromiso habitual de la vida cotidiana de las generaciones actuales y futuras”. (De la educación, 2007, pg. 163),

Por otra parte, en 2010 se creó un Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, el cual establece diez objetivos prioritarios, en palabras de Barquera, et. al 2010 se resume de la siguiente manera:

1. Fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social.
2. Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable.
3. Disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas.
4. Incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, aumentando su disponibilidad, accesibilidad y promoviendo su consumo.
5. Mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud.
6. Promover y proteger la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, y favorecer una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.
7. Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, entre otros aumentando la disponibilidad y accesibilidad de alimentos reducidos o sin edulcorantes calóricos añadidos.
8. Disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial.
9. Orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, poniendo accesibles y a su disposición alimentos procesados que se lo permitan, e incluyendo en restaurantes y expendios de alimentos, tamaños de porciones reducidas.
10. Disminuir el consumo diario de sodio, reduciendo la cantidad de sodio adicionado y aumentando la disponibilidad y accesibilidad de productos de bajo contenido o sin sodio.

5. TRATAMIENTOS EN EL ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL

5.1. Tipos de tratamiento

Actualmente los tratamientos dirigidos al abordaje de la obesidad infantil incluyen medidas farmacológicas, no farmacológicas e incluso, en determinados casos, en adolescentes puede llegar a precisar tratamiento quirúrgico. Dentro de las medidas no farmacológicas destacan fundamentalmente los cambios en la dieta y los cambios en el estilo de vida, con un aumento de las horas dedicadas a realizar actividad física y una disminución de las horas dedicadas a actividades de tipo sedentario (Díaz, 2017).

Aunque la mayoría de los tratamientos para la obesidad de niños, niñas y adolescentes se centran en cambios alimentarios y de los estilos de vida, es sustancial que el niño se encuentre motivado a realizar este cambio y la familia lo apoye, varios estudios sobre el tratamiento de la obesidad en niños han demostrado la importancia de la participación de los padres en los programas de control de peso.

El Comité de Expertos para la Evaluación y el Tratamiento de la Obesidad recomendó que el tratamiento de la obesidad infantil inicie temprano e involucre a la familia. Se mencionaron las habilidades parentales como la base para una intervención exitosa, que incluye aumentos graduales en la actividad y una reducción dirigida en alimentos ricos en grasas y calorías (Barlow, 1998).

Por ejemplo, un estudio realizado por Golan y Crow en 2004, examinó los resultados de una intervención cognitivo conductual con dos grupos: una fue realizada en niños con sobrepeso de entre 14 y 19 años y otra en donde sólo los padres de niños obesos participaron en las sesiones grupales. Dentro de la intervención para padres se incluyeron límites de

responsabilidades, educación nutricional, modificación del comportamiento de alimentación y actividad, disminución de la exposición al estímulo, modelado parental, resolución de problemas, reestructuración cognitiva y afrontamiento de la resistencia. Respecto a la intervención con los niños un dietista clínico les proporcionó una dieta de 1500 kcal/d y se incluyeron temas de psicoeducación sobre actividad física y técnicas de modificación del comportamiento alimentario, control de estímulos, autocontrol, educación nutricional, resolución de problemas y reestructuración cognitiva. La recopilación de datos en el peso y la altura de seguimiento se midieron 1, 2 y 7 años después de la finalización del programa. Los resultados obtenidos en el estudio mostraron que el grupo de niños donde sólo los padres participaron, logró una reducción significativamente mayor del porcentaje de sobrepeso en comparación con el grupo donde sólo participaron los niños. Al final de la intervención, el 35% de los niños cuyos padres recibieron el tratamiento, alcanzaron un estado no obeso, mientras que en el grupo que abordó exclusivamente a niños, únicamente el 14% alcanzó el estado no obeso. En el seguimiento a siete años reportaron que el 60% de los niños que recibió el tratamiento en conjunto con sus padres, en comparación con el 31% de los niños en el grupo de solo niños, se encontraban en un estado no obeso. Los autores concluyen que las intervenciones basadas en la familia inducen una mayor pérdida de peso.

Estos resultados coinciden con los reportados por Epstein et al. (1994), quienes proporcionaron evidencia de que los tratamientos diseñados para señalar y reforzar un cambio en los hábitos y la pérdida de peso en padres e hijos obesos juntos, son superiores en el mantenimiento por 10 años, que los tratamientos que se centran en los hábitos y cambios de peso del niño, A partir de los resultados a diez años, concluyeron que la regulación del peso en los niños puede lograrse y mantenerse durante períodos prolongados desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta, si los padres participan en los cambios.

Por otra parte, una de las mayores dificultades en los tratamientos no sólo es la nula o poca conciencia que tienen los pacientes hacia la enfermedad, sino que, aun cuando la reconozcan, existe una falta de implicación proporcionada a la gravedad de su situación (Beato et al, 2003).

Por ejemplo, un estudio realizado por Martínez, et. al 2010, exploraron en un grupo de adolescentes obesos las percepciones en cuanto a la obesidad a través de entrevistas semiestructuradas. Dentro de los resultados, se identificó una tendencia a minimizar la obesidad con expresiones en diminutivo considerando a la obesidad como un problema de salud de poca importancia. Bajo esta misma línea, Brener, Eaton, Lowry & McManus, 2004 quisieron examinar la percepción corporal en una muestra de 2032 estudiantes de noveno a décimo grado, primeramente, midieron y pesaron a los adolescentes, obteniendo su IMC y clasificándolos en grupos de bajo peso, normopeso y sobrepeso, posteriormente, a través de un cuestionario midieron la percepción corporal. El 47.7 % de la muestra tenía sobrepeso, de los cuales el 20% se percibía con bajo peso.

Otro estudio realizado en México por Guerra, Gallegos & Flores, 2007, investigó el cambio en las conductas de salud, específicamente en los patrones de alimentación y ejercicio físico en 47 descendientes obesos de padres diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2. Los investigadores calcularon su IMC a través de su peso y altura, y aplicaron dos cuestionarios que evaluaban la disposición al cambio en actividad física y alimentación. Los resultados reportan que, más del 50% de los participantes no tenía ninguna intención de disminuir el consumo de grasa en sus alimentos y una parte aún mayor no pretendía realizar ejercicio en los próximos seis meses.

En el Modelo Transteórico del cambio, Prochaska y Diclemente (1982) plantearon que a la hora de realizar cualquier cambio de conducta/s, el decidir cambiar y efectivamente

hacerlo no es cuestión de todo o nada; sino que, más bien, es un proceso gradual que puede dividirse en fases. Estas fases han recibido el nombre de “Estadios de cambio”; habiéndose descrito cuatro: 1) Precontemplación: la persona no es consciente de tener un problema que resolver; 2) Contemplación: se ha tomado conciencia del problema, pero no se ha decidido cambiarlo, siendo una etapa de ambivalencia que finaliza cuando la persona se decide a intentar el cambio; 3) Acción: se comienza a realizar cambios conductuales, cognitivos y/o afectivos con la intención de resolver el problema; y 4) Mantenimiento: se consolidan los cambios, identificando y resolviendo situaciones de riesgo. Por último, el modelo considera la recaída como un retroceso a estadios de pre-acción (Felix et al., 2012). Este modelo transteórico ha sido utilizado en conjunción con el estilo terapéutico de la entrevista motivacional (Beato, et. al, 2002), para afrontar el cambio de tendencia en la evolución del sobrepeso y para lograr un cambio de actitud frente a la alimentación y al ejercicio físico en los niños y en sus padres (Gorrotxategi, et. al, 2014).

En los niños y adolescentes es frecuente observar que la presión estética y la necesidad de pertenecer a un grupo social es una motivación extrínseca que produce grandes cambios en el estilo de vida, sin embargo, la capacidad para realizar un cambio depende de la voluntad del individuo, es lo que se denomina motivación intrínseca (Cramer & Medina, 2011). Por lo tanto, el profesional debe detectar cuál es la motivación interna y utilizarla como un recurso que apoye y mantenga lo aprendido en las intervenciones (Felix et. al, 2012).

Al respecto, varios metaanálisis y revisiones se han publicado hasta la fecha sobre la eficacia de la entrevista motivacional (Dunn, et al. 2001; Burke et al. 2003 citado en Cramer y Medina, 2011). Por ejemplo, Rubak et al 2014, realizaron un metaanálisis donde estimaron que la entrevista motivacional producía un efecto clínico en el 74% de los estudios, tanto en problemas psicológicos como físicos. La revisión muestra que intervenciones cortas, incluso

de solo 15 minutos, son efectivas, y que la probabilidad de éxito aumenta con el número de encuentros con el paciente y con periodos de seguimiento más prolongados (Boveda, et. al, 2003).

Algunos estudios encuentran relación entre la tasa de abandono y la eficacia del tratamiento, siendo la primera un factor pronóstico de recaída si no se completa el tratamiento (Fernández et al, 2002). Estos datos muestran la importancia de diseñar intervenciones que disminuyan las tasas de abandono. Una estrategia emergente para mejorar la adherencia al tratamiento ha sido combinar las terapias empíricamente validadas o sus componentes para compensar sus puntos fuertes y débiles (Díaz, et al, 2012).

Actualmente, existe evidencia que sugiere que los programas cognitivo-conductuales, propician a la pérdida de peso en niños y adolescentes con problemas de sobrepeso u obesidad, promoviendo incluso el desarrollo de habilidades cognitivas (Diamond, Barnett & Munro, 2007; Lillard & Else-Quest, 2006; Riggs, Greenberg, Kusche & Pentz, 2006 en Hayes, et al. 2017). Entre sus estrategias incluyen el establecimiento de metas, la planificación del cambio de comportamiento, la automonitorización, la inhibición del consumo de alimentos ricos en calorías en situaciones de alto riesgo y la resolución de problemas. En palabras de Hayes et al 2017: “el uso de estas estrategias recluta y desafía al sistema ejecutivo y, cuando se usa de forma regular, debe desarrollar habilidades cognitivas tanto para uso específico en el tratamiento de pérdida de peso como para un desarrollo cognitivo más general” (Hayes, et al 2017, pg. 14). Por lo que es probable que estas estrategias sean efectivas para afectar el funcionamiento ejecutivo en niños obesos que tienen estos tratamientos. (Hayes et al, 2017).

Como se ha visto en la sección anterior, se dio un bosquejo de causas, consecuencias y mantenimiento de la obesidad, lo que nos sugiere que es un fenómeno multifactorial el cual

debe de ser abordado con diferentes técnicas, por ejemplo, se ha relacionado que el masticar supone un gasto energético que se transforma en una forma de reducir la ansiedad de manera rápida y pasajera. Si se utiliza el comer como recurso “anti-ansiedad” se refuerza con el tiempo el utilizar esta práctica estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, teniendo como resultado un aumento de peso, y este aumento de peso genera un motivo de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad, que al ingerir alimentos se convierte en un mecanismo compensador (Diaz & Enriquez, 2007; Eremis et. al 2004 citado en Hayes, 2017). En este sentido, se ha abordado dentro de las intervenciones psicológicas técnicas de relajación que promuevan una manera eficaz y adaptativa de reducir la ansiedad (Kingsley, 2007).

Así mismo, los tratamientos empíricamente validados para la obesidad incluyen educación nutricional (Epstein, 1984). Por ejemplo, una de las técnicas desarrollada por Epstein en 1980 fue una estrategia alimentaria "codificada por colores del semáforo": los alimentos con alto contenido calórico (más de 5 gramos de grasa por porción) están codificados en rojo y solo se deben comer raramente; los alimentos moderados en calorías (entre 2 y 5 gramos de grasa) están codificados en amarillo y pueden consumirse con moderación; y los alimentos bajos en calorías (menos de 2 gramos de grasa) están codificados en verde y se pueden consumir libremente. El comportamiento de autocontrol es también una estrategia central de los programas conductuales de pérdida de peso (Roffey, et al. 2011).

Existe amplia evidencia de la eficacia de las estrategias conductuales en el tratamiento de la obesidad (Epstein, 2004). Las terapias basadas en el comportamiento destacan el desarrollo de nuevos hábitos alimenticios y de actividad física, además de facilitar estrategias específicas para cambiar el entorno. Los componentes utilizados en el tratamiento conductual del control del peso generalmente incluyen el control de estímulos, el automonitoreo, el

refuerzo del cambio de comportamiento y el modelado de comportamientos más saludables (Epstein, 2004). Además, el entrenamiento para padres es un elemento clave en el control de peso. Se les pide a los padres que participen en varias estrategias para ayudar a sus hijos a alcanzar los objetivos de pérdida de peso, incluyendo los contratos conductuales. Los padres acuerdan realizar cambios de conducta junto con los de sus hijos; los padres observan y cuantifican la frecuencia de un comportamiento objetivo (es decir, comer en exceso, comportamiento sedentario) y, posteriormente, usan consecuencias conductuales o "alternativas" para afectar la tasa de un comportamiento específico (por ejemplo, dinero, elogios, fichas, vestimenta). Los programas de terapia conductual también utilizan técnicas de control de estímulo, como enseñar a las personas a limpiar la casa de alimentos ricos en grasas y calorías, comer más despacio, retrasar la gratificación, comer en un área designada y comer bocadillos bajos en calorías (Roffey, et al. 2011).

Aunque algunos estudios sugieren que un abordaje conductual de la obesidad puede ser superior a las estrategias cognitivas (Herrera, 2004), la inclusión de componentes cognitivos en investigaciones de pérdida de peso infantil y adulta ha mostrado resultados favorables (Floodmark, 1993; Senediak, 1985, citado en Williams, 1993). La terapia cognitiva pretende abordar problemas que pueden haberse pasado por alto en programas conductuales, incluyendo distorsiones cognitivas con respecto a la imagen corporal y la alimentación, instrucción en autocontrol, técnicas de resolución de problemas, problemas de motivación y barreras para un comportamiento saludable. De manera similar a los programas conductuales, los componentes cognitivos se usan generalmente junto con la educación sobre la actividad física y la alimentación (Roffey, et al. 2011).

Por ejemplo, un programa de tratamiento cognitivo-conductual para niños de 9 a 13 desarrollado por Kirschenbaum et al, 1984, utilizó un programa de 9 semanas que incluía

autocontrol dietético y de actividad física y estrategias cognitivas para manejar afirmaciones negativas y entrenamiento de asertividad. Los niños en el grupo de tratamiento cognitivo perdieron significativamente más peso que los controles y mantuvieron su pérdida de peso a los 3 meses de seguimiento.

Otro estudio realizado por Duffy y Spence, 1993 asignaron aleatoriamente a 27 niños con sobrepeso (de 7 a 13 años) a ocho sesiones de manejo conductual y a otro con sesiones de manejo cognitivo. No se observaron diferencias entre los grupos de tratamiento, y ambos grupos de niños demostraron mejoras significativas en el peso a los 6 y 9 meses de seguimiento. Por lo tanto, aunque se necesita investigación adicional para establecer si pueden existir diferencias en los resultados entre el tratamiento conductual y las estrategias cognitivas, parece que los dos enfoques para la pérdida de peso pueden ser igualmente valiosos (Roffey, et al. 2011).

6. JUSTIFICACIÓN

Como se mencionó anteriormente en este trabajo, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública que es urgente abordar, reconociendo que es una enfermedad de curso crónico, que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, en la que interactúan factores individuales, genéticos, conductuales y ambientales, incluyendo los estilos de vida. De acuerdo con cifras recientes, la prevalencia de obesidad en población infantil ha crecido sustancialmente, generando importantes repercusiones. los niños obesos son generalmente afectados en el ámbito psicosocial, ya que por lo general registran una percepción negativa de su silueta, baja autoestima, un nivel bajo de confianza en las capacidades físicas propias y un interés escaso para participar en actividades físicas; y pueden llegar a padecer discriminación, exclusión social, depresión y ansiedad; por otra parte, las

consecuencias en la adultez tienen un alto impacto, puesto que entre el 77 y el 92 % de los niños y adolescentes obesos siguen siendo obesos en la edad adulta.

Teniendo en cuenta la magnitud de la obesidad, su etiología multifactorial y las consecuencias para la salud física y psicológica, es necesario plantear intervenciones potencialmente apropiadas para combatir la obesidad. De acuerdo con lo que la literatura remarca, el resultado y mantenimiento de las intervenciones debe dirigirse como primer paso hacia el establecimiento motivacional, y después encaminarse a la una integración de técnicas cognitivo-conductuales. Este tipo de intervenciones han sido reportadas con un alto nivel de eficacia y lo más importante, han demostrado que los resultados se mantienen a largo plazo, así mismo, se ha remarcado la importancia de que las intervenciones sean integrales entre el niño y sus tutores. Con base en lo anterior, el objetivo de este trabajo, es valorar el efecto de una intervención cognitivo conductual, a través de la entrevista motivacional y técnicas de relajación, psicoeducación, reestructuración cognitiva, modificación de hábitos y solución de problemas, que generen por parte de la díada (cuidador-niño) estrategias que mantengan un cambio en el estilo de vida y que mejoren los factores psicológicos relacionados: ansiedad, depresión, autoeficacia, incluyendo la modificación de pensamientos disfuncionales y el autocontrol en la ingesta de alimentos que propicien el mantenimiento de hábitos saludables.

6.1. Pregunta de investigación

¿Qué efectos tiene una intervención cognitivo conductual en la modificación de hábitos saludables en niños con obesidad?

6.2. Objetivo general

Evaluar si los resultados de la intervención impactan de forma positiva en la modificación de hábitos saludables en niños con obesidad.

6.3. Objetivos específicos

1. Identificar los alcances de la intervención en variables psicológicas de autoeficacia, ansiedad y depresión.
2. Evaluar el mantenimiento de los efectos de la intervención a mediano plazo.

7. MÉTODO

7.1 Diseño de investigación

Diseño N=1, con dos replicas A-B-C

Los estudios N=1 prueban las predicciones dentro de un objeto de investigación basándose en la medición repetida de variables a lo largo del tiempo. N más a menudo se refiere a un individuo, pero también se puede definir como un grupo o unidad, por ejemplo, una familia, un hospital, una organización. Para diseños N=1, la potencia del estudio está determinada por el número de observaciones repetidas. Por tanto, es posible satisfacer los objetivos del estudio con un solo individuo o unidad de investigación (Duan, Kravitz y Schmid, 2013).

El diseño N=1 es un método recomendado para probar la teoría del comportamiento dentro de los individuos a través de medidas repetidas (Craig et al., 2008) y es el diseño óptimo para examinar la variabilidad dentro de la persona en las cogniciones y los resultados del comportamiento (Johnston & Johnston, 2013). Los estudios N=1 se han utilizado con éxito en varios entornos para estudiar una variedad de comportamientos de salud, incluida la adherencia al tratamiento, la actividad física, el uso de drogas/alcohol, el sueño, el tabaquismo y la conducta alimentaria (McDonald et al., 2017).

7.2. Participantes

En la realización de este proyecto, se trabajaron con dos niñas de 9 años y un niño de 8 años. Para facilitar el acceso a la población, se asistió a escuelas ubicadas al sur de la Ciudad de México (esto con el propósito de que la cercanía de las escuelas con la sede donde se impartió la intervención fuera un facilitador), previa cita con el/la director (a). Miembros del laboratorio se presentaron y expusieron los motivos y dinámica de la intervención, se pidió el apoyo del director (a) con la identificación de niños que presentaran sobrepeso u obesidad a través de sus certificados médicos, convocando una junta con los padres de familia, en donde nuevamente se expusieron los puntos principales de la intervención, entregándoles una hoja donde los interesados anotaron sus números telefónicos para después ser contactados.

Criterios de inclusión:

- Dx médico de obesidad o sobrepeso
- Edades entre 8 a 10 años

Criterios de exclusión:

- Presencia de discapacidades motoras
- Problemas cardiovasculares

7.3. Escenario

El escenario en donde tuvieron lugar todas las sesiones de intervención se encontraba dentro de la Facultad de Psicología de la UNAM, en un cubículo con dimensiones de 4x4 metros y equipado con material de cómputo, mesas, sillas e iluminación adecuada, libre de distractores o ruido que pudieran afectar el curso de las sesiones. Adicionalmente, otros materiales que fueron utilizados incluyen: Cámara fotográfica, báscula electrónica, cinta para medir, hojas

de papel, lápices, plumas, así como material didáctico diseñado para los propósitos específicos de la intervención.

7.4. Instrumentos

Escala de Ansiedad para niños (SCAS) (Hernández y col. 2010).

La escala de ansiedad para niños Spence (Spence Children's Anxiety Scale, SCAS, por sus siglas en inglés) (Hernández y col., 2009; Spence, 1997) está compuesta por un total de 44 ítems referentes a síntomas de ansiedad, 38 de los ítems se dividen en seis dimensiones: 1) pánico- agorafobia, 2) ansiedad por separación, 3) fobia social, 4) miedo al daño físico, 5) trastorno obsesivo-compulsivo y 6) ansiedad generalizada; los restantes seis son ítems positivos de relleno para contrarrestar el sesgo negativo de los anteriores se toman en cuenta para su calificación.

El instrumento cuenta con una escala Likert de cuatro opciones: nunca (0), a veces (1), muchas veces (2) y siempre (3). Para su calificación se realiza la suma de los puntos obtenidos por cada ítem, a mayor puntaje mayor ansiedad. Para los puntos de corte, debido al número de ítems que componen cada factor es diferente la puntuación total se divide dependiendo del número de ítems, se establecieron puntos de corte arbitrarios para examinar a los niños con puntajes altos.

Esta escala fue traducida, validada y estandarizada para población mexicana por Hernández, L. y cols. (2009), quienes para obtener la versión en español emplearon un procedimiento tradicional de traducción-retraducción del SCAS por Spence, (1997). Para su validación se aplicaron a 554 niños: 278 niños y 276 niñas, entre 8 y 12 años

de edad, provenientes de escuelas primarias públicas básicas de nivel socioeconómico medio-bajo de la Ciudad de México. El instrumento traducido por Hernández y cols. (2009) cuenta con una consistencia interna, alfa de cronbach de .88.

Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física (Aedo y Ávila, 2006).

Este instrumento está orientado a la medición de la autoeficacia orientada a la prevención del sobrepeso el cual permite medir tres componentes de la misma: actividad física, alimentación y control de alimentación emocional. El instrumento está dirigido para población de enseñanza básica con edades de entre ocho a 13 años, está conformado por 30 ítems con escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van de “No soy capaz de hacerlo” = 1, hasta “Soy muy capaz de hacerlo” = 4

El instrumento es una adaptación de la versión para adolescentes de Guzmán y Guzmán (2011) y está rediseñado para medir la variable de autoeficacia relativa al control del peso en niños de enseñanza básica por lo que los ítems del instrumento de Guzmán y Guzmán (2011) en cuanto al lenguaje y pensamiento de los niños de edad escolar, se validaron mediante un panel de jueces. Esta versión (Gómez-Peresmitré, 2017) se aplicó a 1,151 participantes, mujeres y hombres con edades de entre ocho y 13 años de edad, posteriormente se realizó un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio el cual arrojó una estructura de tres factores con 20 ítems ($\alpha = 0.88$). Finalmente Gómez, P., y col. (2017) obtuvieron un instrumento parsimonioso, con validez y consistencia interna ($\alpha = 0.88$) aceptables.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D), adaptada a población infantil de México

por Benjet, Hernández-Guzmán, Tercero-Quintanilla, Hernández-Roque y Chartt-León (1999). Es una escala autoaplicable que consta de 20 ítems que reflejan la frecuencia de ocurrencia de síntomas depresivos en la semana previa a la aplicación. Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta: 0 días, 1-2 días, 3-4 días y 5-7 días. La escala cuenta con una estructura de 4 factores: afecto negativo, afecto positivo, quejas somáticas y actividad retardada. En esta investigación la escala arrojó un alfa de Cronbach de 0.87.

Sistema de Autorregistro de Conducta Saludable (SARECS). (Alfaro, 2018).

El Sistema de Auto-Registro de Conducta Saludable (SARECS) fue creada por Alfaro, J. (2018) es un autorregistro de auto aplicación el cual está enfocado en la medición de los hábitos de actividad física y alimentación.

El autorregistro se puede administrar en dos presentaciones: la primera en físico, que se encuentra en una hoja de la cual al frente se localizan los reactivos y las opciones de respuesta, mientras que en la parte trasera se encuentra el apartado para el registro de las respuestas de los participantes. Esta versión solamente puede registrar las respuestas de una semana.

La segunda versión es una aplicación para teléfono celular, la cual solamente se llena una vez al día en un horario establecido por el terapeuta y la cual cuenta con una alarma para anunciarle al participante que ya está habilitado su llenado. Sin embargo, si el participante no realiza el llenado del autorregistro a la hora establecida entonces se bloqueará por el resto del día y ya no podrá ser llenado. Esta versión cuenta con respuestas de opción múltiple. Una vez llenado el autoregistro, la aplicación otorga cierta puntuación por el llenado de este y de manera automática vacía los datos en Excel para la recolección

por el terapeuta. Ambas versiones cuentan con los mismos ocho reactivos, los cuales son de opción múltiple, estas respuestas varían de acuerdo con el reactivo, a pesar de que hay una variedad de respuestas solo se debe de registrar una respuesta. El llenado del autorregistro se realiza de manera diaria a la misma hora y deben de ser recolectados por el terapeuta en cada sesión de intervención.

Los reactivos se clasifican de la siguiente manera:

a) ¿Realizaste alguna actividad física el día de hoy?, b) ¿Qué tipo de actividad fue?, c) ¿Durante cuánto tiempo?, d) ¿Cómo se siente el estar activo?, e) ¿Se consumió comida chatarra? f) ¿Qué tipo de comida chatarra? g) ¿Se consumieron frutas, verduras o comida casera?, h) Del 0 al 10 ¿qué tanto se cumplió con las tareas asignadas por el terapeuta? Para el presente estudio sólo se tomaron en cuenta los reactivos a y e. Para mayor precisión de los instrumentos (Véase ANEXO).

7.4. Variable independiente: Intervención cognitivo conductual

Tabla 1.3

Descripción de la intervención Cognitivo Conductual con el niño.

INTERVENCIÓN CON EL NIÑO

MÓDULO	OBJETIVO	DESCRIPCIÓN
Entrevista motivacional	Mediante la entrevista motivacional se identificó el estadio de cambio en el que se encontraba el niño, con el fin de encaminarlo hacia otra etapa del cambio.	Se realizó la entrevista motivacional identificando el estadio en que se encontraba, se enfatizaron las consecuencias positivas que le gustaría obtener con su cambio de hábitos y se otorgó una tarjeta confeccionada donde se le pidió que anotara las ventajas personales del cambio.

Psicoeducación	Proporcionar al niño información relacionada con la obesidad y los factores y consecuencias que se asocian, mediante material audiovisual.	La psicoeducación se basó en los siguientes temas: definición de obesidad, factores sociales, biológicos y personales relacionados, y consecuencias para la salud personal y social. Información relacionada con la alimentación y actividad física.
Método DEPA y técnicas de relajación	A través del método D.E.P.A. y las técnicas de relajación, enseñar al niño a demorar la conducta de ingerir alimentos chatarra, anticipando las consecuencias a nivel físico y social.	Se enseñó al niño el método D.E.P.A., realizando una analogía con los colores del semáforo, adicionalmente, se le instruyó en técnicas de relajación como método de autocontrol.
Reestructuración cognitiva	Guiar al niño en la identificación de pensamientos que pudieran sabotear el consumo de alimentos saludables y la ejecución de actividad física, ayudarlo a modificar esos pensamientos en función de sus metas.	Se le enseñó el modelo A-B-C y a través de éste se identificaron los pensamientos y creencias que impedían controlar su alimentación saludable y la realización de ejercicio físico.
Solución de problemas	Proporcionar al niño una herramienta de solución y problemas, con el objetivo de aumentar su autoeficacia en la resolución de éstos, ayudando a fortalecer su capacidad para enfrentarse eficazmente a estresores.	Se le enseñó a la diada el método de solución y problemas, el objetivo central fue que la diada estableciera la práctica constante de un ejercicio físico.

Descripción de los módulos aplicados en la intervención Cognitivo Conductual con el niño.
Elaboración propia.

Tabla 1.4

Descripción de la intervención Cognitivo Conductual con el padre, madre o tutor.

INTERVENCIÓN CON EL PADRE O TUTOR

MÓDULO	OBJETIVO
Consecuencias e importancia de su participación.	Proveer a los padres información sobre las consecuencias a nivel físico, social y emocional que tiene la obesidad. Enfatizar la importancia que tienen los padres en el mantenimiento de hábitos saludables en el niño.
Hábitos saludables y control de estímulos.	Otorgar información sobre la cantidad de azúcar que contienen ciertos alimentos, explicarles el método del semáforo, catalogando a los alimentos en rojo, amarillo y verde. Demostración de menús. Adicionalmente, se les enseñaron técnicas que permitan mantener el consumo saludable.
Instrucción de técnicas de relajación.	Explicar brevemente las técnicas de relajación que fueron enseñadas al niño, promoviendo su práctica cuando desee ingerir alimentos chatarra.
Solución y problemas	Enseñar el modelo de solución y problemas y aplicarlo a la práctica de una actividad física.

Descripción de los módulos aplicados en la intervención Cognitivo Conductual con el padre, madre o tutor. Elaboración propia

7.5. Procedimiento

De manera general, las sesiones fueron una vez por semana, con una duración aproximada de 60 minutos, la mitad del tiempo se trabajó con el niño y el resto con el padre o tutor, en un promedio de 10 sesiones. El registro de las medidas corporales se realizó al inicio de cada

sesión: se midió la talla con una cinta métrica y a través de una báscula electrónica se obtuvo el peso, IMC y grasa corporal. Durante las sesiones, un co-terapeuta ayudó con la realización de ciertas actividades. La estructura de las sesiones estuvo determinada de la siguiente manera:

Sesión 1. Evaluación

Duración: 90 minutos

Materiales: Lápiz, pluma, báscula y cinta métrica.

Instrumentos: Ansiedad, Depresión y Autoeficacia.

10 minutos: Rapport, encuadre y firma del consentimiento informado.

30 minutos: Entrevista clínica

10 minutos: Registro de medidas corporales

30 minutos: Aplicación de instrumentos

10 minutos: Explicación de autorregistro.

El terapeuta se presentó formalmente con la diada, estableció rapport y realizó preguntas que promovieran el diálogo y generaran confianza entre ambos. A continuación, se explicó el encuadre de la intervención. Una vez esclarecidas las dudas, el paciente firmó el consentimiento informado y se le aplicó la entrevista clínica. Después, se procedió a registrar las medidas corporales: talla, peso, IMC y grasa corporal mediante una báscula electrónica. Posteriormente, se le pidió al niño contestar los siguientes instrumentos: Autoeficacia a la actividad física, Ansiedad (SCAS) y Depresión (CES-D); al terminar de contestar se indagó sobre el consumo de comida chatarra, el consumo de frutas, verduras o comida casera y la práctica de actividad física durante el último mes y se registró en los autorregistros como línea retrospectiva. Se tomó una fotografía de cuerpo completo al niño que fue utilizada en sesiones

posteriores, se les explicó el motivo y enfatizó que sólo era para fines exclusivos de la intervención.

Finalmente, se otorgó al niño y tutor los autorregistros que contestarían diariamente, para facilitar su adherencia, se realizaron recordatorios diarios durante las primeras semanas.

Se despidió a la diada, agendando la próxima sesión preferentemente el mismo día y hora.

Sesión 2. Entrevista motivacional

Duración: 60 minutos

Materiales: Sillas, tarjeta de papel decorada.

Instrumento: Depresión

Se realizó la entrevista motivacional identificando el estadio en que se encontraba el niño, se distinguieron y describieron las consecuencias positivas que deseaba obtener con su cambio de hábitos y se entregó un rectángulo de papel decorado, la cual fungía como una tarjeta de beneficios donde se le pidió que anotara las ventajas personales e intrínsecas del cambio, se le ayudó al niño en sesión incitando algunos ejemplos. Se le dio la instrucción de colocarla en un lugar muy visible en casa y que frecuentara cotidianamente para así facilitar su lectura. Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D, se despidió a la diada agendando la próxima sesión.

Sesión 3. Psicoeducación

Duración: 60 minutos

Materiales: Sillas, mesa, computadora (presentaciones Prezi, página web), báscula, cinta métrica.

Instrumento: Depresión

30 minutos: Psicoeducación para el niño	Terapeuta
30 minutos: Psicoeducación para la madre	Terapeuta

Después de tomarse las medidas corporales del niño (peso, IMC, y grasa corporal), a través de una presentación en Prezi se comenzó la psicoeducación explicando la definición de sobrepeso y obesidad y qué factores contribuyen a desarrollarla, enfatizando las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, se pidió al niño que participara activamente con ejemplos que serían retomados durante la sesión.

Mientras el co-terapeuta permaneció con el niño, se le otorgó psicoeducación al padre, madre o tutor. A través de una presentación en Prezi, se expuso información acerca de las consecuencias físicas y sociales que podía generar el continuar con el estilo de vida actual, adicionalmente, se le otorgaron técnicas que facilitarían el cambio de hábitos, como contrato conductual, control de estímulos, reforzamiento, etc. Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D, se despidió a la díada agendando la próxima sesión.

Sesión 4. Reestructuración Cognitiva

Duración: 50 minutos: Reestructuración cognitiva con el niño, 10 minutos: revisión de autorregistros.

Materiales: Sillas, mesa, computadora, báscula, cinta métrica.

Instrumento: Depresión

Se le enseñó al niño el modelo A-B-C propuesto por Beck, con el objetivo de identificar los pensamientos que pudieran interrumpir o evitar un estilo de vida saludable, así como las consecuencias psicológicas que pudiera generar el problema de obesidad, por ejemplo: burlas

de compañeros, sentimientos de tristeza, etc. Para facilitar su aprendizaje, se le mostraron videos interactivos que ejemplificaran los pensamientos distorsionados y se comentaron ejemplos mediante el uso de metáforas. Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D, se despidió a la díada agendando la próxima sesión.

Sesión 5. Psicoeducación y D.E.P.A

Duración: 60 minutos

Materiales: Sillas, mesa, computadora (presentaciones Prezi, página web), semáforo de madera, calcomanías de alimentos, báscula, cinta métrica.

Instrumento: Depresión

30 minutos: Psicoeducación para el niño – Terapeuta

30 minutos: Psicoeducación para la madre – Terapeuta

Después de tomar las medidas corporales del niño, el terapeuta enseñó figuras de alimentos de cartón enmicado que era recomendable tener en su alimentación diaria. Se realizó una analogía con los colores del semáforo: rojo, amarillo y verde. Los alimentos en rojo eran los relativamente altos en carbohidratos y calorías y bajos en proteínas, vitaminas y minerales, alentando a disminuir su consumo. Los alimentos en amarillo contenían más valor nutricional, por lo general como fuentes de proteína, pero que eran relativamente altos en calorías, sugiriendo consumirlos con moderación. Los alimentos verdes eran los más nutritivos y relativamente bajos en calorías, aquellos a los que se les incitó comer habitualmente. Se pidió al niño que acomodara los alimentos según correspondiera el color. Posteriormente, se le enseñó el método D.E.P.A para enlentecer la respuesta de comer impulsivamente, nuevamente

se utilizó el semáforo rojo haciendo una analogía con los colores. Rojo, detente; Amarillo, enlentece; Verde, consume. Se hizo la distinción entre hambre y antojo.

Mientras el niño se encontraba con el co-terapeuta, la terapeuta proporcionó psicoeducación al padre, madre o tutor. Mediante el semáforo de alimentos explicado al niño, se le expuso al tutor, pero de forma menos lúdica los alimentos que eran recomendables en la dieta familiar, se otorgaron recomendaciones sobre el consumo de comida chatarra, disponibilidad de dulces en casa, enseñar al niño a racionar los dulces, etc. Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D. Se despidió a la diada agendando la próxima sesión.

Sesión 6. Técnicas de Relajación

Duración: 60 minutos (10 minutos entrenamiento en respiración diafragmática y 30 minutos en relajación muscular progresiva).

Materiales: Báscula, cinta métrica, globo, sillas.

Instrumento: Depresión

Se le explicó al niño la estructura de la sesión y la función de la relajación.

Primeramente, se infló un globo con el niño entrenando los músculos del diafragma; una vez inflado, mediante modelado y moldeamiento se enseñó la técnica de respiración diafragmática en 3 tiempos: inspirar, mantener y espirar por la boca. Una vez dominada la técnica se le enseñó al niño la técnica de relajación de Koeppen (1974), que involucra los siguientes grupos musculares: para las manos y brazos se simuló exprimir un limón y luego se dejó caer, el proceso se repitió tres veces con cada mano; para brazos y hombros se simuló ser un gato perezoso que se estiraba en diversas direcciones y luego dejaba caer los brazos, el ejercicio se

repitió cinco veces. Para los hombros y cuello se representó ser una tortuga que se esconde bajo el caparazón, tensando ambos grupos, después se soltaron relajándolos y volviendo a la posición original. El proceso se repitió tres veces. Para la mandíbula, se le pidió imaginar que estaba jugando con chicle enorme, y que, al intentar morderlo, tensara la parte superior y después relajara. El ejercicio se repitió tres veces, con distintos chicles. Para los grupos de la cara, nariz y frente se le pidió imaginar que una mosca se posaba sobre su nariz y él/ella sin usar las manos debía espantarla con movimientos de la nariz, frente, mejillas; el proceso se repitió tres veces y después de realizar cada uno, relajaba los músculos. Para tensar y destensar el estómago se le pidió que visualizara que un elefante iba pasar sobre su estómago y él/ella debía tensarlo para que no lo lastimara, después se le pidió al niño relajarse los músculos. Se repitió dos veces. Finalmente, se terminó el entrenamiento con las piernas. Se le pidió que imaginara que se estaba sumergiendo en un estanque de barro, y éste se hacía cada vez más duro, él debía luchar para salir de ahí tensando sus piernas, una vez que salía, destensaba y se concentraba en la relajación de todo su cuerpo. El ejercicio se repitió dos veces.

Una vez trabajados todos los grupos musculares, se concluyó la sesión realizando ejercicios de respiración diafragmática para reforzar los conocimientos. Se asignó de tarea realizarlos en casa. En la sesión con el padre, madre o tutor se le explicó brevemente la actividad antes realizada y el objetivo de ésta, se pidió su apoyo para que ejecutara junto con el niño la técnica cuando deseara consumir algún alimento en exceso o cuando mostrara signos de ansiedad o nerviosismo. Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D. Se despidió a la mañana agendando la próxima sesión.

Sesión 7. Psicoeducación: actividad física y hábitos saludables.

Duración: 60 minutos

Materiales: Sillas, mesa, computadora (presentaciones Prezi, página web), báscula, cinta métrica.

Instrumento: Depresión

30 minutos: Psicoeducación para el niño – Terapeuta

30 minutos: Psicoeducación para el tutor – Terapeuta

A través de psicoeducación se le enseñó al niño y al padre, madre o tutor, la promoción de hábitos saludables, los conceptos generales de actividad física: definición, funciones y consecuencias positivas. Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D, se despidió a la díada agendando la próxima sesión.

Sesión 8. Imagen corporal.

Duración: 60 minutos.

Materiales: Sillas, mesa, computadora (Fotografía), báscula, cinta métrica.

30 minutos: Psicoeducación para el niño – Terapeuta

30 minutos: Psicoeducación para el tutor– Terapeuta

Retomando nuevamente la entrevista motivacional, se intentó aumentar la motivación intrínseca para el cambio. Se utilizó la foto del niño capturada en la primera sesión que, a través de Photoshop se modificó el peso virtualmente, otorgando retroalimentación visual de las consecuencias sociales y físicas que podría generar el cambiar los hábitos alimenticios y

sedentarios actuales, ambas fotografías mostraban un cuerpo más delgado y otro un cuerpo más robusto. Se trazarán los objetivos que permitieron iniciar y mantener el cambio, enfatizando la sesión de hábitos.

En la psicoeducación con los padres se expuso la misma fotografía resaltando la importancia del mantenimiento en la modificación de hábitos. Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D, se despidió a la diada agendando la próxima sesión.

Sesión 9. Modelo de solución y problemas.

Duración: 60 minutos, entrenamiento en solución y problemas con la diada

Materiales: Computadora, sillas, báscula, cinta métrica, hojas de papel.

Instrumento: Depresión

Mediante una presentación en Prezi se le enseñó al niño y tutor los pasos del Modelo de Solución y Problemas y se realizó junto con ellos ejemplos de cada uno. Se orientó al niño y tutor la elección de una actividad física, a través de sus intereses y posibilidades. El modelo explicado contenía los siguientes apartados:

1. Modificación de la orientación al problema.
2. Definición del problema.
3. Creación de alternativas.
4. Balance decisional y elección.
5. Ejecución de la elección mediante aproximaciones sucesivas.
6. Análisis de resultados.

Antes de finalizar se recabaron los autorregistros reforzando el haberlos realizado y se aplicó el instrumento CES-D, se despidió a la díada agendando la próxima sesión.

Sesión 10. Post-evaluación

Duración: 40 minutos

Materiales: Lápiz, pluma.

Instrumentos: Ansiedad (SCAS), Depresión (CES-D y Autoeficacia hacía la actividad física.

Báscula y cinta métrica.

El terapeuta registró las medidas corporales del niño y le aplicó los instrumentos de la primera sesión: Autoeficacia a la actividad física, ansiedad y depresión.

Se finalizó la sesión con la explicación de los autorregistros para el padre y niño durante las semanas siguientes, y se agendó la próxima sesión de seguimiento dentro de un mes, y se agradeció su participación durante la intervención.

Sesión 11. Seguimiento

Duración: 40 minutos

Materiales: Lápiz, pluma,

Instrumentos: Ansiedad (SCAS), Depresión (CES-D y Autoeficacia hacía la actividad física.

Báscula y cinta métrica.

El terapeuta registró las medidas corporales del niño y le aplicó los instrumentos de la primera sesión: Autoeficacia a la actividad física, ansiedad y depresión.

Finalmente, se otorgó retroalimentación de los resultados obtenidos en las pruebas y autorregistros. Se entregó un manual para padres que incluía información psicoeducativa, menús saludables y ejercicios físicos recomendados. Se agradeció su participación durante la intervención y se despidió a la diada.

8. RESULTADOS

8.1. PARTICIPANTE A

La paciente TP (paciente A) es una niña de 9 años que acudió junto con su madre a la Facultad de Psicología para participar en la intervención. Fue canalizada por autoridades de su escuela, quienes, a través de su certificado médico, la identificaron con exceso de peso. De acuerdo con sus medidas corporales y con los lineamientos de la OMS, TP presenta obesidad. Ver *Tabla 2.1* para más detalle.

El motivo de consulta que refirió la madre de la paciente fue el siguiente: *“Después del llamado de atención por parte de su maestra, me preocupó el estado de salud que mi hija pudiera tener a causa del sobrepeso, por lo que me gustaría poder establecer hábitos saludables permanentes en toda la familia, porque yo también padezco obesidad”* (sic).

Mediante una entrevista semiestructurada se obtuvo la siguiente información: TP es una niña que cursa el tercer grado de primaria, es hija única y vive sola con su madre, quien trabaja de lunes a viernes y pasa gran parte del día fuera de casa, lo que le impide pasar tiempo con su hija y prestar la atención necesaria a su alimentación y actividades. Los antecedentes médicos identificados muestran que la niña no padece enfermedad alguna; no obstante, tanto la familia materna como paterna presenta obesidad. Actualmente, la abuela materna padece

diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial, mientras que el abuelo paterno sufre fibrosis pulmonar.

En cuanto a los hábitos alimenticios de TP, manifiesta realizar cinco comidas al día. Su madre refiere que desayuna diariamente en su casa; cuando asiste a la escuela, le prepara un refrigerio en el que procura incluir frutas y verduras, además le da dinero para comprar algún otro alimento, que generalmente consiste en comida chatarra. Después de clases, la paciente queda al cuidado de su abuela materna, quien se encarga de su alimentación por las tardes, la cual consta de: sopa, plato fuerte, agua de sabor y una colación a base de frutas o verduras con chile. Respecto a la cena, su madre menciona que, por falta de tiempo o por cansancio, prefiere comprar comida rápida, por ejemplo: tacos, tortas, comida rápida, etc.

Adicionalmente, se indagaron cambios en el tipo o la cantidad de comida que TP consume ante estados emocionales específicos, tales como felicidad, tristeza o enojo; no se reportaron diferencias. También se preguntó por la presencia de ansiedad o nerviosismo que pudiera afectar el consumo, la paciente refirió que éste no cambia excepto cuando sabe que su padre la visitará o llamará por teléfono, porque teme que la regañe por sus calificaciones; la madre confirma que la presencia de su padre es un evento que le provoca ansiedad a la menor.

Se examinaron también las actividades que TP realiza durante el día. Al llegar a casa de su abuela, come y después duerme por un lapso de dos a tres horas, por lo que se describe a sí misma como “*muy floja*”, pues promete dormir sólo una hora. Menciona que le gusta mucho patinar, practica una vez a la semana por más de treinta minutos. Los motivos por los que no lo hace diariamente se deben al espacio reducido de la casa de su abuela y al tipo de piso con el que cuenta su casa.

Los principales obstáculos que tanto TP como su madre perciben para llevar una vida más saludable son la falta de tiempo y la mala organización de éste, la paciente enfatiza en este último punto diciendo: “*siento que pierdo mucho tiempo durmiendo*” (sic), haciendo referencia a las siestas que toma por la tarde. En este sentido, dentro de los métodos de solución que han efectuado mencionan la implementación de una dieta sugerida por un nutriólogo y bailar en casa. En el primer caso, realizaron la dieta sólo por un tiempo y después la abandonaron; en el segundo caso, la niña criticaba la forma de bailar de su madre, por lo que ésta se sintió ofendida y desertó.

Las consecuencias del problema de obesidad en TP han sido de tipo físico y social: cansancio y disnea al realizar ejercicio, comentarios ofensivos a cerca de su cuerpo por parte de compañeros y limitaciones por el peso, por ejemplo, no asistir a torneos o competencias. Después de la información recabada en la entrevista, se aplicó una batería de pruebas psicológicas para complementar la valoración. Los puntajes se detallan en la *Tabla 2.2*.

Tabla 1.5.

Medidas corporales.

Estatura	Peso	IMC	Grasa Corporal	Clasificación
1.46	48 kg	22.5	36.6	Obesidad tipo 1

Datos obtenidos de la paciente A respecto a sus medidas corporales al inicio de la intervención: Estatura, Peso, IMC y Grasa Corporal.

En la *Tabla 1.5*. Se muestran las medidas corporales del paciente A en la evaluación. Según los lineamientos de la OMS respecto a su edad, talla y peso, TP presenta obesidad tipo I.

Tabla 1.6

Puntajes obtenidos en la Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física y Escala de Ansiedad.

Escala	Subescalas	Puntaje		
		PRE	POST	SEGUIMIENTO
Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física		105	115	115
Escala de Ansiedad (SCAS)	Pánico – Agorafobia	3	2	2
	Ansiedad Por Separación	4	3	3
	Fobia Social	4	3	2
	Miedo Al Daño Físico	7	7	5
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	6	2	4
	Ansiedad Generalizada	6	2	4

Puntajes de la Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física y Escala de Ansiedad aplicadas al paciente A. Los puntajes de ambas escalas se agrupan durante el inicio (pre), final (post) del tratamiento, así como seguimiento. En la escala de Autoeficacia se muestran los puntajes totales, mientras que en la Escala de Ansiedad se distribuyen los puntos en seis factores: Pánico – Agorafobia, Ansiedad por Separación, Fobia Social, Miedo al Daño Físico, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Ansiedad Generalizada.

En la *Tabla 1.6* se observan los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física y la Escala de Ansiedad (SCAS). Respecto a la primera escala, se detallan los resultados al inicio y final de la intervención, así como seguimiento; de acuerdo con los puntajes de corte, desde el inicio de la intervención se muestran niveles altos de autoeficacia, los cuales incrementan al final del tratamiento y se mantienen durante el seguimiento.

La Escala de Ansiedad agrupa los reactivos en seis factores, de acuerdo con los porcentajes obtenidos, los cambios al inicio, termino y seguimiento muestran cambios de 4 a 3 puntos.

En la *Figura 1.1* y *1.2* se muestran los resultados de los autorregistros, referentes a la frecuencia con la que se realizó actividad física y el consumo de comida chatarra durante las semanas previas al tratamiento y durante éste, así como el seguimiento.

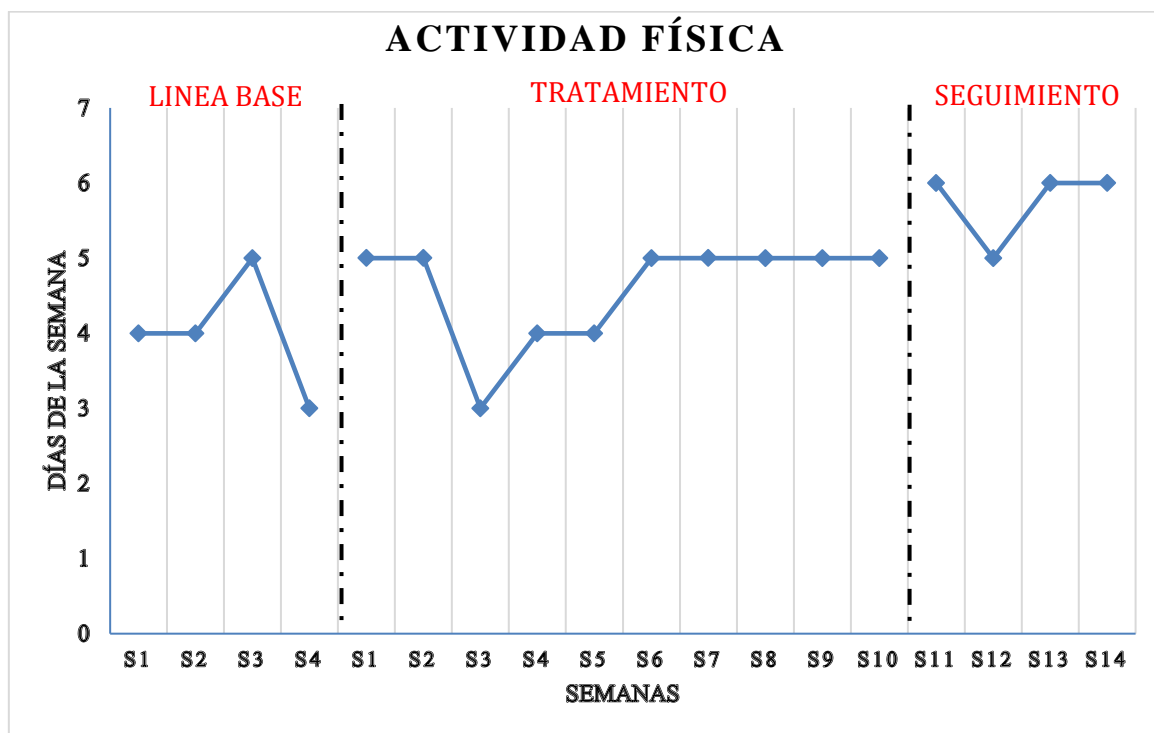


Figura 1.1 Realización de actividad física por parte del paciente A. Se registró el número de veces a la semana en los que el participante reportó haber practicado actividad física, desde las semanas de línea retrospectiva (S1 – S4) hasta la implementación del tratamiento (S1 – S10) y seguimiento (S11 – S14). El eje X muestra el número de días a la semana y el eje Y las semanas que duró el tratamiento y seguimiento. La línea punteada indica el inicio y término de la intervención.

Al inicio de la intervención, se realizó una línea retrospectiva consistente en reportar la frecuencia con la que el participante realizó actividad física durante el último mes. Los datos obtenidos se muestran en la *Figura 1.1*. Durante este periodo se obtuvo un promedio de 4 días a la semana. Posteriormente, durante la intervención, se obtuvieron frecuencias variables; las

primeras dos semanas el participante manifestó haber realizado ejercicio durante cinco días por semana, sin embargo, durante las tres siguientes se manifestó una disminución (3 – 4 días a la semana), hacía la sexta semana se mantuvo en un promedio de cinco días por semana hasta el final del tratamiento; manteniendo durante el seguimiento un promedio de seis días por semana en la realización de ejercicio físico.

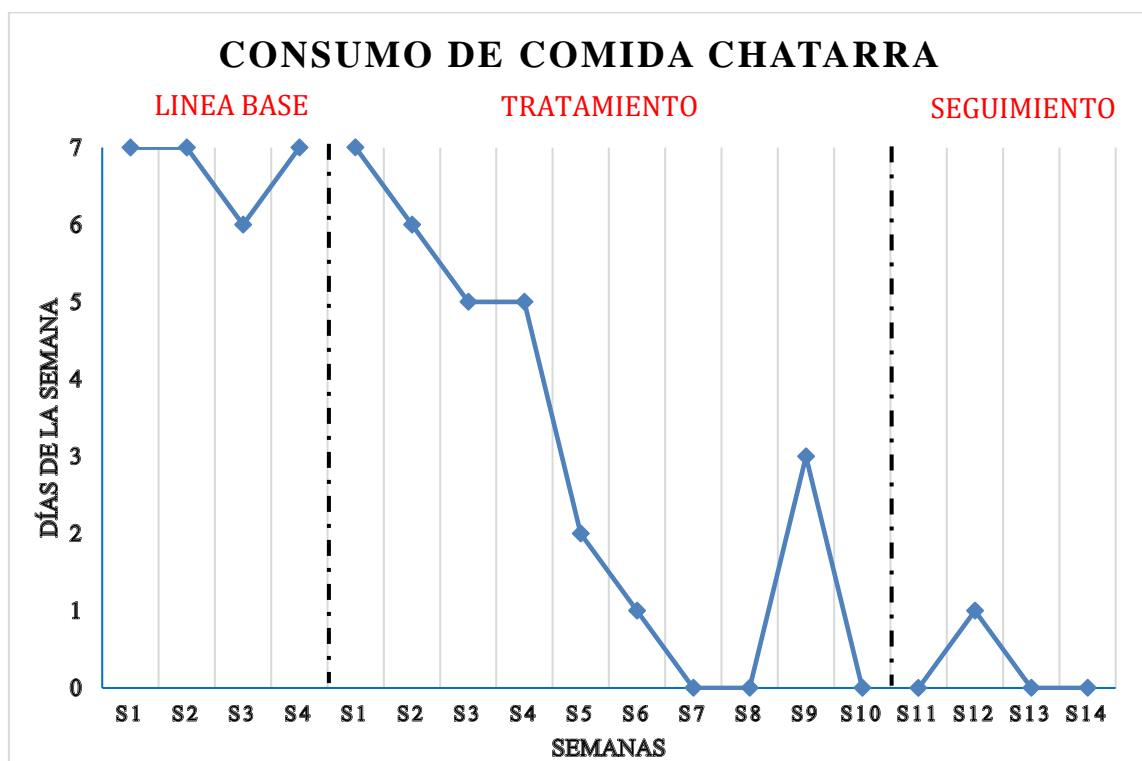
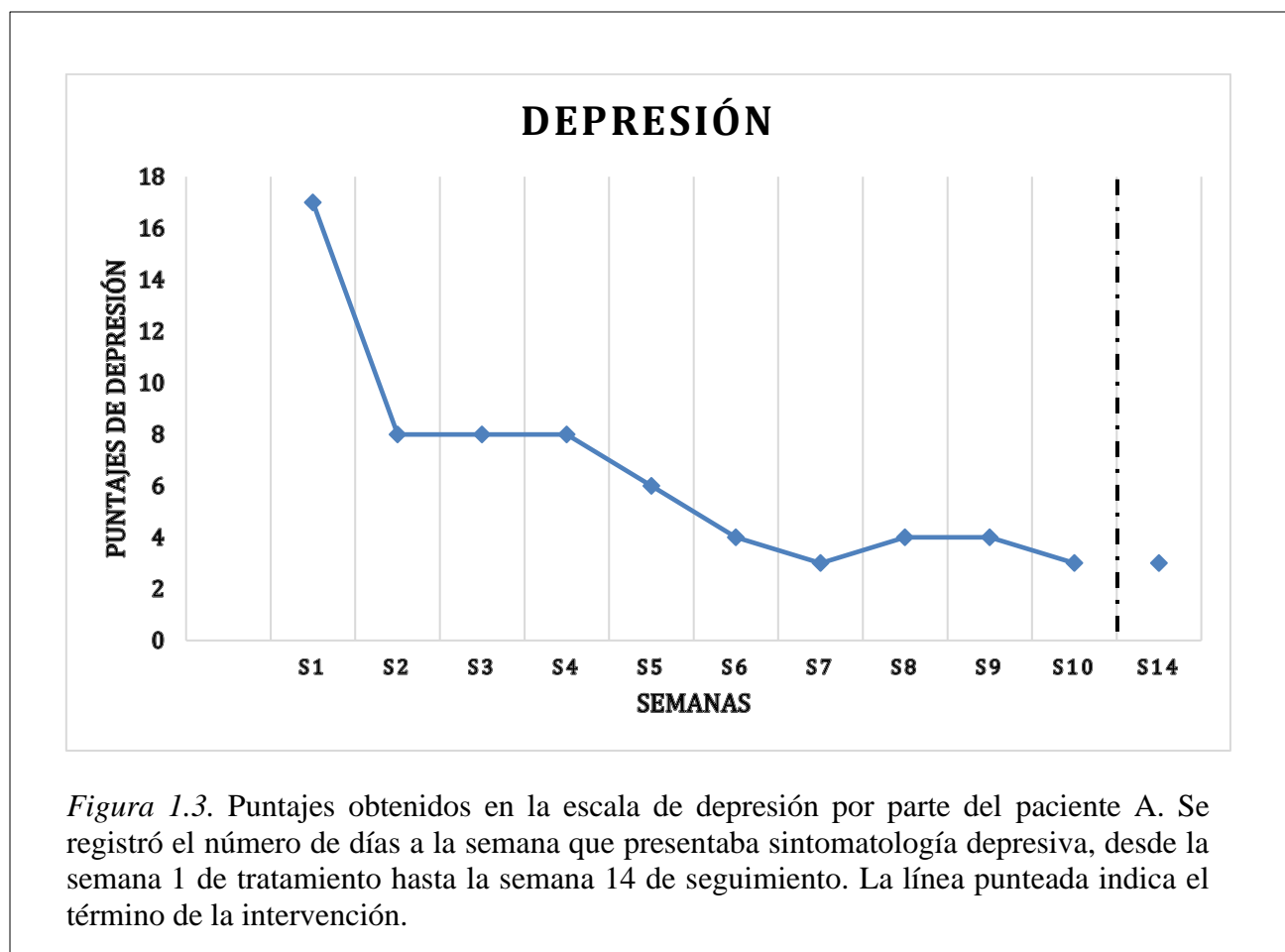


Figura 1.2. Ingesta de comida chatarra por parte del paciente A. Se registró el número de días a la semana en los que A reportó haber consumido comida chatarra, desde las semanas de línea retrospectiva (S1 – S4) hasta la implementación del tratamiento (S1 – S10) y seguimiento (S11 – S14). El eje X muestra el número de días a la semana y el eje Y las semanas que duró el tratamiento y seguimiento. La línea punteada indica el inicio y término de la intervención.

Al inicio de la intervención, se realizó una línea retrospectiva consistente en reportar la frecuencia con la que el participante consumía comida chatarra durante el último mes. Los datos obtenidos se muestran en la Figura 1.2. Durante este periodo se obtuvo un promedio de 7 días a la semana. Posteriormente, durante la intervención, se obtuvieron frecuencias constantes de la semana uno a la semana ocho, encaminadas a la disminución de comida

chatarra, no obstante, en la semana nueve hubo un ligero incremento de 3 días en el consumo. Hacia la semana 10 y hasta el seguimiento se mantuvo nuevamente en un promedio de 0 a 1 día por semana.



Se registraron de forma semanal los puntajes de depresión del participante A; de acuerdo con los puntos de corte del instrumento el participante no presentaba niveles de depresión altos, no obstante, en la *Figura 1.3* se muestra una disminución de los niveles durante el tratamiento, manteniéndose en el seguimiento.

8.2. PARTICIPANTE B

La paciente VT (paciente B) es una niña de 9 años que acudió junto con su madre a la intervención realizada en la Facultad de Psicología. Fue canalizada por parte de la escuela,

quienes identificaron a través de su certificado médico que presentaba problemas de peso; de acuerdo con los lineamientos de la OMS y las medidas corporales que ella presenta, se clasificaría con obesidad. Ver *Tabla 2.3*.

El motivo de consulta que la madre refirió fue el siguiente: *“Existe un reporte de sobrepeso y eso me preocupa, me gustaría prevenir el sobrepeso para que no crezca más, me gustaría saber cómo orientar a mi hija, saber si lo que hago es correcto o no”* (psic).

Mediante una entrevista semiestructurada se recabo la siguiente información: V. T. es una niña que cursa el segundo grado de primaria, actualmente vive con su madre quien es pedagoga y trabaja en casa elaborando material educativo, además de tres tíos y la abuela materna. Los antecedentes médicos identificados fueron los siguientes: la menor padece de dermatitis atópica y reflujo gástrico, ambos controlados con pomadas y gel antirreflujo. El tío materno presenta obesidad y sufre de hipertensión, al igual que la abuela materna.

La madre menciona que meses atrás la niña comenzó a presentar berrinches constantes, no obstante, pudo controlar la situación platicando con ella y estableciendo límites, por lo que ha disminuido su conducta, sin embargo, menciona que le es difícil ser firme en las reglas; no reporta la presencia de estados depresivos ni antecedentes de agresividad entre compañeros, pero menciona que constantemente la niña muerde sus uñas, lo que podría ser un indicio de ansiedad.

Respecto a la alimentación de la menor, quién está a cargo principalmente es la madre y en ocasiones esporádicas la abuela. Se indagó sobre la dieta habitual de la niña, el menú que presenta es variado, por ejemplo, en el desayuno describen: licuado de fruta, huevo o fruta picada, un sope, enchilada o sincronizada; en la merienda escolar: sándwich o atún con

galletas integrales, verdura o fruta y agua natural; durante la comida: sopa más guisado y agua de sabor o refresco, este último con una frecuencia de cinco veces por semana y, por último, la cena que consta de cereal con leche, huevo tibio o sincronizada y té. En total reportan cuatro comidas.

En cuanto a la ingesta de carbohidratos la madre indica que el consumo intenta que sea mínimo, sin embargo, otros familiares que viven en casa premian a la niña o le compran golosinas. La madre reporta “...si ellos le compran es algo que no puedo controlar, o lo dejan de hacer por un tiempo, pero luego se les olvida... además es difícil quitarle una galleta porque es niña y eso comen los niños de su edad” (psic).

Se indagaron las diferencias en el tipo o cantidad de alimentos ante la presencia de estados emocionales, como: felicidad, tristeza, enojo o euforia, así como en estados de ansiedad o nerviosismo. Ambas no describen cambios.

Respecto a la actividad física, la tutora considera que un detonante que provocó el aumento de peso súbito fue la falta de ejercicio, además de que los dulces, el pan y galletas han estado más presentes en su dieta. Reporta que una vez por semana procuran ir a caminar a los “Viveros de Coyoacán” o que al visitar museos intentan que su camino de ida o vuelta sea a pie. Dentro de las actividades que VT reporta que le gustan son: dibujar, jugar con pelota, brincar, correr o ver videos en el celular de su mamá.

Acerca de los obstáculos que encuentran para llevar a cabo una vida saludable relatan la falta de tiempo y organización para ir entre semana, además de la poca cooperación de los familiares. Han identificado consecuencias a causa del problema de sobrepeso, entre ellas: limitaciones al amarrarse los zapatos, cansancio y fatiga cuando camina o sube las escaleras y comentarios ofensivos de compañeros haciendo alusión a su cuerpo.

Tabla 1.7.

Medidas corporales del participante B.

Estatura	Peso	IMC	Grasa corporal	Clasificación
1.33	40.8 kg	23.1	35.1	Obesidad

Nota: Datos obtenidos del participante B respecto a sus medidas corporales al inicio de la intervención: Estatura, Peso, IMC y Grasa Corporal.

En la *Tabla 1.7* se muestran las medidas corporales del participante B en la evaluación. Según los lineamientos de la OMS respecto a su edad, talla y peso, VT presenta obesidad tipo I.

Tabla 1.8.

Puntajes de la Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física y la Escala de Ansiedad.

Escala	Subescalas	Puntaje		
		Pre	Post	Seguimiento
Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física		79	114	110
Escala de Ansiedad (SCAS)	Pánico – Agorafobia	1	1	1
	Ansiedad Por Separación	3	5	1
	Fobia Social	2	1	0
	Miedo Al Daño Físico	3	2	2
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	0	0
	Ansiedad Generalizada	2	0	0

Nota: Puntajes de la Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física y Escala de Ansiedad aplicadas al participante B. Los puntajes de ambas escalas se agrupan durante el inicio (pre), final (post) del tratamiento, así como seguimiento. En la escala de Autoeficacia se muestran los puntajes totales, mientras que en la Escala de Ansiedad se distribuyen los puntos en seis factores: Pánico – Agorafobia,

Ansiedad por Separación, Fobia Social, Miedo al Daño Físico, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Ansiedad Generalizada.

En la *Figura 1.7* y *1.8* se muestran los resultados de los autorregistros, referentes a la frecuencia con la que se realizó actividad física y se consumió comida chatarra durante las semanas previas al tratamiento y durante éste.

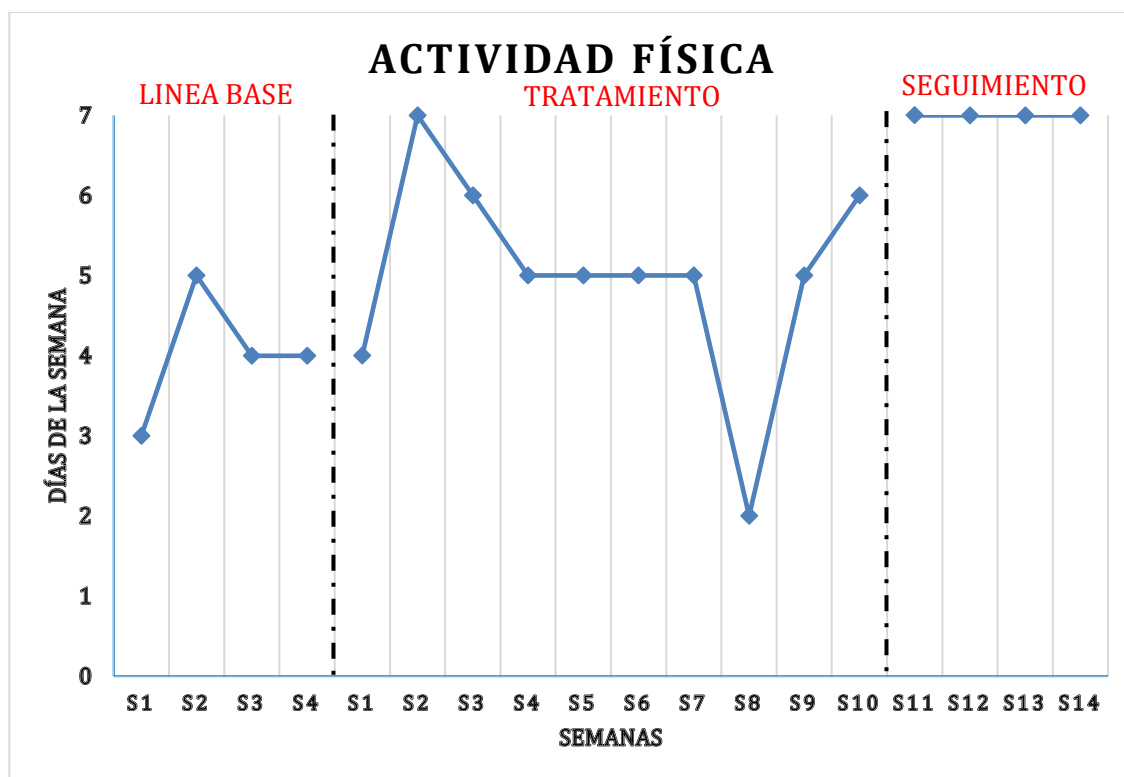
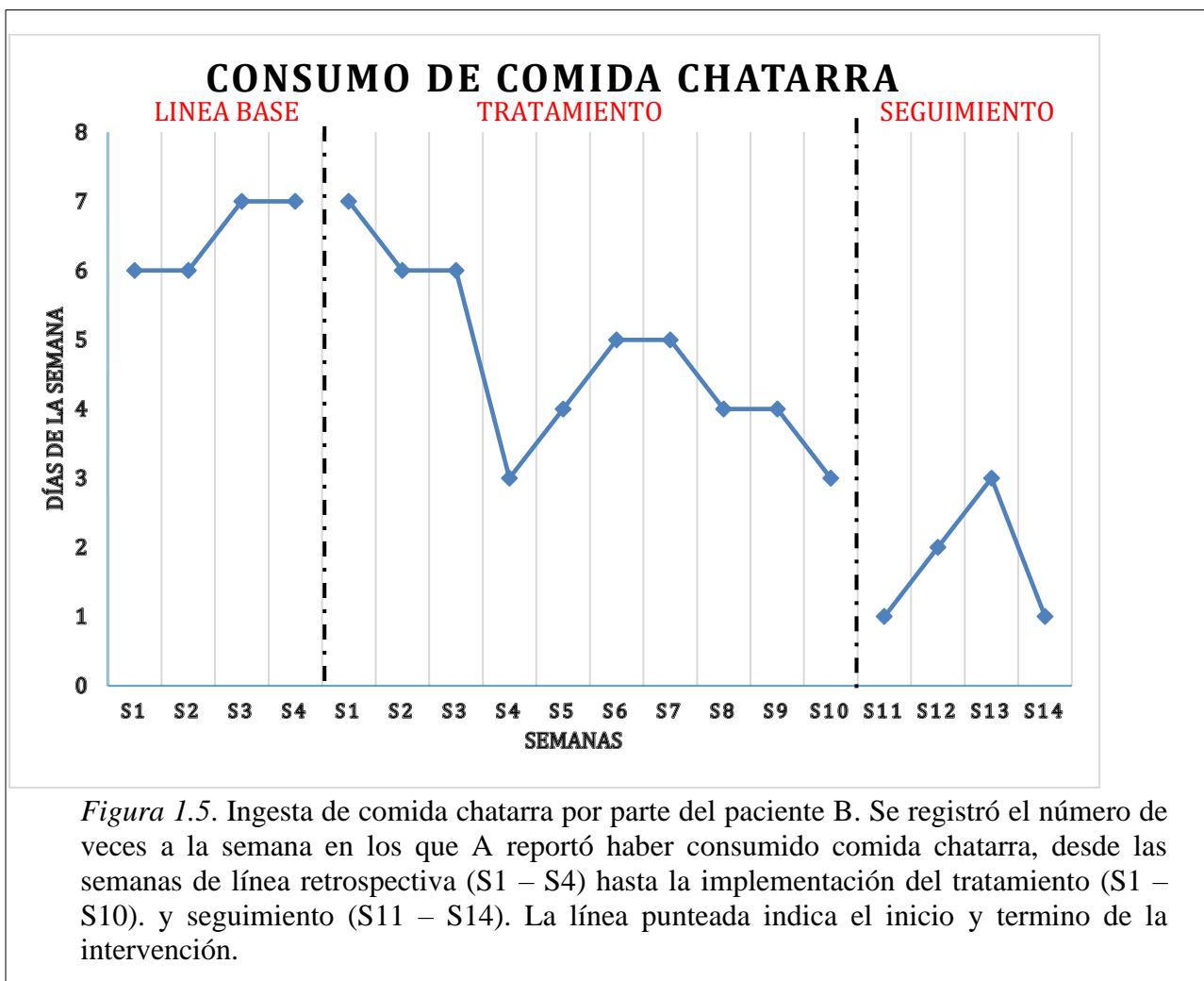


Figura 1.4. Realización de actividad física por parte del paciente B. Se registró el número de veces a la semana en los que el participante reportó haber practicado actividad física, desde las semanas de línea retrospectiva (S1 – S4) hasta la implementación del tratamiento (S1 – S10) y seguimiento (S11 – S14). El eje X muestra el número de días a la semana y el eje Y las semanas que duró el tratamiento y seguimiento. La línea punteada indica el inicio y término de la intervención.

Al inicio de la intervención, se realizó una línea retrospectiva consistente en reportar la frecuencia con la que el participante realizó actividad física durante el último mes. Los datos obtenidos se muestran en la *Figura 1.4*. Durante este periodo no mostraron una constancia hacia un número de días específico, observando en la línea base diversas frecuencias. Posteriormente, durante el tratamiento, se obtuvieron nuevamente frecuencias variables; la primer semana continuó el número de días reportado similar a la línea base, sin embargo, en

la segunda semana el participante reportó haber realizado actividad física toda la semana, para la tercera semana existe nuevamente una disminución, manteniéndose durante la cuarta semana hasta la séptima en un promedio de cinco días a la semana, en la octava semana hay un decremento sustancial, en la novena semana y durante el seguimiento se muestra que la frecuencia de días aumentó en un promedio de siete días a la semana.



Al inicio de la intervención, se realizó una línea retrospectiva consistente en reportar la frecuencia con la que el participante consumía comida chatarra durante el último mes. Los datos obtenidos se muestran en la *Figura 1.5*. Durante este periodo se obtuvo un promedio de 6 a 7 días a la semana. Posteriormente, durante la intervención, se obtuvieron frecuencias constantes de la primera a cuarta semana, encaminadas a la disminución de comida chatarra, no obstante, de la quinta semana a la séptima se presentó nuevamente un incremento respecto

al consumo. Hacia la octava semana y hasta el seguimiento disminuyó nuevamente la frecuencia del consumo de comida chatarra.

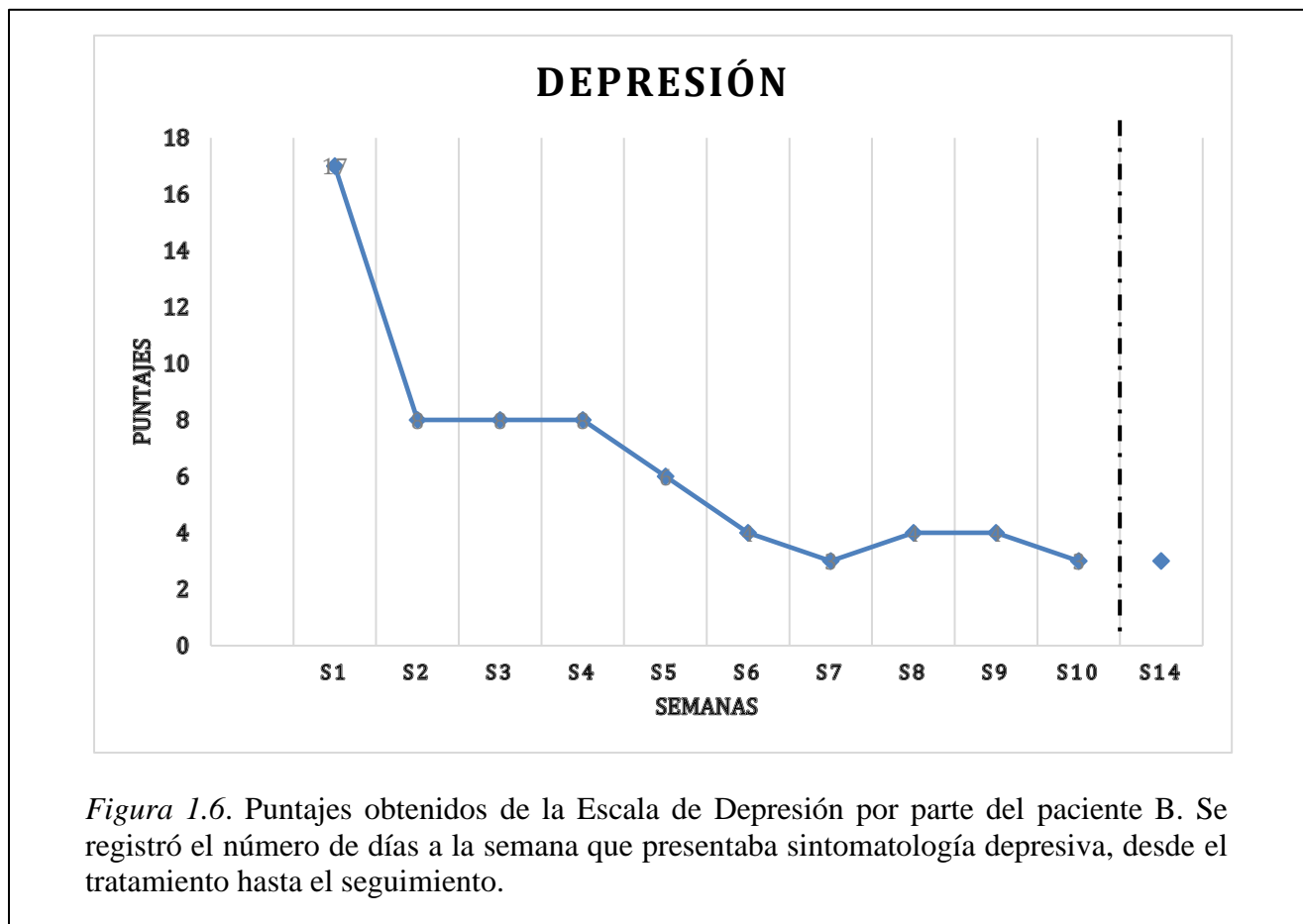


Figura 1.6. Puntajes obtenidos de la Escala de Depresión por parte del paciente B. Se registró el número de días a la semana que presentaba sintomatología depresiva, desde el tratamiento hasta el seguimiento.

Se registraron de forma semanal los puntajes de depresión del participante B; de acuerdo con los puntos de corte del instrumento el participante no presentaba niveles de depresión altos, no obstante, en la *Figura 1.6* se muestra una disminución de los niveles durante el tratamiento, manteniéndose en el seguimiento.

8.3. PARTICIPANTE C

El paciente VG (paciente C) es un niño de 8 años que acudió junto con sus padres a la Facultad de Psicología para participar en la intervención. Fue canalizado por autoridades de su escuela, quienes, a través de su certificado médico, lo identificaron con exceso de peso. De acuerdo

con sus medidas corporales y con los lineamientos de la OMS, VG presenta obesidad. Ver *Tabla 2.5*.

El motivo de consulta que sus padres refieren es el siguiente: *“Nos preocupa que esté bien, queremos saber cómo hacerlo”*. Mediante una entrevista semiestructurada se recabó la siguiente información: VG es un niño que cursa el segundo grado de primaria, es hijo único y actualmente vive con sus dos padres y abuelos maternos. Los antecedentes médicos identificados muestran que el niño no padece enfermedad alguna; no obstante, la madre y el tío paterno presentan obesidad, mientras que sus abuelos paternos sufren de hipertensión y diabetes mellitus.

Se indagó acerca de los hábitos alimenticios del niño, los padres refieren que quienes se encargan de la alimentación de VG es su padre y sus abuelos maternos; describen que el niño sólo realiza 3 comidas de lunes a viernes; desayuno, lunch y comida, omitiendo la cena. Sin embargo, los fines de semana realiza cinco comidas, de las cuales dos de ellas están compuestas por comida chatarra, sobre todo la cena.

Los padres reportan que los fines de semana su alimentación varía considerablemente dado que, asisten a reuniones familiares y la adquisición de comida es más inmediata y fácil de adquirir; mencionan que han notado que VG consume más cuando ve que un familiar u otra persona está comiendo o cuando le ofrecen es incapaz de decir no; ellos identifican que el niño no puede parar de comer en esas situaciones donde tiene la comida a su disposición o los días que permanece inactivo, esto se repite todos los fines de semana.

Durante la semana, su dieta está compuesta de comida casera que incluye carne, pollo, verduras, frutas, y refresco o agua simple. El niño además de su lunch, lleva a la escuela dinero para comprar algún otro alimento, como tacos o dulces.

Respecto a la actividad y ejercicio físico, los padres reportan que VG asiste a clases de Judo dos días a la semana, durante una hora, el paciente refiere que no le gusta practicar Judo porque los otros niños lo tiran, empujan o lastiman y esto le causa dolor físico. Los padres comentan al respecto que le han dicho que debe asistir a clases y que, aunque hay cosas que no desee hacer, tendrá que hacerlas porque ellos lo determinan. El niño refiere que le gustaría ir a clases de natación o fútbol.

Se investigó sobre la dinámica familiar, VG está más tiempo con su papá, pero manifiesta tener una mejor relación con su mamá, el padre refiere que es más estricto con VG y su mamá es más flexible. Se ahondo en las consecuencias positivas y negativas que sus padres imponen cuando VG realiza una conducta que para ellos es deseable o indeseable. En cuanto a las consecuencias positivas, los padres reportan que le permiten ir a jugar con sus primas o dejan que vea más tiempo la televisión. Respecto a las consecuencias negativas, le impiden ver TV o usar el celular o tableta.

Los obstáculos que ellos visualizan como un problema es la mala organización de sus tiempos, dado que compran comida rápida; la madre menciona que su principal problema es no saber decir no a su hijo y a los familiares que le ofrecen comida. Las consecuencias que reportan se inclinan hacia el lado social-emocional, puesto que los niños le asignan sobrenombres a VG.

Después de la información recabada en la entrevista, se aplicó una batería de pruebas psicológicas para complementar la valoración. Los puntajes se detallan en la *Tabla 2.6*.

Tabla 1.9.

Medidas corporales.

Estatura	Peso	IMC	Grasa corporal	Clasificación
1.30	42.8 kg	25.3	34.7	Obesidad

Nota: Datos obtenidos del participante C respecto a sus medidas corporales al inicio de la intervención: Estatura, Peso, IMC y Grasa Corporal.

En la *Tabla 1.9* se muestran las medidas corporales del participante C en la evaluación. Según los lineamientos de la OMS respecto a su edad, talla y peso, VG presenta obesidad tipo I.

Tabla 2.0

Puntajes obtenidos de la Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física y Escala de Ansiedad.

ESCALA	SUBESCALAS	PUNTAJE		
		PRE	POST	SEGUIMIENTO
Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física		114	100	120
Escala de Ansiedad (SCAS)	Pánico – Agorafobia	5	3	4
	Ansiedad Separación	9	3	4
	Fobia Social	9	2	3
	Miedo Al Daño Físico	5	1	1
	Trastorno Compulsivo Obsesivo	9	2	3
	Ansiedad Generalizada	9	0	2

Nota: Puntajes de la Escala de Autoeficacia hacia la Actividad Física y Escala de Ansiedad aplicadas al participante C. Los puntajes de ambas escalas se agrupan durante el inicio (pre), final (post) del

tratamiento, así como seguimiento. En la escala de Autoeficacia se muestran los puntajes totales, mientras que en la Escala de Ansiedad se distribuyen los puntos en seis factores: Pánico – Agorafobia, Ansiedad por Separación, Fobia Social, Miedo al Daño Físico, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Ansiedad Generalizada.

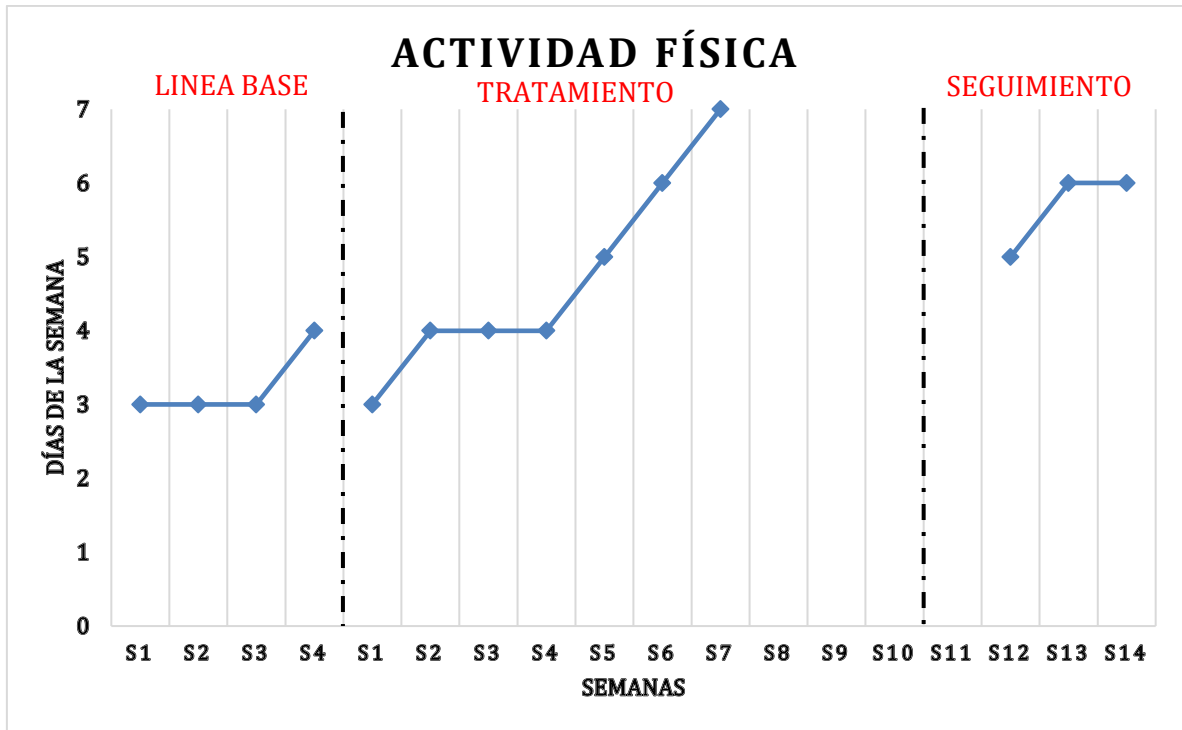


Figura 1.7. Figura 1.1 Realización de actividad física por parte del paciente C. Se registró el número de veces a la semana en los que el participante reportó haber practicado actividad física, desde las semanas de línea retrospectiva (S1 – S4) hasta la implementación del tratamiento (S1 – S10) y seguimiento (S11 – S14). El eje X muestra el número de días a la semana y el eje Y las semanas que duró el tratamiento y seguimiento. La línea punteada indica el inicio y término de la intervención.

Al inicio de la intervención, se realizó una línea retrospectiva consistente en reportar la frecuencia con la que el participante C realizó actividad física durante el último mes. Los datos obtenidos se muestran en la Figura 1.7. Durante este periodo mostraron una constancia promedio de tres días por semana. Posteriormente, durante el tratamiento, se obtuvieron frecuencias constantes de la primera semana a la séptima semana encaminadas al aumento de la realización de ejercicio físico, no obstante, de la octava a la onceava semana hubo una pausa

en la actividad física, el motivo principal fue que el niño se lesionó el pie izquierdo, lo que dificultó su desempeño en actividades físicas.

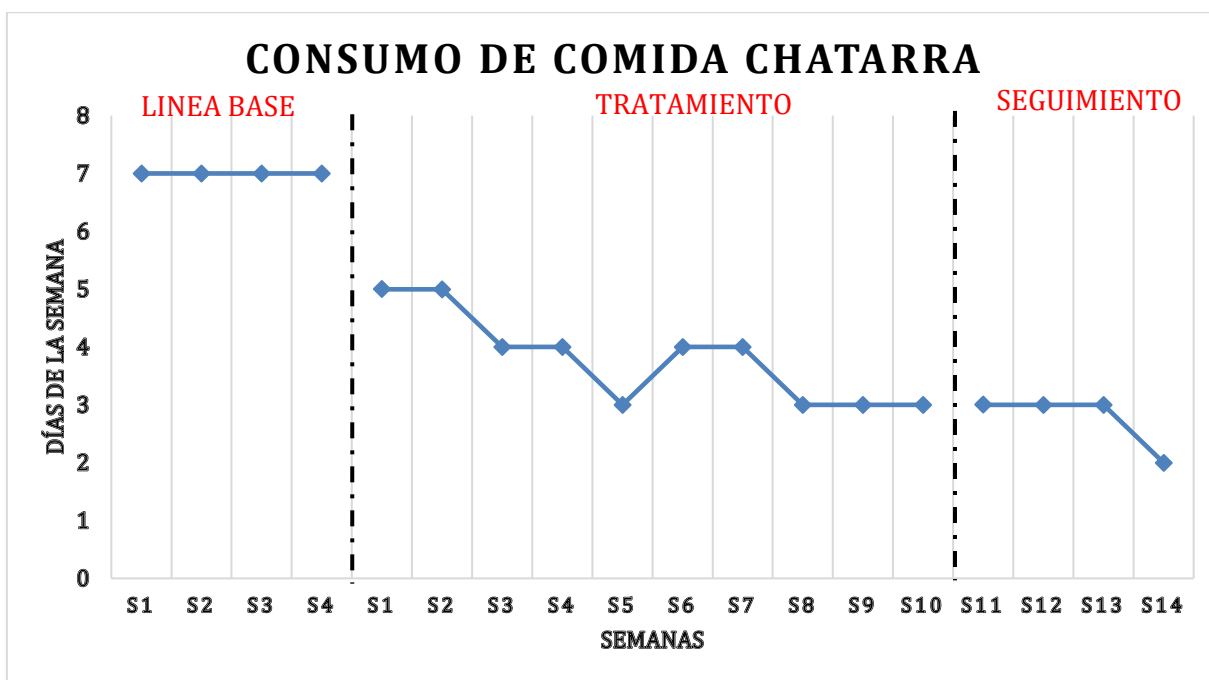


Figura 1.8. Ingesta de comida chatarra por parte del paciente C. Se registró el número de veces a la semana en los que C reportó haber consumido comida chatarra, desde las semanas de línea retrospectiva (S1 – S4) hasta la implementación del tratamiento (S1 – S10), y seguimiento (S11 – S14). El eje X muestra el número de días a la semana y el eje Y las semanas que duró el tratamiento y seguimiento. La línea punteada indica el inicio y término de la intervención.

Al inicio de la intervención, se realizó una línea retrospectiva consistente en reportar la frecuencia con la que el participante consumía comida chatarra durante el último mes. Los datos obtenidos se muestran en la Figura 1.8. Durante este periodo se obtuvo un promedio de 7 días a la semana. Posteriormente, durante la intervención, se obtuvieron frecuencias constantes de la semana uno hasta el seguimiento, encaminadas a la disminución de comida chatarra, alcanzando un promedio de tres días por semana. Durante el seguimiento se mantuvo esta tendencia, cabe destacar que los tutores refieren que las porciones de comida chatarra eran menores a su tamaño original.

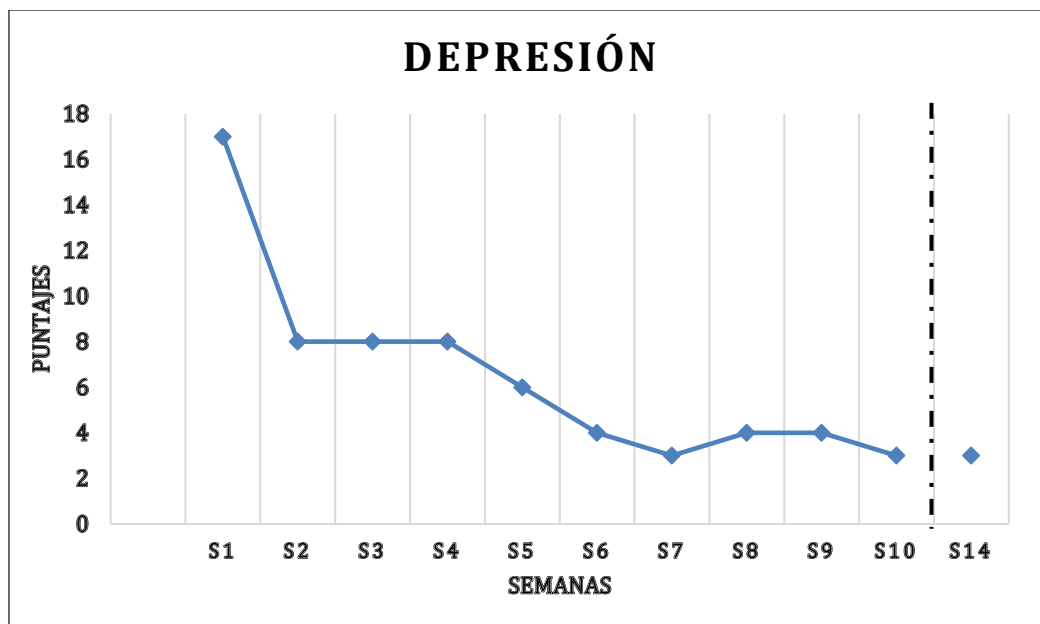


Figura 1.6. Puntajes obtenidos de la Escala de Depresión por parte del paciente C. Se registró el número de días a la semana que presentaba sintomatología depresiva, desde el tratamiento hasta el seguimiento.

9. DISCUSIÓN

Los objetivos del presente estudio englobaron principalmente la promoción de hábitos saludables. Para ello, se realizó una intervención cognitivo conductual de manera conjunta con la entrevista motivacional con el propósito de desarrollar en el niño y el tutor una conciencia del problema de obesidad y motivarlos a hacer cambios en sus hábitos de salud, específicamente, en el aumento de actividad física y disminución en el consumo de comida energética. Como parte de la intervención, se midieron los cambios en distintas variables psicológicas (ansiedad, depresión y autoeficacia) y como objetivo final, se evaluó si los resultados positivos obtenidos en la intervención permanecían durante el seguimiento.

De forma general, los participantes reportaron un incremento en la realización de actividad física y una disminución en el consumo de comida chatarra, aunado a la adquisición de habilidades para mantener un estilo de vida más saludable. Estos resultados, son similares a los estudios descritos en la literatura (Golan y Crow, 2004; Lozano, et al. 1997; Rodríguez et al., 2014; Mosqueda y García, 2012; Barja, 2005). Con respecto al decremento en consumo de comida chatarra, durante la intervención los padres describieron observar en sus hijos mayor vigilancia y autocontrol, los niños utilizaban el automonitoreo para concientizar las cantidades o frecuencia en su consumo, incluso cuando la presión era de parte de sus pares por comer un alimento chatarra ellos mantenían la actitud de no consumir o consumir en menores cantidades. Sagar y Gupta (2017) remarcan la importancia de la automonitorización como una técnica basada en la evidencia de la Terapia Cognitivo Conductual para el control de peso que anima a los niños a controlar su dieta, actividad física y peso para mantener un seguimiento de la mejora durante un período de tiempo. Estos resultados también coinciden con lo reportado por Kirschenbaum et al, 2004, quienes señalan en su estudio de corte cognitivo-conductual que los niños lograron promover autocontrol en el consumo de alimentos chatarra.

Por otra parte, los resultados de los instrumentos de evaluación muestran niveles de autoeficacia altos después del tratamiento, los cuales se mantienen durante el seguimiento. Estos niveles altos pueden estar relacionados también con el aumento en la realización de actividad física, lo cual concuerda con Rimal, (2002) quien menciona que personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con niveles más bajos. Aunado a esto, los participantes reportaron deseos por continuar realizando ejercicio puesto que habían percibido cambios en su cuerpo y en cómo se desempeñaban. Esto coincide con lo reportado por Marcus et al, 1994 quienes refieren que los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más

fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia, al respecto, Bandura, 1997 menciona que un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones.

Dentro de esta misma línea, la autoeficacia resulta ser una variable importante para lograr una adherencia al tratamiento. Tal como lo menciona Hernández, Hernández, y Moreno (2014) las personas con altos niveles de autoeficacia consideran tener las capacidades necesarias para adherirse al tratamiento, así como para cumplir con las indicaciones del terapeuta, como planificar y buscar alternativas a las posibles dificultades que se presenten durante el tratamiento. De esta manera, la autoeficacia no solamente se relaciona con la asistencia del participante al tratamiento, también influye en la realización de las tareas, el esfuerzo, la persistencia en las actividades, el mantenimiento de sus logros y la solución de problemas. Las creencias de autoeficacia son consideradas un factor predictor fundamental en el establecimiento de hábitos saludables (Teixeira, et al., 2010).

Con relación a los resultados de ansiedad, los niños presentan niveles bajos, lo cual difiere de algunos estudios que reportan niveles altos de ansiedad en niños que padecen obesidad (Guisado et al., 2002; Diaz y Sandoval, 2007; Calderón, Forns y Vara, 2010; Cebolla, Baños, Botella, y Torro, 2011). Una posible explicación son los cambios culturales, quien en su visión no determinan al sobrepeso u obesidad como un problema que deba atenderse, a menos que las consecuencias sean notables. Regularmente se mantiene la creencia que tener un peso alto está asociado con una buena salud o que el peso se normalizará conforme el niño crezca, ignorando el problema de salud y promoviendo su crecimiento. Estas creencias podrían jugar un papel importante en como los niños llegan a normalizar también

el peso y sus consecuencias a mediano y largo plazo, no generando en ellos niveles significativos de ansiedad por no ser un problema (Krysten et al., 2016).

Con referencia a los puntajes de depresión, se observa una disminución en los niveles con relación al inicio del tratamiento, estos coinciden con lo obtenido por Roffey et al. 2011, quienes han indicado mejoras en los síntomas depresivos, ligados al sobrepeso después de una intervención cognitivo conductual. Así mismo, los resultados de Levine et al, 2001 son relevantes puesto que reafirman que el tratamiento conductual propicia mejoría en los síntomas depresivos y la autoestima. Dentro de esta misma línea, los padres mencionaron que observaban a sus hijos con un mejor estado de ánimo a partir de la realización de actividad física y los resultados obtenidos; de acuerdo con Zafra y Ortega (2009), el realizar alguna actividad física disminuye los niveles de depresión en comparación de las personas que no realizan ningún tipo de actividad física.

Así mismo, la literatura es consistente en la importancia que tiene la participación de los padres en programas de intervención, en este trabajo se observa que su colaboración fue un punto medular puesto que no tenían conocimientos de educación para la salud, así como las habilidades para poder ayudar a sus hijos a fomentar y mantener hábitos saludables, enfatizando lo que dice Golan, (2016) los padres pueden ayudar a sus hijos a superar las barreras que interfieren en el logro de un estilo de vida más saludable y activo, así como en la consecución de cambios en sus hábitos conductuales. De igual forma, el papel de la entrevista motivacional con los padres para la concientización del problema de obesidad que tenían sus hijos fue un factor importante como promotor del cambio, de acuerdo con Ortiz y Posa (2007), cuando los padres reconocen el problema que supone la obesidad y conocen las consecuencias que pueda tener para la salud de su hijo, intentarán promover más hábitos alimenticios saludables. Los estudios han demostrado que la participación de los padres en

intervenciones conductuales en obesidad infantil, produce buenos resultados debido a la capacidad de influir en la alimentación de su hijo y en el establecimiento de hábitos de actividad física (Santiago, Cui y Adams, 2016; Lee et al., 2012)). La literatura muestra que intervenciones centradas solo en los padres no resulta igual de efectivo que intervenciones centradas en los padres y el niño (Epstein et al., 1990; Epstein et al., 1994; Golan y Crow, 2014).

Como se mencionó anteriormente, el trabajo con los padres estuvo dirigida a la adquisición de habilidades para el establecimiento y mantenimientos de los hábitos saludables en sus hijos; por ejemplo, las técnicas conductuales aplicadas fueron facilitadores para el mantenimiento de las conductas. La literatura reporta consistentemente la eficacia de estas técnicas en la modificación de conductas (Epstein, 2004; Rofley, 2011); por ejemplo, una técnica que se utilizó en la intervención fue el control de estímulos, como afirma Sugar y Gupta, 2017, implica la reestructuración ambiental de tal manera que promueva una alimentación saludable y una mayor participación en la actividad física del niño. Se les pedía a los padres por ejemplo que salieran a los parques en lugar de los centros comerciales, ya que esto tiene el potencial de aumentar la actividad física del niño y al mismo tiempo, disminuir la posibilidad de comer comida chatarra en el centro comercial. Otra técnica que se aplicó con los padres y el niño fue la resolución de problemas, la cual ayudó a facilitar la actividad física dado que se les enseñó como modificar algunos obstáculos que al principio percibían, como la falta de tiempo o el desarrollo de una actividad, o en situaciones donde la comida chatarra era abundante conocer que estrategias podían utilizar para un consumo moderado, así como el establecimiento de una actividad física más demandante. De acuerdo con Sugar y Gupta, 2017, la resolución de problemas resulta efectiva y ayuda a los padres y al niño a identificar, comprender y aprender los pasos para resolver varios problemas de manera constructiva. Dentro de esta misma línea, Baños et al, 2011 también hacen hincapié

en que el uso de estrategias conductuales como los recordatorios, el feedback, los autoregistros, etc., pueden resultar de ayuda a los participantes al momento de afrontar de manera más eficaz las dificultades encontradas durante la intervención (p. ej. Baja adherencia a la realización de las tareas diarias) pudiendo de este modo mantener constantes aquellas conductas que facilitan y promueven la eficacia y el mantenimiento de los logros obtenidos en el tratamiento.

De acuerdo con el último objetivo planteado, durante el mes de seguimiento se evaluaron nuevamente los niveles de autoeficacia, ansiedad y depresión, así como el monitoreo de actividad física y consumo de comida chatarra a través de los autorregistros. Como se observa en los resultados, los participantes lograron mantener altos niveles de autoeficacia, así mismo, la sintomatología ansiosa y depresiva disminuyó aún en comparación con los puntajes de pre tratamiento y post tratamiento. Por otro lado, el consumo de comida chatarra continuó disminuyendo en comparación con el consumo inicial. Respecto a la realización de actividad física los padres inscribieron a sus hijos en actividades deportivas, lo que incrementó el número de días, tiempo y tipo de actividad, iniciando con actividades leves o moderadas y finalizando con actividades más demandantes. Estos resultados, son similares a los estudios descritos en la literatura (Sim et al., 2016; Berge y Everts, 2016) quienes reportan que los programas de intervención cognitivo conductuales tienen cambios positivos en la modificación de hábitos saludables, y se mantienen durante seguimientos a mediano y largo plazo.

10. CONCLUSIONES

De manera general, este trabajo se enfocó en el desarrollo de hábitos saludables a través de una intervención cognitivo conductual y el uso de la entrevista motivacional.

Dentro de sus principales alcances se encuentran:

- Resultados positivos en el incremento de actividad física durante y después del tratamiento.
- Resultados positivos en la disminución de comida chatarra durante y después del tratamiento.
- Aumento en los puntajes de la Escala de Autoeficacia después del tratamiento.
- Disminución en los puntajes de la Escala de Depresión y Ansiedad después del tratamiento.
- Los resultados positivos se mantuvieron durante el seguimiento a un mes.

En la literatura descrita en los capítulos anteriores, se muestra que las investigaciones cada vez están más dirigidas a la planeación de intervenciones psicológicas como eje precursor para este problema de salud, lo que nos permite poder estudiar las variables que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la obesidad infantil y así poder generar tratamientos más específicos. De acuerdo con las estadísticas y su notable prevalencia, es importante que las intervenciones estén dirigidas a la población infantil, para detener a tiempo su crecimiento y con ello las consecuencias físicas y emocionales a mediano y largo plazo.

En este trabajo se generaron resultados importantes en los tres participantes, lo cual podría sugerirnos que la entrevista motivacional y las técnicas cognitivo conductuales remarcan una dirección oportuna en enfermedades como el sobrepeso u obesidad en la infancia.

Las limitaciones del trabajo son diversas, lo que no nos permite profundizar en otras variables que son igual de importantes para este padecimiento. Para posteriores estudios se recomienda replicar el estudio con más participantes, así como la evaluación por medio de

seguimientos a 3, 6 y 12 meses después del tratamiento para observar si las estrategias aprendidas por los padres y los niños se mantienen, así como los resultados obtenidos.

Otra limitación encontrada en el estudio recae en el instrumento que se aplicó, el auto registro reportaba si el niño realizaba o no la conducta de consumir comida chatarra, sin embargo, los padres referían que no había una pregunta que midiera la cantidad de comida, puesto que al inicio y termino de la intervención el consumo continuaba presente, sin embargo, en cantidades menores. Sería interesante obtener esos datos, puesto que es una variable importante si se trabaja con autocontrol.

A pesar de las limitaciones antes mencionadas, los alcances permiten concluir que la intervención realizada obtuvo resultados positivos en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables a mediano plazo.

11. REFERENCIAS

- Abbott, R. A., & Davies, P. S. W. (2004). Habitual physical activity and physical activity intensity: their relation to body composition in 5.0–10.5-y-old children. *European journal of clinical nutrition*, *58*(2), 285.
- Antonio, A. L. (2012). El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *23*(2), 145-153.
- Baile, J. I., & González, M. J. (2013). Intervención psicológica en obesidad. *Madrid: Pirámide*.
- Baile, J. I., & González, M. J. (2013). Intervención psicológica en obesidad. *Madrid: Pirámide*.
- Baranowski, T., & Simons-Morton, B. G. (1991). Dietary and physical activity assessment in school-aged children: Measurement issues. *Journal of School Health*, *61*(5), 195-197.
- Barlow, D. H. (2007). *Principles and practice of stress management*. Guilford Press.
- Beato Fernández, L., & Rodríguez Cano, T. (2003). El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas españolas de psiquiatría*, *31*(3), 111-119.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *35*(4).
- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight—. *The American journal of clinical nutrition*, *71*(5), 1054-1061.
- Braet, C., Soetens, B., Moens, E., Mels, S., Goossens, L., & Van Vlierberghe, L. (2007). Are two informants better than one? Parent–child agreement on the eating styles of children who are overweight. *European Eating Disorders Review*, *15*(6), 410-417.
- Brener, N. D., Eaton, D. K., Lowry, R., & McManus, T. (2004). The association between weight perception and BMI among high school students. *Obesity research*, *12*(11), 1866-1874.
- Bustos, N., Kain, J., Leyton, B., & Vio, F. (2011). Cambios en el patrón de consumo de alimentos en escolares chilenos con la implementación de un kiosco saludable. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, *61*(3), 302-307.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public health reports*, *100*(2), 126.

- Código, P. A. B. I. (2009). Código de Autoregulación de Publicidad de Alimentos y Bebidas No Alcohólicas dirigida al Público Infantil. CONAR, CONMEXICO.
- CONAR, 2009. *Código de autorregulación de publicidad de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida al público infantil*. Código PABI. Primera Edición. México, D.F
- CONAR, 2010. SECRETARIA DE SALUD. *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México, D.F.
- Cramer, V. A., & Medina, V. E. (2011). Aplicación de la técnica motivacional. Estrategias prácticas en el abordaje de pacientes adolescentes con alteraciones metabólicas y del peso. *Revista de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*, 96(6), 42.
- Cutting, T. M., Fisher, J. O., Grimm-Thomas, K., & Birch, L. L. (1999). Like mother, like daughter: familial patterns of overweight are mediated by mothers' dietary disinhibition—. *The American journal of clinical nutrition*, 69(4), 608-613.
- Dávila-Torres, J., González-Izquierdo, J. D. J., & Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2).
- De la Educación, O. C. (2007). La “transformación educativa” según el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012”. *Este País*, 107, 34-39.
- Diaz Martin, J. J. (2017). Obesidad infantil:¿prevención o tratamiento?. In *Anales de Pediatría* (Vol. 86, No. 4, pp. 173-175).
- Duffy, G., & Spence, S. H. (1993). The effectiveness of cognitive self-management as an adjunct to a behavioural intervention for childhood obesity: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6), 1043-1050.
- Ekelund, U., Sardinha, L. B., Anderssen, S. A., Harro, M., Franks, P. W., Brage, S., ... & Froberg, K. (2004). Associations between objectively assessed physical activity and indicators of body fatness in 9-to 10-y-old European children: a population-based study from 4 distinct regions in Europe (the European Youth Heart Study). *The American journal of clinical nutrition*, 80(3), 584-590.
- Ekelund, U., Sardinha, L. B., Anderssen, S. A., Harro, M., Franks, P. W., Brage, S., ... & Froberg, K. (2004). Associations between objectively assessed physical activity and indicators of body fatness in 9-to 10-y-old European children: a population-based study from 4 distinct regions in Europe (the European Youth Heart Study). *The American journal of clinical nutrition*, 80(3), 584-590.

- Epstein, L. H., Marcus, M. D., & Koeske, R. (1984). Intermittent low-calorie regimen and booster sessions in the treatment of obesity. *Behaviour research and therapy*, 22(4), 445-449.
- Epstein, L. H., Masek, B. J., & Marshall, W. R. (1978). A nutritionally based school program for control of eating in obese children. *Behavior Therapy*, 9(5), 766-778.
- Epstein, L. H., Paluch, R. A., Kilanowski, C. K., & Raynor, H. A. (2004). The effect of reinforcement or stimulus control to reduce sedentary behavior in the treatment of pediatric obesity. *Health Psychology*, 23(4), 371.
- Epstein, L. H., Valoski, A., Wing, R. R., & McCurley, J. (1994). Ten-year outcomes of behavioral family-based treatment for childhood obesity. *Health psychology*, 13(5), 373.
- Epstein, L. H., Wing, R. R., Steranchak, L., Dickson, B., & Michelson, J. (1980). Comparison of family-based behavior modification and nutrition education for childhood obesity. *Journal of pediatric psychology*, 5(1), 25-36.
- Field, A.E. (2008). Predictors and consequences of childhood obesity. In F.B. Hu (Eds.). *Obesity Epidemiology* (pp. 416-36). Oxford: Oxford University Press.
- Fisher-Hoch, S. P., Rentfro, A. R., Wilson, J. G., Salinas, J. J., Reininger, B. M., Restrepo, B. I., ... & Rahbar, M. H. (2010). Peer Reviewed: Socioeconomic Status and Prevalence of Obesity and Diabetes in a Mexican American Community, Cameron County, Texas, 2004-2007. *Preventing chronic disease*, 7(3).
- Foster-Schubert, K. E., & Cummings, D. E. (2006). Emerging therapeutic strategies for obesity. *Endocrine reviews*, 27(7), 779-793.
- Galgani, J. E., Cortés, V., & Carrasco, F. (2014). Carbohydrate, Fat and Protein Metabolism in Obesity. *Metabolic Syndrome: A Comprehensive Textbook*, 1-22.
- Garza, M. L. C., & Reyes, D. D. J. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. *RESPYN Revista de Salud Pública y Nutrición*, 12(1).
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Targeting parents exclusively in the treatment of childhood obesity: long-term results. *Obesity research*, 12(2), 357-361.
- González Jiménez, E., Aguilar Cordero, M., García García, C. J., López, G., Álvarez Ferré, J., & Padilla López, C. A. (2011). Prevalencia de sobrepeso y obesidad nutricional e

- hipertensión arterial y su relación con indicadores antropométricos en una población de escolares de Granada y su provincia. *Nutrición Hospitalaria*, 26(5), 1004-1010.
- González-Castell, D., González-Cossío, T., Barquera, S., & Rivera, J. A. (2007). Alimentos industrializados en la dieta de los preescolares mexicanos. *Salud pública de México*, 49(5), 345-356.
- Gorrotxategi Gorrotxategi, P., Leizaola Olarreaga, L., Solorzano Sánchez, C., García Conde, G., Aguirre Sorondo, B., Totoricaguena Imaz, A., ... & Cancio López, H. (2014). Protocolo del estudio: abordaje del sobrepeso en Atención Primaria: papel de la entrevista motivacional. *Pediatría Atención Primaria*, 16(64), e199-e207.
- Guerra-Juárez, R., Gallegos, E. C., & Cerda-Flores, R. M. (2007). Lifestyle changes in descendants of parents with diabetes type 2. *Revista latino-americana de enfermagem*, 15(5), 909-913
- Gutiérrez P. O. (2015). Regulación de la publicidad de alimentos con alta densidad calórica o energética, relacionada con la obesidad infantil en México.
- Hayes, A. J., Lung, T. W. C., Bauman, A., & Howard, K. (2017). Modelling obesity trends in Australia: unravelling the past and predicting the future. *International journal of obesity*, 41(1), 178.
- Hernández, B., Gortmaker, S. L., Colditz, G. A., Peterson, K. E., Laird, N. M., & Parra-Cabrera, S. (1999). Association of obesity with physical activity, television programs and other forms of video viewing among children in Mexico City. *International journal of obesity*, 23(8), 845.
- Hernández, M. T., Gutiérrez, G. M., & Valanci Aroesty, S. (2008). Prevalencia de obesidad en niños en una población de la Ciudad de México. In *Anales Médicos* (Vol. 53, No. 2, pp. 65-68).
- Hill, J. O., & Peters, J. C. (1998). Environmental contributions to the obesity epidemic. *Science*, 280(5368), 1371-1374.
- Jiménez, E. G. (2013). Obesidad: Análisis etiopatogénico y fisiopatológico. *Endocrinología y nutrición*, 60(1), 17-24.
- Kennedy, E., & Goldberg, J. (1995). What are American children eating? Implications for public policy. *Nutrition Reviews*, 53(5), 111-126.
- Kirschenbaum, D. S., Harris, E. S., & Tomarken, A. J. (1984). Effects of parental involvement in behavioral weight loss therapy for preadolescents. *Behavior Therapy*, 15(5), 485-500.

- Klesges, R. C., Stein, R. J., Eck, L. H., Isbell, T. R., & Klesges, L. M. (1991). Parental influence on food selection in young children and its relationships to childhood obesity. *The American journal of clinical nutrition*, 53(4), 859-864.
- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2002). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1).
- Lobstein, T., Baur, L., & Uauy, R. (2004). Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews*, 5, 4-85.
- Martínez, H. (2010). Modelo de creencias de salud y obesidad. Un estudio de los adolescentes de la provincia de Guadalajara
- Mata, J., Silva, M. N., Vieira, P. N., Carraça, E. V., Andrade, A. M., Coutinho, S. R. y Teixeira, P. J. (2011). Motivational “spill-over” during weight control: Increased self-determination and exercise intrinsic motivation predict eating self-regulation. *Sport, Exercise, and Performance Psychology*, 1(Suppl), 49-59.
- McCormack, G. R., & Shiell, A. (2011). In search of causality: a systematic review of the relationship between the built environment and physical activity among adults. *International journal of behavioral nutrition and physical activity*, 8(1), 125.
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar* Ed. Médica Panamericana.
- Mitchell, N., Catenacci, V., Wyatt, H. R., & Hill, J. O. (2011). Obesity: overview of an epidemic. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(4), 717.
- Moens, E., Braet, C., & Soetens, B. (2006). Observation of family functioning at mealtime: a comparison between families of children with and without overweight. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(1), 52-63.
- Montalvo, A., & Mónica, J. (2014). Influencia del estado nutricional en el rendimiento académico de los estudiantes del Quinto grado en la IE 11001 Leoncio Prado-Distrito de Chiclayo-Período 2013.
- Moreno, G. M. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Murrin, C. M., Kelly, G. E., Tremblay, R. E., & Kelleher, C. C. (2012). Body mass index and height over three generations: evidence from the Lifeways cross-generational cohort study. *BMC public health*, 12(1), 81.
- Olivares, S., Kain, J., Lera, L., Pizarro, F., Vio, F., & Moron, C. (2004). Nutritional status, food consumption and physical activity among Chilean school children: a descriptive study. *European journal of clinical nutrition*, 58(9), 1278.

- Ortiz, F. y C. Posa 2007. Fenomenología. Necesito ayuda para evitar que mi hijo sea obeso. *Cultura de cuidados*, 9(22), 9-15
- Pérez, A., Reininger, B. M., Aguirre Flores, M. I., Sanderson, M., & Roberts, R. E. (2006). Physical activity and overweight among adolescents on the Texas-Mexico border. *Revista panamericana de salud pública*, 19, 244-252.
- Pérez-Salgado, D., Rivera-Márquez, J. A., & Ortiz-Hernández, L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud pública de México*, 52(2), 119-126.
- Pérez-Salgado, D., Rivera-Márquez, J. A., & Ortiz-Hernández, L. (2010). Publicidad de alimentos en la programación de la televisión mexicana: ¿los niños están más expuestos? *Salud pública de México*, 52, 119-126.
- Poothullil, J. M. (2002). Role of oral sensory signals in determining meal size in lean women. *Nutrition*, 18(6), 479-483.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research & practice*, 19(3), 276.
- Raich, R. M. (2000). ¿Qué es la imagen corporal. *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid: Ediciones Pirámide, 17-26.
- Ray, J. W., & Klesges, R. C. (1993). Influences on the eating behavior of children. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 699(1), 57-69.
- Robinson, T. N. (1999). Reducing children's television viewing to prevent obesity: a randomized controlled trial. *Jama*, 282(16), 1561-1567.
- Rodríguez, M., Pellicer, G. y Domínguez, M. (1998). Autoestima: clave del éxito personal. México: Manual Moderno.
- Roffey, D. M., Ashdown, L. C., Dornan, H. D., Creech, M. J., Dagenais, S., Dent, R. M., & Wai, E. K. (2011). Pilot evaluation of a multidisciplinary, medically supervised, nonsurgical weight loss program on the severity of low back pain in obese adults. *The Spine Journal*, 11(3), 197-204.
- Sallis, J. F., Berry, C. C., Broyles, S. L., McKENZIE, T. L., & Nader, P. R. (1995). Variability and tracking of physical activity over 2 yrs in young children.-700 M. *Medicine & Science in Sports & Exercise*.
- Sallis, J. F., Broyles, S. L., Frank-Spohrer, G., Berry, C. C., Davis, T. B., & Nader, P. R. (1995). Child's home environment in relation to the mother's adiposity. *International*

- journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity*, 19(3), 190-197.
- Sánchez, A. G., Mengibar, R. B., Blanco, D. L., & Porcel, F. O. (2013). Condición física, adiposidad y autoconcepto en adolescentes. Estudio piloto. *Revista de Psicología del deporte*, 22(2), 453-461.
- Sánchez, M., Chantar Ruiz, L. M., & Muñoz García, C. M. (2015). Pinceladas de autoestima tras el cáncer de mama. *Inquietudes*, 49(1), 44-49
- Silva, H., Collipal, E., Martínez, C., & Torres, I. (2008). Análisis del IMC y Somatotipo en una Muestra de Adolescentes con Sobrepeso y Obesidad en Temuco-Chile. *International Journal of Morphology*, 26(3), 707-711.
- Tounian, P. (2011). Programming towards childhood obesity. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 58(Suppl. 2), 30-41.
- Toussaint, M. (2000). Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex*, 57(11), 650-62.
- Villalpando, S., Rodríguez-Oliveros, G., Castillo-García, M., Mundo-Rosas, V., & Meneses-Navarro, S. (2012). Uso y comprensión del etiquetado nutrimental posterior de los alimentos pre-empaquetados en una muestra de consumidores mexicanos. *salud pública de México*, 54(2), 158-166.

12. ANEXOS

INVENTARIO DE AUTOEFICACIA PARA ACTIVIDAD FÍSICA, ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y CONTROL DE PESO EN ESCOLARES MEXICANOS.

Nombre: _____ Edad: _____
Grado: _____ Grupo: _____ Niño o Niña: _____

Instrucciones:

Lee con atención las siguientes oraciones y menciona que tanta confianza tienes en ti mismo(a) de lograrlo. Marca con una X el número que más se adecue a tu respuesta. No existen respuestas buenas ni malas. La información que nos proporcionas es confidencial y con fines de investigación.

Ejemplo:

“Soy capaz de sacar muy buena calificación en el examen”

Si en la oración anterior, yo me sintiera muy capaz de sacar una muy buena calificación marco con una X el número 4.

1 _____	2 _____	3 _____	4 <u> X </u>
No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo

Contesta las oraciones:

1. Soy capaz de hacer actividad física todos los días.

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo

2. Puedo dejar de comer alimentos chatarra, aunque tenga hambre (frituras, pasteles, galletas, papas).

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo

3. Soy capaz de comer sólo un dulce al día.

1 _____	2 _____	3 _____	4 _____
No soy capaz de hacerlo	Soy capaz de intentarlo	Soy capaz de hacerlo	Soy muy capaz de hacerlo

4. Soy capaz de comer menos alimentos fritos (con mucha grasa).

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

5. Soy capaz de hacer más deporte del que hago en la escuela.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

6. Puedo dejar de comer dulces cuando me siento nervioso (a).

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

7. Soy capaz de correr todos los días.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

8. Puedo comer alimentos saludables cuando estoy con mis amigos (as).

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

9. Puedo dejar de ver la televisión mientras como.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

10. Puedo esforzarme para hacer deporte.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

11. Soy capaz de No comer dulces cada vez que se me antojen.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

12. Soy capaz de hacer 3 comidas principales (desayuno, comida y cena) al día y 2 pequeñas (refrigerios).

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

13. Soy capaz de rechazar la comida chatarra cuando alguien me la ofrece.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

14. Puedo hacer actividad física o deporte, aunque tenga flojera.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

15. Puedo dejar de comer frituras o chicharrones al salir de la escuela.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

16. Soy capaz de decir a mis papás que caminemos en lugar de usar medios de transporte.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

17. Soy capaz de utilizar las escaleras y no el elevador.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

18. Soy capaz de comer a las mismas horas todos los días.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

19. Aunque me sienta triste, soy capaz de no comer a cada rato.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

20. Soy capaz de incluir verduras y frutas, cereales y productos de origen animal en todas mis comidas.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

21. Soy capaz de caminar más rápido.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

22. Soy capaz de hacer actividad física cuando me siento nervioso (a).

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

23. Soy capaz de ir con mis amigos(as) a caminar, a jugar basquetbol o a “las traes”, en vez de estar en la computadora chateando o jugando videojuegos.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

24. Soy capaz de parar de comer si me siento satisfecho.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

25. Soy capaz de dejar de tomar refresco o jugos embotellados y tomar agua.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

26. Soy capaz de pedir una comida sana cuando desayuno, como o ceno fuera de casa.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

27. Soy capaz de no comer de más cuando estoy enojado.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz Soy capaz de Soy capaz de Soy muy capaz
de hacerlo intentarlo hacerlo de hacerlo

28. Puedo comer menos dulces de los que como.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____

No soy capaz de hacerlo Soy capaz de intentarlo Soy capaz de hacerlo Soy muy capaz de hacerlo

29. Soy capaz de elegir fruta en vez de un dulce de postre.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz de hacerlo Soy capaz de intentarlo Soy capaz de hacerlo Soy muy capaz de hacerlo

30. Soy capaz de evitar comer chocolates y pastelitos tan seguido.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____
No soy capaz de hacerlo Soy capaz de intentarlo Soy capaz de hacerlo Soy muy capaz de hacerlo

**ESCALA DE DEPRESIÓN DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS
CES-D PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Las siguientes preguntas representan algunas situaciones que te pudieron haber ocurrido específicamente durante la semana pasada. Después de leer cada situación indica del 0 al 7 el número de días en que te sentiste así, dependiendo de la situación.

DURANTE LA SEMANA PASADA, ¿CUÁNTOS DÍAS TE SENTISTE ASÍ?	0 Días	1- 2 Días	3- 4 Días	5- 7 Días
1. Me molestaron cosas que generalmente no me molestan.				
2. No tuve hambre o apetito.				
3. Sentí que no podía dejar de estar triste aún con mi familia o amigos.				
4. Sentí que soy tan bueno como los demás.				
5. Me costó trabajo poner atención en lo que estaba haciendo.				
6. Me sentí deprimido.				
7. Sentí que todo lo que hacía era un gran esfuerzo.				
8. Ví el futuro con entusiasmo.				
9. Pensé que no me dirigía a ningún lado.				
10. Tuve miedo.				
11. Dormí sin poder descansar.				
12. Me sentí feliz.				
13. Platiqué con los demás menos de lo normal.				
14. Me sentí solo (a).				
15. Sentí que las personas se portaban poco agradables conmigo.				
16. Disfrute de las cosas que hago.				
17. Lloraba a ratos.				
18. Me sentí triste.				
19. Sentí que no le caía bien a mis compañeros.				
20. Sentí que no podía seguir adelante.				

ESCALA DE ANSIEDAD PARA NIÑOS DE SPENCE (SCAS)

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

A continuación, se presenta una lista de situaciones que a algunos niños les provocan ansiedad. Marca que tan frecuente te encuentras en las siguientes situaciones.

SITUACION	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE
1. Me preocupo por todo.				
2. Me da miedo la oscuridad.				
3. Cuando tengo un problema siento mariposas en el estómago.				
4. Siento temor.				
5. Siento temor cuando estoy solo(a) en casa.				
6. Me da miedo presentar un examen.				
7. Siento temor o mucho asco si tengo que usar baños públicos.				
8. Me preocupo cuando estoy lejos de mis padres.				
9. Tengo miedo de equivocarme enfrente de la gente.				
10. Me preocupo por hacer por hacer un mal trabajo en la escuela.				
11. Soy popular entre los niños y niñas de mi misma edad.				
12. Me preocupo porque algo malo le suceda a alguien de mi familia.				
13. De repente siento como si no pudiera respirar sin razón alguna.				
14. Tengo que estar revisando varias veces que las cosas que hago estén bien (como apagar la luz, o cerrar la puerta con llave).				
15. Me da miedo dormir solo(a).				
16. Antes de ir a la escuela me siento nervioso y con miedo.				
17. Soy bueno en los deportes.				
18. Me dan miedo los perros.				
19. No puedo dejar de pensar en cosas malas o tontas.				
20. Cuando tengo un problema, mi corazón late muy fuerte.				
21. De repente empiezo a temblar sin razón.				
22. Me preocupa que algo malo pueda pasarme.				
23. Me asusta ir al doctor o al dentista.				
24. Cuando tengo un problema me siento nervioso(a).				

25. Me asustan los lugares altos (como montañas, azoteas, elevadores, etc.).				
26. Soy un(a) buen(a) niño(a).				
27. Tengo que pensar en cosas (por ejemplo, pensar en un número o en una palabra) que me ayuden a evitar que pase algo malo.				
28. Me siento asustado(a) si tengo que viajar en carro, autobús o metro.				
29. Me preocupa lo que otras personas piensen de mí.				
30. Me siento feliz.				
31. De repente me siento muy asustado(a) sin razón.				
32. Me dan miedo los insectos o las arañas.				
33. De repente me siento mareado(a) si razón.				
34. Me da miedo tener que hablar frente a mi salón.				
35. De repente mi corazón late muy rápido sin razón.				
36. Me preocupa sentirme asustado(a) de repente sin que haya nada que temer.				
37. Me gusta como soy.				
38. Me da miedo estar en lugares pequeños o cerrados (como túneles o cuartos pequeños).				
39. Tengo que hacer cosas una y otra vez (como lavarme las manos, limpiar o poner las cosas en orden).				
40. Me molestan pensamientos malos o tontos, o imágenes en mi mente.				
41. Hay cosas que tengo que hacer de la manera correcta para que no pase nada malo.				
42. Me siento orgulloso(a) de mi trabajo en la escuela.				
43. Me daría miedo pasar la noche lejos de mi casa.				
44. Hay algo más que te da miedo NO () SI () Escribe lo que es _____				

SISTEMA DE AUTORREGISTRO DE CONDUCTA SALUDABLE (SARECS).

a) ¿Se realizó alguna actividad física el día de hoy?					
1. Si			2. No		
b) ¿Qué tipo de actividad fue?					
1. Correr	2. Saltar	3. Caminata	4. Andar en bici/ patines/ etc	5. Deporte (Nadar, Basketball, Football, etc)	6. Bailar
c) ¿Durante cuánto tiempo?					
1. De 0 a 10 minutos		2. De 11 a 30 minutos		3. Más de 30 minutos	
d) ¿Cómo te sientes al estar activo?					
1. Con energía		2. Feliz		3. Triste	
e) ¿Se consumió comida chatarra?					
1. Si			2. No		
f) ¿Qué tipo de comida chatarra?					
1. Dulces	2. Frituras	3. Comida rápida. (Hamburguesas, hot dogs, pizza, tacos, etc)	4. Harinas (pasteles, galletas, pan)	5. Refrescos	6. Jugos
g) ¿Se consumieron frutas, verduras o comida casera?					
1. Si			2. No		
h) Del 0 al 10, ¿qué tanto se cumplió con las tareas asignadas por el terapeuta?					

Pr	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
a)							
b)							
c)							
d)							
e)							
f)							
g)							
h)							