

1
2e

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Con Estudios Incorporados a la
U.N.A.M.



LA ANSIEDAD EXPRESADA POR MEDIO DE LA
OBESIDAD EN NIÑOS MEXICANOS, DE OCHO
A ONCE AÑOS DE EDAD.

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
area clinica
P R E S E N T A :
YOLANDA COGGIOLA SUAREZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

INDICE :

INTRODUCCION

CAPITULO I

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES PREVIAS

- 1.- Factores de riesgo en la obesidad
- 2.- La tradición alimenticia
- 3.- Necesidades e impulsos elementales
- 4.- Problemas producidos por la obesidad

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

- 1.- Que es la obesidad ?
- 2.- Etiología
- 3.- Manifestaciones clínicas
- 4.- Obesidades de acarreo
- 5.- Obesidades reaccionales
- 6.- El hambre
- 7.- Que es la ansiedad ?
- 8.- Ciertas formas particulares de angustia
 - A) Reacciones de angustia episódicas
 - B) Reacciones de angustia agudas
 - C) Hipocondría
 - D) Fondo de angustia crónica
- 9.- Manifestaciones ansiosas
- 10.- Antecedentes
- 11.- Evolución

12.- La ansiedad expresada por medio de la obesidad

CAPITULO III

CLINICA DE OBESIDAD

1.- Justificación

- A) Es posible tratar con éxito la obesidad?
- B) Proyecto de la Clínica de Obesidad

2.- Funcionamiento de la Clínica de Obesidad

- A) Requisitos de ingreso
- B) Recursos
- C) Organigrama
- D) Niagrama de Actividades del Personal
- E) Métodos
- F) Plan de trabajo para los pacientes
 - a) División por grupos
 - b) Interacción clínica-paciente
 - c) Tratamiento

CAPITULO IV

METODOLOGIA

1.- Introducción

2.- Objetivos de este trabajo

3.- Planteamiento del problema e hipótesis

4.- Antecedentes

- A) Ingreso
- B) Estadística Existente

5.- Formación de grupos

- A) Grupo Testigo
- B) Grupo Experimental

6.- Variables

- A) Variables Dependientes
- B) Variables Independientes
- C) Variables Extrañas

7.- Selección de la Muestra

- A) Selección de la Muestra
- B) Condiciones de trabajo, estancia y resultados
- C) Aplicación de valoración psicológica
- D) Terapias
- E) Resultados

8.- Estadística

CAPITULO V

PROCEDIMIENTO

- 1.- Selección de los pacientes
- 2.- Datos obtenidos en el inicio
- 3.- Instrumentos
- 4.- Sesiones de psicoterapia

CAPITULO VI

ANALISIS DE RESULTADOS

- 1.- Asistencia
- 2.- Valoración Psicológica
- 3.- Sesiones de psicoterapia en grupos
- 4.- Estadística

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

REFERENCIAS

APENDICE I

ENTREVISTA DE TRABAJO SOCIAL

APENDICE II

ENTREVISTA DE MEDICO PEDIATRA

APENDICE III

LISTA DE RACIONES Y SUBSTITUTOS

APENDICE IV

DIETA DE REDUCCION 1,000 CALORIAS

APENDICE V

DIETA DE REDUCCION 1,200 CALORIAS

APENDICE VI

DIETA DE REDUCCION 1,500 CALORIAS

APENDICE VII

ENTREVISTA DE PSICOLOGIA

INTRODUCCION. _

El número de niños obesos es entristecedor por ir incrementándose cada vez más paradójicamente, la obesidad infantil es considerada aún por muchos médicos como una simple desgracia física o como un signo de belleza y salud por los familiares, a pesar de que se ha comprobado que la mayoría de los niños obesos continúan siéndolo cuando llegar a la edad adulta y de que son conocidos los efectos perjudiciales que la obesidad ejerce sobre la salud misma.

Se considera que existe obesidad cuando el contenido de grasa en el cuerpo está aumentada en forma anormal, sobre pasando en un 15% su peso total o dos desviaciones standars del peso medio correspondiente a su talla y edad; independientemente de si el peso del niño se encuentra o no dentro del "Ideal" de acuerdo con las tablas de valores normales, ya que no todos los sobrepesos son equivalentes a la obesidad condicionándose ésto a que el exceso de peso sea por una acumulación de grasa de reserva.

Existe cierta divergencia con respecto al verdadero papel que juega el origen y persistencia de la obesidad, distintos factores como la herencia, el peso al nacer y la edad de inicio del trastorno; otro hecho es el posible carácter familiar con que se presenta. De este modo se puede distinguir la obesidad de comienzo muy precoz en la que intervienen sobre todo factores genéticos y costumbres alimenticias y las obesidades de aparición más tardía donde aparece como una compensación. También se ha señalado por diferentes autores, (Jiménez Rodríguez, J.A. y otros 1962) (1) que la obesidad en los niños aparece principalmente en dos momentos:

- 1° Entre 0 y 3 años de edad
- 2° Entre 6 y 12 años de edad

Sólo una mínima proporción de los casos de obesidad tiene su origen en causas endócrinas, la inmensa mayoría se ubica dentro de la llamada obesidad exógena ó indopática, - que suele deberse a una excesiva ingesta de comida en relación con su utilización.

La obesidad exógena primaria es la enfermedad nutricional de mayor importancia en el mundo desarrollado; diferentes investigaciones demuestran que la obesidad infantil es ya hoy un problema de salud. En los casos de grado graves de obesidad, puede haber disnea y somnolencia; incluso los niños moderadamente obesos pueden tener jadeo cuando hacer ejercicio, incluso cuando caminan ó pueden sufrir varias alteraciones ortopédicas y molestias. Esto puede conducir a una inactividad secundaria y por lo tanto el niño puede hacerse más pesado precisamente por la minusvalía que le supone su obesidad mostrando ésta una clara tendencia a ser más grave progresivamente. No cabe duda que la obesidad es un estado indeseable para el niño que la padece.

Los niños obesos se sienten avergonzados de sus deformes figuras, y sin embargo son incapaces de ocultarlas. Donde quiera que van atraen la atención debido a que parecen desgarbados, torpes y lentos. Sus cuerpos y su comportamiento contrastan vivamente con la gracia y viveza de los niños normales. La obesidad es un serio problema en la vida social de un niño, impide que se mezcle libremente con otros y disfrute de sus actividades y ocupaciones. La obesidad no tiene la dignidad de otras enfermedades y como ya dijimos no siempre es tomada con seriedad, muy a menudo es considerada como divertida. Los niños obesos están en peligro de convertirse en el blanco y hazmerreir de sus compañeros. Aunque parezcan grandes, raramente son buenos peleadores ó tienen seguridad en sí mismos en otros aspectos. Con mucha frecuencia son pasivos, miedosos, incapaces de defenderse contra los que se burlan de ellos. No resulta sorprendente que los insultos que hieren a un niño obeso día tras día les hagan desgraciados y retridos.

El niño obeso es un niño con cualquier nivel de inteligencia pero que, a menudo, presenta una mala adecuación emocional, sin que pueda describirse un tipo de personalidad único. La obesidad, por lo tanto responde a un trastorno de la personalidad. El hecho de ser obeso tiene una gran importancia para el niño por cuanto no ha encontrado solución a sus dificultades, sirviéndole la obesidad como pantalla para sus problemas.

Por lo anterior, viendo la importancia que tiene y que debe dársele a la obesidad infantil y debido a que, en el Hospital Infantil de México, "Federico Gómez", existe una Clínica de Obesidad, donde colaboramos; en este trabajo se plantea que la obesidad es el resultado de diversos factores sociales, emocionales y físicos que provocan ansiedad en los niños y que si esta ansiedad es manejado mediante una psicoterapia el tratamiento de la obesidad se facilitara; este estudio se centra en niños de ocho a once años de edad, por ser, según lo señalado, la edad de aparición de la obesidad como un problema psicológico según nuestro entender.

Tratando de antemano de que este trabajo aporte alguna solución al problema de muchos niños víctimas de la obesidad, agradecemos la valiosa colaboración de todo el personal del Hospital Infantil de México, "Federico Gomez", sin la cual no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

México, D.F. a 22 de Junio de 1987.

YOLANDA COGGIOLA SUAREZ.

CAPITULO I.

ANTECEDENTES DE INVESTIGACIONES PREVIAS:

1.- FACTORES DE RIESGO EN LA OBESIDAD:

Entre los principales factores de riesgo de la obesidad encontramos, los malos hábitos de alimentación y vida sedentaria. La obesidad exógena primaria generalmente tiene un carácter multifactorial y a veces es difícil determinar en cada caso en particular cual de los factores influye más notablemente en el establecimiento de la misma.

No se ha encontrado dependencia entre el sexo y la frecuencia de la obesidad. En tanto que el medio socio-económico influye de diferente forma en la promoción de niños obesos. (Jiménez Rodríguez, J. A. 1982) (1)

El hecho de que el estado de obesidad se transmite de padres a hijos por condiciones genéticas es discutido por muchos autores, pues como dice Rodríguez, J. A. --- (1982) (1) es difícil definir si el mismo es consecuencia de los genes o de los hábitos alimentarios y de actividad que caracteriza a cada familia. Da un riesgo estadístico de obesidad del 40% cuando existe un padre obeso y del 80% cuando ambos lo son.

El peso del nacimiento de los niños no fué determinante en el surgimiento del sobrepeso pues solo 7.1% pesaron al nacer 4.5 kilos o más mientras que el 51.8% se podía plantear pesos adecuados que oscilaban entre 2.5 y 3.4 kilos. (Jimenez, Rodriguez, J.A. 1982) (1).

De todos los factores que se pueden manejar como influyentes o determinantes en la obesidad, son los errores dietéticos los más importantes, los cuales también relacio

Nan al resto de los factores. Según el estudio de Jiménez Rodríguez, J. A. en 1982 (1) 60.7% comían de forma irregular de los cuales 37.5% eran severamente gordos. No sólo - la ganancia de peso es dependiente de un aporte calórico - exagerado, también la disminución del gasto energético por hipoactividad trae un marcado aumento del tejido adiposo.

La baja actividad física es otro factor importante que puede originarse por razones ambientales, emocionales, patológicas, etc., o bien secundarias a un sobrepeso ya instalado, recordadno que la regulación de los centros de apetito es muy deficiente cuando las demandas energéticas disminuyen o bien son muy bajas, conservandose bajo estas condiciones un apetito desproporcionadamente alto.

Cabe mencionar que con frecuencia, muchos obesos no saben reconocer una baja actividad física o bien una ingestión exagerada de alimentos y de hecho, se ha reconocido poca actividad física en grupos de niños obesos.

Nuestro contemporaneo problema de la obesidad es muy probable que empezara en el albor de la humanidad. Las tribus nomadas de los pueblos primitivos se desplazaban de un lugar a otro en busca de alimento. Parece probable que el proceso de selección natural favoreció a aquellos que - sobrevivían con una provisión limitada de alimentos, gustaban de los alimentos ricos en calorías, podían oler la comida desde más lejos y soportar el tiempo frío. A medida - de que el tiempo transcurrió, por lo tanto, los seres humanos desarrollaron múltiples características genéticas que les permitieron sobrevivir con una cantidad limitada de alimentos y favorecían el desarrollo de la grasa subcutánea. Los modernos descendientes de estos afortunados sobrevi---vientes suelen tener una abundante provisión de alimentos, adecuada ropa y sistema de calefacción. De este modo, aquellos rasgos que hace tiempo favorecieron la supervivencia son ahora inútiles y quizá peligrosos ya que conducen a la

2.- LA TRADICION ALIMENTICIA:

Dar el alimento a un niño no es un simple acto nutritivo de darle algo por vía oral, sino una entrega por parte de la madre de sí misma, no sólo por el pecho que da, sino por su actitud. En el mamar el niño halla su comodidad, una posición acariciadora, un olor característico. Todas sus ansias son satisfechas y son inseparables. No sólo se le satisface su hambre, sino también sus necesidades de seguridad y afecto.

En el primer semestre se le suele dar de comer -- con excesiva rigidez, con horarios fijos y con raciones de igual cantidad. Psicofisiológicamente, hacerlo así tiene consecuencias nefastas: se le fuerza cuando no tiene hambre y queda insatisfecho cuando más necesita. El destete se hace al correr del segundo semestre y puede constituir un grave trauma tanto para la madre como para el niño. Entre ambos se produce una ruptura cuando el niño todavía no está maduro.

Durante el destete o al disminuir el número de comidas es cuando el niño comienza a chuparse el dedo. Cuando ya tiene bastante capacidad de movimientos como para desear comer solo, a veces la madre le impone unas normas sociales excesivamente rígidas. El niño que comienza su adaptación a la sociedad utiliza la comida como medio de cambio; la madre hace uso de todas las artimañas para hacerle comer y el niño para hacerse rogar. Cuando la madre tiene prisa lo atiborra y también existen esas interminables comidas de madres ansiosas, que temen que su niño esté mal alimentado. A veces se producen consecutivas reprimendas y felicitaciones.

Las primeras formas de relaciones madre-hijo van íntimamente unidas a actos de comer. El placer narcisista - que a ciertas madres les produce el verlo comer sin complicación, rápidamente liberadas y mutuamente satisfechos, -- puede modificar favorablemente la relación inicial, (Soulé, M. 1965) (3); el niño gordito y tragón la alivia, la libera de culpas y le confiere un nuevo valor al ofrecerle esa función materna que siempre temiera no ser capaz de desempeñar. El que es poco comedor despertará a la madre, y acarreará la agresividad de una madre inconcientemente hostil.

La comida es una institución social con un ritual y una participación de la familia. Por sus horarios y la manera de llevarlo a cabo se siente como una obligación y su aceptación es un regalo para los padres. El comer significa varias cosas; alimentarse, sentir un placer, un acto - cuya finalidad última es crecer. En el niño muy pequeño -- puede tener un arcaico sentido antropofágico y en el recién nacido valor simbiótico. (M. Soulé; 1965) (3).

En conjunto, son las madres hiperansiosas, super-protectoras o rígidas quienes modelan paradójicamente la - personalidad de sus hijos al alimentarlos inadecuadamente.

3. - NECESIDADES E IMPULSOS ELEMENTALES:

No nos corresponde abordar aquí el problema del - hambre fisiológica propiamente dicha.

Indicaremos simplemente que la teoría de W. B. Cannon, (4) según la cual el hambre está en relación con contracciones gástricas se contradice con determinados datos fisiológicos. El seleccionar los nervios que parten del tubo digestivo no suprime el hambre ni impide sentirla. El - hambre no dependió de un fenómeno localizado. Como señala - Boring (5), la sequedad de la boca, las contracciones es-tomacales, son los primeros elementos en la cadena de esti

Mulo-respuesta para satisfacer la necesidad. Hay auténticas influencias endocrinas y metabólicas; es fundamental la influencia del sistema nervioso. Los estudios de S. W. Ranson (6) y otros, han demostrado que la destrucción del hipotálamo posterior produce hiperfagia. En el nivel cortical, también son conocidas las bulimias ocasionadas por lesión del lóbulo frontal. No queremos insistir en el interesante fenómeno que es el hambre selectiva, o elección propia de algunos animales que escogen el alimento apropiado, azúcar por ejemplo, o incluso sustancias ricas en calcio, fósforo y sodio. Sabemos del consumo de sal al extirparse las suprarrenales; igualmente, de la especial apetencia por sustancias ricas en calcio y la repulsa del fósforo por parte de animales sin paratiroides. El animal pancreatectomizado tiende a tomar menos azúcar y más alimentos grasos. En el trabajo de J. Magnen en 1973 (7),, podrá encontrarse una revisión de nuestros actuales conocimientos sobre la neurofisiología del hambre.

Se considera que tanto el niño como el animal recién nacido poseen desde el primer momento los elementos necesarios para comportarse de una manera determinada ante el alimento. Son de dos tipos: unos instintivos, naturales y no condicionados y otros adquiridos, dados por la educación y condicionados.

Habría que distinguir hambre de apetito. El hambre (R. Debré y otros) (8), es un estado somático provocado por la privación de alimento y que desaparece por la ingestión de comida. Puede ir unida a la libre privación de un alimento especial y saciarse al tomarlo. El apetito es un estado conciente caracterizado por el deseo de comer, estrechamente condicionado por una experiencia anterior y provocado por el gusto de una comida concreta.

Con frecuencia se presenta la obesidad como el polo opuesto a la anorexia mental. En realidad como veremos, el problema es más complejo. En su estudio sobre la obesidad H. Bruch, (10) confronta anorexia mental y bulimia comparando las dos triadas clásicas "Anorexia-delgadez-hiperactividad" y "Polifagia-obesidad-pasividad". Al hacer un balance de las investigaciones de cambios ponderales en el niño, sorprende el contraste entre la considerable importancia dada a los problemas psicopatológicos de la anorexia mental y el poco interés despertado por la obesidad.

Verdad es que la debilidad del niño nos inquieta, mientras que su "opulencia" nos parece sinónimo de buena salud. Cuando tiene un tipo digno de una caricatura lo atribuimos a razones morfofuncionales o a "malos hábitos" en la comida y creemos que el hartazgo es una fase del desarrollo completamente reversible.

Sea lo que fuere, lo referente a la comida lo consideramos de diversos modos. La reducción de la cantidad de comida cuya consecuencia es el progresivo adelgazamiento, parece un fenómeno destructivo conducente a la muerte, mientras que un "buen apetito" es un signo formativo creador de vida (No teniendo en cuenta que la obesidad resultante no es sino una malformación con respecto a la norma).

El concepto de anormalidad, desde el punto de vista estadístico, en la práctica sólo es válido para los casos extremos, ya que la obesidad depende de las normas culturales que difieren según las sociedades y varían según cada época siempre que esto no comporte modificaciones biológicas, no se puede negar el hecho de que la sociedad y la familia son los sensores de la modificación ponderal del niño y que la norma ideal del niño de "sentirse bien" no es necesariamente la misma que la de la familia o la de la sociedad.

El problema de la obesidad común, debe abordarse a partir de dos hechos esenciales que nadie discute: Por una parte, los aportes alimenticios excesivos, especialmente desde el punto de vista cualitativo, aumentan el peso, mientras que las restricciones alimenticias lo disminuyen; por otra parte cada individuo reacciona de forma especial desde el punto de vista ponderal a los excesos o a las restricciones alimenticias.

La psicopatología de la obesidad es oscura y es imposible hablar de la obesidad en general, dice P. Royer, (9) que evoca múltiples factores, eventualmente combinados, en el origen de las obesidades infantiles:

1.- El exceso de aportes al tejido adiposo secundario por obesidad (psicógena, hipotalámica o ambiental) o por inactividad (psicógena, social, paralítica), ó, por neoglucogénesis (hipercortisismo).

2.- La disminución del metabolismo de las grasas del tejido adiposo por anomalía del control extrínseco (-endócrino o neurosimpático) o del metabolismo autónomo (-fallos enzimáticos).

Sólo estudiaremos la obesidad común de la infancia, eliminando de este trabajo el síndrome de Cushing, la glucogenosis, el síndrome de Mauriac, las obesidades hipotalámicas, las consecuentes a un creancofaringioma, a encefalitis, a secuelas de meningitis tuberculosas y el síndrome de Prader-Willi.

El síndrome de Laurence-Moon-Biedl, así como las obesidades raras de causa desconocida como la tipo cushig noide y la obesidad pletórica familiar.

Además todos los autores están de acuerdo en subrayar la elevada incidencia familiar de la obesidad: J. Mayer, (11) encuentra que sólo el 10% de los niños cuyos padres tienen un peso normal presentan exceso ponderal, -

Contra el 40% de aquellos que tienen uno de los padres obe sos y el 80% de aquellos cuyos padres padecen esta enferme dad. P. Royer, (9)) indica que el 70% de los niños obesos - tienen ambos padres también obesos.

Las costumbres familiares de obesidad aún parecen ser muy importantes y a veces se integran a un determinado marco sociocultural, medio socioeconómico desfavorable en los países llamados desarrollados (A. N. Howard y Cols., - 1971) (12)

La actitud de los niños puede ser muy diversa: se gún P. Royer (9)), pueden ser muy activos, deportistas, di námicos, pero algunos son inactivos y sienten repulsión por los ejercicios físicos. Según numerosos estudios de J. Ma- yer y Cols., (11) los lactantes, los niños en edad escolar y los adolescentes obesos típicos se caracterizan mucho -- más por la inactividad que por la sobrealimentación.

H. Bruch, en 1970 (10), ha puesto de relieve un e rror en las transacciones precoces comportando un aprendi- zaje defectuoso: la madre tendría tendencia a dar respues- tas "inadecuadas" al niño, a imponer al niño lo que debe - ser o sentir, sin una consideración real de las necesidades del niño y a interpretar todo malestar como una necesidad de alimento.

Por otra parte unos psicólogos experimentalistas (S. Schachter, 1971) (13) han demostrado la existencia en los obesos de una hiperactividad a los estímulos externos y un déficit de control de los estímulos internos que re- flectan sus necesidades fisiológicas.

Los primeros estudios de H. Bruch, (10) sobre la obesidad del niño (en los años 30's) llegaron a la des- cripción de un perfil especial del niño obeso y de su cons telación familiar; en 1970 reemprende su estudio por la -

Misma línea aunque con algunas modificaciones de interpretación, subrayando el abuso que los padres hacen del niño, como compensación de las imperfecciones de su vida.

Desde el principio, la energía de la madre parece ir dirigida hacia una cambiar al niño, a hacerlo a su medida, deseo que se expresa por su modo de ocuparse de sus necesidades corporales.

H. Bruch, (10) a partir del estudio de test proyectivos, descubre unas perturbaciones en la representación de la imagen corporal, una confusión en la identificación sexual y en algunos casos unos rasgos de apariencia psicótica. Esto, naturalmente, no es suficiente para explicar el mecanismo de la obesidad, ya que lo que interesa es saber si la obesidad y la inactividad física están relacionadas no sólo con la historia somática, sino también si lo están con una adaptación social pobre, con una inmadurez emocional o con una maduración defectuosa y conocer el valor que adquiere la obesidad dentro de este esquema.

Por su parte el niño cuyas otras necesidades están reprimidas, insatisfechas, reacciona con una demanda alimenticia creciente y un deseo de satisfacción inmediata; el alimento, equivalente del amor, tiene un valor de compensación y de alivio; aparentemente sumiso, el niño en realidad se convierte en un tirano que no soporta el rechazo. -- Así en los conflictos de la vida social, la obesidad, puede ocupar el lugar de la agresividad y el peso puede adquirir un valor simbólico; tiene miedo de perder su fuerza adelgazando. (H. Bruch, 1970) (10).

La obesidad, por lo tanto, responde a un trastorno de la personalidad. El hecho de ser obeso tiene una gran importancia para este niño por cuanto no ha encontrado solución a sus dificultades, sirviéndole la obesidad de "pantalla" para sus problemas. Este tipo de obeso se reoste a

Hacer régimen más que ningún otro, y cuando se le impone, es fuente también de una gran tensión. De hecho, el obeso sólo se curará cuando pueda seguir su tratamiento sin excesivo esfuerzo después de la desaparición de los trastornos funcionales.

Lo que acabamos de exponer no es, naturalmente, - más que una visión esquemática de la descripción extraordinariamente rica de H. Bruch, que nos permite comprender un cierto tipo de personalidad especial del niño obeso y captar el sentido original de su forma de organización alimenticia que parece haber perdido.

H. Bruch, en 1970 (10) propone tre tipos psicológicos de obesos:

- 1.- el obeso cuyo estado no depende de problemas emocionales;
- 2.- el obeso cuyo estado es consecuencia de una experiencia emocional traumática y en el cual la obesidad tiene la función de protegerlo de la angustia y la depresión y.
- 3.- El obeso cuyo estado se caracteriza fundamentalmente por la imposibilidad de poder soportar las frustraciones o por un retraso en la gratificación.

Por otra parte esta autora no enfrenta su hipótesis psicodinámica a los mecanismos generales neuroendocrinos, a través de los cuales se manifiesta la organización emocional así como tampoco el factor herencia-medio.

H. Bruch, (10) cree que la obesidad responde a -- unas formas de adaptación especiales; ciertos sujetos responden a sus dificultades vitales con la obesidad en vez de reaccionar con otra forma cualquiera de psicopatología.

Por otra parte no queremos subestimar la importancia de las presiones sociales y de sus efectos desfavora-

Bles sobre el psiquismo en los niños obesos, sobre la cual insiste J. Meyer, (14), que encuentra en niñas obesas unas características de la personalidad típicas de las minorías étnicas y raciales sometidas a una discriminación intensa.

El problema psicológico siempre está presente, ya sea primario o secundario. Se encuentra tanto en el niño - como en los padres y el médico. Para este último puede ser descorazonador el sentir una resistencia del sujeto ante el tratamiento precrito, tanto en la esfera de la actividad psíquica como en la del régimen alimenticio, incluso con la ayuda de anoréxicos, que sólo se pueden emplear con precaución y durante períodos cortos. Los padres, por su parte, a veces se rebelan contra lo que ellos llaman la "falta de voluntad" del niño. Con respecto a esto último H. Bruch (15) distingue acertadamente dos tipos de obesos:

1.- Los que, a excepción de su peso, son más o menos normales desde el punto de vista psicopatológico y que a veces consiguen adelgazar y alcanzar un nivel ponderal estable, a menos que el régimen que se les pide que sigan sea excesivo y.

2.- Los que sienten como nuevas frustraciones todas las imposiciones que les llegan del exterior y que sólo pueden seguir el régimen si se acompaña de una psicoterapia conjunta.

Según los estudios longitudinales de H. Bruch, -- (15) una evaluación del desarrollo de conjunto, de la curva del peso (su estabilidad y sus fluctuaciones antes que el grado de exceso de peso), así como una evaluación de la madurez afectiva del niño y de los problemas en la familia, permiten una predilección acerca de psicoterapia de apoyo o profunda, con un grado bastante elevado de exactitud. Unos frados importantes de inactividad, especialmente si están asociados a un aislamiento o a un retraimiento social, pregsagian una mala evolución así como un grado importante de ansiedad y de discordia dentro de la familia, una incapaci-

Dad de uno de los padres para permitir un desarrollo más -
libre del niño hacia la independencia.

CAPITULO II.

MARCO REFERENCIAL:

1.- ¿QUE ES OBESIDAD?

No existe una línea exacta de demarcación entre la nutrición normal y la hipernutrición y prácticamente, el diagnóstico se establece más por el aspecto del niño que por su exceso arbitrario de peso. Los niños de tipo rechoncho pueden poseer un esqueleto relativamente grande y un tejido muscular más abundante que el corriente, de suerte que tanto por el peso como por el aspecto exceden del niño medio de su edad, pero no deben considerarse obesos. La obesidad es simplemente una acumulación generalizada excesiva de tejido adiposo subcutáneo.

2.- ETIOLOGIA:

La obesidad suele deberse a un excesivo aporte de comida en relación con su utilización. Los conceptos de proporciones corporales deseables varían según los factores familiares, sociales y culturales. La ingestión de alimentos puede responder a estas consideraciones o a trastornos psíquicos; a veces son lesiones hipotalámicas, hipofisarias o de otro tipo, así como hiperinsulinismo, los responsables de la obesidad.

Los trastornos endocrinos y metabólicos son raras causas de obesidad, aunque entre los individuos obesos pueden encontrarse alteraciones de tiroides, de las suprarrenales, de la hipófisis y de las gónadas. En hombres como en mujeres puede haber cierta predisposición genética a la obesidad.

3.- MANIFESTACIONES CLINICAS:

La obesidad puede hacerse evidente en cualquier edad a partir del nacimiento, pero en los niños aparece principalmente al final de la infancia. El niño cuya obesidad es debida a un aporte calórico excesivamente alto no es sólo más pesado que otros niños, sino también más alto y presenta una edad ósea más avanzada. Las facciones son a menudo desproporcionadamente finas, con la nariz y la boca pequeña; es frecuente la presencia de papada. La adiposidad en la región mamaria alcanza frecuentemente un grado tan notable que simula la ginecomastia, lo que es en muchos casos motivo de descontento en los muchachos. El abdomen tiende a ser péndulo y presenta frecuentemente estrias blancas o purpúreas.

En los niños obesos los genitales externos aparecen con frecuencia pequeños, pero en realidad suelen ser de medida corriente; no es raro que el pene esté como sumergido en el adiposo pubis. La pubertad puede presentarse precozmente, con el resultado de que la estatura final del niño obeso puede ser inferior que la de sus compañeros con una maduración más lenta.

El desarrollo de los genitales externos es normal en la mayoría de las niñas y la menarquía no suele retrasarse. La obesidad de las extremidades suele ser mayor en la parte superior de brazos y muslos y, a veces, queda limitada a estas regiones. Las manos pueden ser relativamente pequeñas y los dedos terminados en punta. (Doyard, P.A., 1971) (16).

Los padres incriminan a veces un medicamento (corticoides en particular) como causa de la ganancia de peso, pero a menudo la impresión paterna no resiste el análisis de la curva de peso: la obesidad era ya previa.

El medio ambiente familiar parece tener particular importancia, ciertamente el medio socioeconómico, porque si bien ciertos autores insisten en la frecuencia de la obesidad en el medio social bajo, otros encuentran resultados inversos y la comparación de series de niños normoponderales y obesos no muestran diferencia en la situación socioeconómica. Algunas de las características definidas en la familia de los niños obesos son: bajo número de hijos, hijo único o afectación exclusiva del hijo pequeño. Por el contrario, la calidad del medio familiar interviene en la edad de aparición de la obesidad, así en un grupo de niños obesos rodeados de cariño la edad media del comienzo de la obesidad es de 3 años, mientras que cuando hay evidente carencia afectiva, la edad media del comienzo se sitúa casi en los 6 años. Tal hecho conduce a cuestionarse los factores psicológicos que intervienen en la génesis de la obesidad.

Fue Hilda Bruch, en 1970, (15) quien destacó primero las principales características psicológicas del niño obeso: la importancia de la obesidad, la valoración de los alimentos, la influencia materna, la inactividad y la pasividad del niño obeso. Posteriormente se ha intentado precisar la importancia relativa de estas características y sobre todo su valor y su origen.

4.- OBESIDADES DE ACARREO:

Se les ha llamado "Obesidades de Acarreo" a las que generalmente son de comienzo precoz y su profilaxis es desde luego importante.

Pero en este tipo de obesidad, si bien el niño parece psicológicamente normal. ¿lo es su medio ambiente?. A este propósito se ha destacado la importante influencia de la madre, responsable de una hiperalimentación que generalmente niega.

Posteriormente, aparecen las consecuencias de la obesidad: la privilegiada relación creada con la madre no deja de tener consecuencias.

Limitado en su actividad física, el niño obeso no puede aceptar su cuerpo sin comparar la estética, la forma de vestir y de conducirse de los otros niños a las suyas respectivas. Si bien su relación con la madre le protege de las consecuencias y por lo tanto de la agresividad, le vale por otra parte las burlas de los otros niños, por no hablar del esfuerzo que impone todo régimen y la forma en que vivencia las exploraciones médicas de que es objeto.

5.- OBESIDADES REACCIONALES:

En cierto número de casos puede encontrarse en los meses que preceden la aparición de la sobrecarga ponderal, un grave trauma. En tales situaciones la obesidad aparece como una reacción hacia la angustia determinada, permitiendo al niño reequilibrar su personalidad, manteniendo sus estructuras mentales normales.

El análisis freudiano aporta una posible explicación de los mecanismos de este tipo de obesidad, demostrando la importancia de la oralidad en la primera parte de la vida y conduciendo al niño por mecanismos regresivos al estadio oral.

En efecto, en el neonato, toda pulsión pasa por la satisfacción de sus necesidades orales, siendo la boca en esta etapa de la vida el único órgano maduro y su único medio de exploración del medio ambiente. Toda tensión y angustia desaparecen con la ingesta de alimentos. Posteriormente, la satisfacción del placer oral forma siempre parte de la vida del adolescente o del adulto, pero la oralidad se ha modificado y transformado con el descubrimiento de -

Otras fuentes de satisfacción de las necesidades sensuales.

6.- EL HAMBRE:

El hambre puede vivirse como una frustración. En todos los casos muestra nuestra dependencia total del medio al comienzo de la vida y relativa después. La obesidad reaccional del niño obeso es precisamente un retorno a las satisfacciones iniciales, las que se le suministraban en un período de su vida en el que, dependiendo sólo de su madre, su única preocupación era el alimento.

Este mecanismo está suficientemente aclarado en las obesidades que comienzan en el período puberal.

Este período, que clásicamente abarca desde la solución del problema edípico hasta el comienzo de la adolescencia, tal vez se le llamó así porque el niño deberá dejar a un lado el intenso conflicto de estimulación de las relaciones intrafamiliares y dedicarse con todos sus recursos a investigar el mundo.

La mencionada solución del problema edípico, al mismo tiempo que ofrece un entendimiento y aceptación de su posición dentro de la relación hijo-madre-padre, promueve, la identificación con la figura adulta del mismo sexo y con ello tranquiliza, por así decirlo, los intentos fútiles de adquirir y poseer a la figura adulta del sexo opuesto; esta situación tiene como inmediata consecuencia el que el niño busque otras formas de adquirir dominio sobre sus circunstancias.

Se da un tiempo necesario para que madure la certeza de que una vez que se sale de la relación segura con la madre, se debe salir para no volver.

Hay entonces un equilibrio, que se pondrá a prueba cuando necesite entrar a un mundo en donde su comodidad dependerán en gran parte del esfuerzo propio. Habrá necesidad de que su equipo de sensaciones internas se vea reforzado por el desarrollo de nuevas capacidades en todas las áreas.

En el obeso estas tensiones pueden conducirle a - aceptarlas o rehuirlas y si las rehuye buscará satisfacciones más simples, entre las que se encuentran la oralidad.

7.- ¿QUE ES LA ANSIEDAD?

La ansiedad forma parte de la existencia humana y se caracteriza por un sentimiento de peligro inminente con actitud de espera, provocando un trastorno más o menos profundo; experiencia individual que invade a la persona hasta sus mismas raíces, difícilmente compatible con otro, y a la cual damos un carácter de generalidad, a fin de mejor esconderla.

Sabemos, sin embargo, que en el niño las reacciones emocionales toman diversas formas, desde la motriz de la reacción de sobresalto hasta las reacciones de tensión, consecuencia de insatisfacción real o de perturbaciones frente a los objetos evocados por la elaboración fantasmática. El objeto fuente de peligro puede ser tanto un objeto externo como un objeto interno.

Cierto número de manifestaciones psicomotoras y vegetativas se han incluido en el cuadro de la angustia, en tanto que responde a cuadros distintos y no pueden ser explicadas por una patogenia común. Es evidente que estos estados de incomodidad o de malestar forman parte de una reactividad normal del niño debido a la situación que provocan. Cuando las necesidades no se satisfacen, el niño reac

Ciona con un estado de inquietud- expectante. Después de un estado de peligro en el curso de un stress, el niño puede reaccionar de una manera más o menos duradera, sea con una reacción de sobresalto o con reacciones hipotónicas o hiperkinéticas.

En caso de peligro profundo y prolongado después de una fase de reacciones, psadas más o menos inadvertidas, el niño reacciona hacia el abandono con una actitud de dimisión. No obstante, desde edad temprana existen angustias, reacciones de miedo hacia un suceso temible, aunque mal de finido.

Según E. J. Anthony (17), la mayoría de los niños ansiosos comienzan, desde el primer mes de la vida, a mostrar modelos de comportamiento que, más tarde, se desarrollarán como franca ansiedad, sensibilidad al stress y reacción excesiva a los estímulos internos y externos.

8.- CIERTAS FORMAS PARTICULARES DE ANGUSTIA:

A).- Reacciones de angustia episódicas.- Se trata de crisis de ansiedad de una duración variable en el curso de ciertos episodios medicoquirúrgicos y, en particular, de ciertas afecciones febriles.

B).- Reacciones de angustia agudas.- La crisis de ansiedad agudas no son raras en el niño (W. S. Langford, L. Kanner, I. Beverly, B. Bartoleschi) (18). Se trata de crisis que sobrevienen varias veces al día, o de vez en cuando, crisis de pánico intenso durante las cuales el niño aparece aterrizado, con los ojos desencajados, sudoroso, tembloroso y quejándose de trastornos diversos, cardíacos, respiratorios, abdominales, etc.

C).- Hipocondría.- El síndrome hipocondríaco, for

Ma particular de ansiedad, ha sido bien descrito por L. Kraⁿner y por E. J. Anthony (17). En el niño se caracteriza - por quejas de mal funcionamiento corporal, de vaga mala sa^lud o por una anticipación ansiosa de enfermedad futura.

D).- Fondo de angustia crónica.- Algunos niños -- pueden quedar en un estado de inquietud y de temor permanente, con miedo a todo y con una fragilidad a cualquier - peligro que pueda venir del exterior o del interior. Se -- trata a menudo de niños expectantes, que viven en una actitud defensiva con fáciles sobresaltos, y que presentan muy frecuentemente en un primer plano manifestaciones somáticas: trastornos del sueño, insomnio en particular, trastornos - del apetito, trastornos digestivos, respiratorios o cardíacos. Más raramente se quejan de verdaderas sensaciones --- constrictivas de angustia. Estos estados de ansiedad pueden presentarse como fenómenos pasajeros respondiendo, a veces, a momentos críticos del desarrollo del niño y en particu- lar, al período prepuberal. Pueden evolucionar en formas - completamente variadas.

9.- MANIFESTACIONES ANSIOSAS:

La patogenia de diversas manifestaciones ansiosas en el niño esta lejos de ser única. Según E. J. Anthony (17), a partir del primer mes, el factor "constitucional" de la - ansiedad precoz podría jugar un papel en la determinación - del cuadro clínico de los conflictos neuróticos psoteriores; algunos (J. L. Despert y B. J. Bolin) (20) los han relacioⁿado con el rechazo o la negligencia materna y también se - ha sugerido que la ansiedad materna prenatal podría favore- cer la predisposición del niño a la ansiedad.

En un estadio posterior del desarrollo la ansiedad puede ser engendrada a partir de fuentes diferentes: conta- gio, ansiedad traumática y ansiedad de conflicto.

La transmisión de la ansiedad de contagio depende de factores tales como la edad del niño, el grado de dependencia y de sugestionabilidad, la identificación con uno de los padres ansiosos:

La ansiedad traumática depende de su carácter de inesperado, de su intensidad y de su significado en relación con los conflictos en curso. Para que una perturbación traumática se solucione deben intervenir cuatro condiciones:

- 1) el "entorno" no debe actuar en exceso,
- 2) La experiencia no debe ser relacionada con ningún conflicto de base ya existente;
- 3) Los beneficios secundarios en forma de solicitud y del niño no deberan ser excesivos y
- 4) el niño deberá hallar suficiente estabilidad en el medio ambiente.

La resolución de la ansiedad de conflicto depende de un conjunto de factores más complejos, especialmente de la acumulación de perturbaciones construídas mediante el funcionamiento del Yo más competente del estadio siguiente de la maduración. La ansiedad neurótica media de los niños contiene elementos procedentes de tres fuentes y los factores externos a menudo producen efectos determinantes sobre la configuración de los conflictos neuróticos de base.

10.- ANTECEDENTES:

Para S. Freud (21), existe una angustia que corresponde a la contrapartida de un estado de peligro biológico, fenómeno "automático" respondiendo a un flujo no controlable de excitaciones pero, por otra parte hay una "señal de angustia" que es un dispositivo (puesto en función por el Yo en una situación de peligro), dependiente de las operaciones defensivas.

Según M. Klein (22), la angustia proviene directamente de pulsiones destructoras y el peligro producido para el organismo por la pulsión de muerte, fuente de las -- pulsiones destructoras, sería la causa primera de angustia.

Se tiende a confundir la angustia como patrimonio del individuo en evolución, a la vez penosa y constructiva y la angustia adquirida, en la cual el individuo está prisionero no interesa, lo que importa es saber cómo se metaboliza en el curso de la evolución, cómo el niño tan pronto es capaz de canalizar y dominarla como de ceder a ella.

En las diversas partes del desarrollo normal, la angustia resulta manejable; se sabe por ejemplo, que el niño puede reaccionar a sus angustias mediante repeticiones activas de la situación angustiante, sea haciéndose describir por un adulto tranquilizador los sucesos pavorosos, sea por el mecanismo de un proceso de control diferido que se acomoda a un "placer funcional" obtenido por el dominio de la angustia.

Lo que importa es la utilización de la angustia - que aparece como un problema esencial y no solamente su existencia y que en el caso de los niños obesos, lo veremos reflejado como una regresión a la oralidad como un posible manejo de angustia.

Según A. Freud (23), hay poca diferencia entre -- los niños en cuanto al tipo de angustia que experimentan, porque las modalidades de ésta son subproductos constantes de estados consecutivos a la unión biológica con la madre (angustia de separación), a la relación de objeto (miedo a perder el objeto amado), al complejo de Edipo (angustia de castración) y a la formación del Superyó (culpabilidad). No es la presencia o ausencia de angustia, su calidad o -- cantidad, lo que permite predecir el equilibrio psíquico o la enfermedad; lo que es significativo a este respecto es

Solamente la capacidad del Yo para dominar la angustia.

11.- EVOLUCION:

Los niños en los que se puede prever una mejor evolución psicológica son los que hacen frente de manera activa a las mismas situaciones de peligro gracias a los recursos del Yo, tales como la comprensión intelectual, el razonamiento lógico, la posibilidad de transformar las condiciones externas, el contrataque agresivo; es decir dominando la situación en lugar de batirse en retirada. En la medida en que pueden controlar así mayor cantidad de angustia, dice A. Freud (23), pueden hacer una economía de la actividad defensiva en exceso y la formación de compromisos y sintomas. Es evidente que cuando se habla de actividad defensiva debemos tener en cuenta la elección en la gama de los mecanismos de defensa.

Por otra parte, la ansiedad no puede ser definida únicamente por sus manifestaciones aparentes. Si es cierto que la angustia, con su sintomatología motriz y neurovegetativa, corresponde a la forma más clásica, otras veces los fenómenos motores quedan en un segundo plano y no se manifiestan más que bajo la forma de inhibición. Si a veces la ansiedad está verbalizada en fórmulas más o menos vagas, -- otras veces quedan mentalizadas sin expresión, ni somética ni verbal. Una forma particular, y por tanto interesante, -- es la angustia negada, en la cual la angustia es tan profunda e intensa que está recubierta por una racionalización -- del pensamiento creando un vacío de toda vida fantasmática. La negación de toda angustia flotante es a menudo más grave que el manejo relativamente controlado de una angustia episódica.

La gordura puede ser sinónimo de vigor y fuerza - en la concepción de los padres y del niño.

Los niños obesos crecen a menudo con la convicción de que se espera de ellos que compensen las frustraciones y ambiciones insatisfechas de las vidas de sus padres. Tales demandas expresadas, o implícitas, pueden conducir a una fantástica interpretación errónea de la sensación que el niño tiene de su importancia en el mundo. Nada de lo que puede conseguir en cualquier momento se aproxima a la exagerada imagen de lo que él cree que podría hacer o se espera que haga. El hecho real de que el éxito continuado requiere esfuerzo o trabajo, algo que los seres humanos ordinarios tienen que gastar, va en contra del concepto de especialidad, del tremendo potencial que precisamente ha de reconocerse con el fin de satisfacerlo. Con tales persistentes sueños de gloria como fondo existe un desesperado miedo de frustración, de carecer en absoluto de identidad; asociado con esto está la necesidad de sentirse realmente firmado por una continua admiración y alabanza.

Inevitablemente, tales objetivos irreales resultan inalcanzables y esto es causa de continuas frustraciones - que un niño obeso intenta aliviar comiendo en exceso. Al mismo tiempo existe una primitiva esperanza de que el apetito compensará en alguna forma el defecto; sin embargo, - la comida no puede proporcionar la satisfacción esperada, aunque el deseo de ser grande es satisfecho a nivel simbólico primitivo.

Estos ciclos repetitivos de frustración y exceso de alimentación dan origen a un aumento de la obesidad; -- aunque lesiva e indeseable, cumple una importante función protectora en tales tipos de adaptación vital precaria. - Puesto que la satisfacción de las gloriosas fantasías dependen de volverse esbelto, la persistente necesidad de -

Comer excluye a estos pacientes de ser puestos a prueba. - La obesidad actúa como una pared protectora frente a una enfermedad mental más seria.

En ocasiones se teme el adelgazamiento porque se tiene la impresión de perder con esfuerzo la "fuerza" adquirida tan fácilmente.

La satisfacción del hambre puede ser imperiosa. - Hay niños tiránicos que imponen la satisfacción inmediata de sus necesidades. Pero en realidad, tal hecho se corresponde muy a menudo con una avidez afectiva.

El acto de comer se convierte a menudo en hartazgo, es decir la ingestión de alimento sin la percepción de hambre. Este es un proceso con una elevada carga emocional. Comer puede representar un modo incorporativo, una descarga de agresión dirigida a sí mismo o un acto autodestructivo (suicidio metabólico). En los niños jóvenes el comer en exceso puede servir como "intento mágico" para hacerse "más grande" rápidamente con el fin de poder vencer a una persona odiada, tal como un padre o un hermano, o tal vez, como un simple calmante.

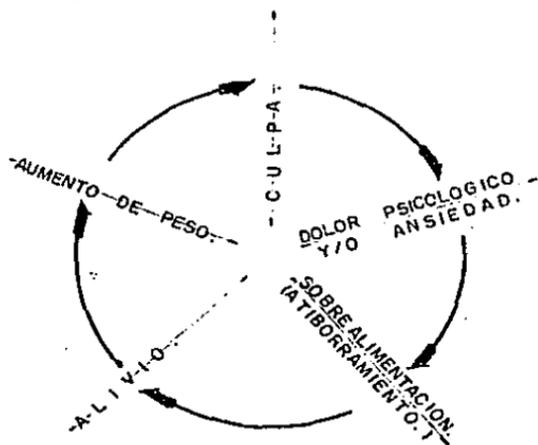
Puede también existir otras razones altamente individualizadas, hay que encontrar la "ganancia secundaria" que coexiste con el estado de obesidad del niño.

El súbito comienzo del proceso puede ser precipitado por el bloqueo de la progresión de la madurez hacia la adolescencia. Esto puede ser causado por retrasos en la madurez física, emocional y neurológica en relación con la edad cronológica como nivel primario, o puede producirse secundariamente a partir de un conflicto emocional reactivo donde el funcionamiento independiente del niño no está facilitado. Cuando esto ocurre dentro de la familia debido a las necesidades paternas neuróticas, el niño se aparta

De su propio mundo de la escuela, amigos, etc.; se vuelve deprimido y empieza a "atiborrarse" de comida. No hace falta decir que este proceso puede presentarse en distintos grados de intensidad en vez de en un proceso patológico -- completamente desarrollado. Ocurre a menudo en los niños -- mayores o en los más jóvenes, en hijos únicos, y en aquellos que están abiertamente investidos en sus familias de origen. (Sus padres los "necesitan" mucho, y de este modo los encierran en un sistema simbiótico).

Si el niño no se encuentra emocionalmente preparado para los futuros cambios en su desarrollo, puede regresar al comportamiento fágico. Este mecanismo adaptacional regresivo sirve para incrementar los estímulos corporales intenos placenteros, luego se produce un sistema de auto-servicio. La necesidad de gratificación procedente del -- "mundo" disminuye y el niño queda empantanado en el ambiente hogareño. El niño se siente culpable y avergonzado, se retrae más, come más, se vuelve más polarizado, come más, siente más culpa, se retrae más, hasta el infinito.

El siguiente diagrama muestra este fenómeno:



"Todo obeso quiere ser querido tal como es. Duda de que tal hecho sea posible, y busca sin cesar la imitación de los demás en la particularidad de su carácter, hasta perder el sentimiento de su propia identidad" (Kornhaber, A. y E., 1970) (24). Hay que comprender que la obesidad forma parte de la personalidad del niño obeso, que le asegura cierto equilibrio y que los resultados del tratamiento sólo serán válidos en la medida en que el niño acepte modificar tal equilibrio y reestructurar su imagen corporal.

CAPITULO III.

CLINICA DE OBESIDAD:

I. - JUSTIFICACION:

A) ¿Es posible tratar con éxito la obesidad en niños?

Las causas e implicaciones de la obesidad en los niños y adolescentes son discutidas por varios autores (J. B. Sidbury y R. P. Schwarts, 1970) (25), llegando a la misma pregunta ¿Es posible tratar con éxito la obesidad en niños y adolescentes?

Desde un punto de vista terapéutico se han encontrado varios impedimentos para poner en práctica un régimen de reducción de peso en los niños. Existe la preocupación de que una dieta pobre en calorías resultará nociva para el crecimiento. Así mismo el tratamiento requiere una significativa dedicación de tiempo por parte del médico. Debido a la frecuencia de los problemas emocionales asociados, (los pediatras son a veces reacios a verse implicados).

Tratar al niño obeso ha resultado, para la mayoría de los médicos, una tarea incluso más difícil que tratar al adulto. Probablemente el éxito en el tratamiento no guarda tanta relación con la edad como con el grado de madurez. Con el fin de conseguir el éxito en el tratamiento, el paciente debe haber alcanzado un grado de madurez tal que las molestias asociadas con la privación prolongada de alimentos sea más que superada por las ventajas de la reducción de peso, ya sean estas sociales, físicas o psicológicas.

La mayoría de los niños, sin embargo, no tienen precisamente el grado de madurez para renunciar a un helado por recompensas futuras, intangibles, tal como el respeto de sus amigos. Esta situación cambia gradualmente al principio de la adolescencia a medida que el individuo madura.

Otros autores se han dirigido a la prevención de la obesidad, que es la forma más eficaz de tratamiento. La prevención en la edad pediátrica significa educar tanto a los padres como a los niños.

Nuestra preocupación aquí, sin embargo, se referirá a los niños que ya presentan un exceso de peso.

Tras ensayar tanto las listas dietéticas como un sucesivo número de los supresores del apetito intensamente anunciados, el médico llega a menudo a la conclusión de -- que este grupo de pacientes resulta esencialmente intratable. El médico, al igual que cualquier ser humano prefiere creer que consigue el éxito en todo lo que lleva a cabo y a veces culpa del fracaso al paciente: "si el paciente hubiese seguido al pie de la letra el tratamiento, éste, hubiera tenido éxito".

Esto puede ayudar al ego del médico, pero ciertamente ejerce un impacto negativo sobre el paciente obeso, quien tiende a sentir menos autoestima tras cada sucesivo intento por perder peso.

Si el paciente muestra voluntad de colaborar lo necesario, el médico interesado en el problema y con adecuados conocimientos puede ofrecer considerable ayuda. Generalmente, el éxito del tratamiento es proporcional al tiempo invertido en el paciente.

B) Proyecto de la Clínica de Obesidad:

El 27 de Agosto de 1981, los Sres. Drs. Alex Nasillo Pannullo y J. Ernesto Aguirre Lomeli (26); residentes del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"; presentan un "Proyecto para la creación de la clínica de pacientes obesos del Hospital Infantil de México" el que textualmente dice:

PROYECTO PARA LA CREACION DE LA CLINICA DE PACIENTES OBESOS DEL HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ"

JUSTIFICACION:

En esta institución el 15% de la consulta externa del Servicio de Endocrinología y el 6% de la consulta externa del Servicio de Adolescentes está integrada por pacientes obesos; el 98% de estos pacientes presentan obesidad exógena y ésta constituye un problema de salud que obedece a múltiples factores sociales, culturales, psicológicos y nutricionales, por lo que el manejo deberá ser interdisciplinario, esto es, por pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, nutriólogos y endocrinólogos que tengan conocimientos profundos acerca del manejo de este complejo sindromático.

OBJETIVOS:

- a) Unificar un criterio de manejo terapéutico multidisciplinario que abarque los aspectos médicos, psicológicos, educacionales y familiares del paciente obeso.
- b) Establecer los factores de riesgo genera-

les que favorecen la aparición de obesidad.

- c) Establecer los factores de pronóstico que determinan el fracaso o el éxito del tratamiento,
- d) Analizar los cambios en el crecimiento y desarrollo del paciente obeso durante su tratamiento desde la infancia hasta la adolescencia.

2.- FUNCIONAMIENTO DE LA CLINICA DE OBESIDAD:

A partir de esta fecha (1981), empezó a funcionar la Clínica de Obesidad, la que quedó a cargo del Departamento de Adolescentes; en el cual las políticas de trabajo para dicha Clínica son:

A) Requisitos de ingreso:

Forman parte de la Clínica de Pacientes Obesos -- del Hospital Infantil de México:

1.- Los pacientes que sean considerados como obesos, entendiéndose como obesidad al individuo de cualquier edad, sexo (masculino o femenino), que tenga un exceso de peso de un 15% o más para su talla y para su edad y que este exceso sea a expensas de tejido adiposo (se utilizará como referencia de las medidas somatométricas normales descritas por el estudio de Crecimiento y Desarrollo del Niño Mexicano por el Dr. Ramos Galván)

2.- El paciente deberá tener obesidad exóge-

na por lo que se descartará mediante una historia clínica completa: problemas de genopatías, disendocrinopatías y daño cerebral orgánico o funcional, se tomarán exámenes de laboratorio pertinentes.

3.- Los pacientes deberán tener edad comprendida entre 6 meses y 18 años.

4.- Sus condiciones geográficas, económicas, culturales y sociales pueden hacer posible el ingreso a la Clínica y a sus estatutos.

5.- Será requisito indispensable en los casos en que el paciente tenga más de 8 años - el que desea perder peso por su propia voluntad.

6.- El equipo multidisciplinario estará formado por el médico pediatra, psicólogo, trabajadora social, nutriólogo, endocrinólogo - y en los casos necesarios del terapeuta familiar.

7.- Es requisito que ninguno de los integrantes del equipo de trabajo tenga una obesidad mayor de un 15% en relación a su talla y edad.

8.- Todo integrante del equipo interdisciplinario deberá conocer los aspectos básicos del manejo terapéutico del paciente obeso.

9.- Serán excluidos de la Clínica aquéllos pacientes que falten a más de un 20% de las sesiones, serán excluidos también aquellos -- que no pierdan un porcentaje de peso determi-

nado y aprobado por el grupo en un tiempo determinado.

B) Recursos:

La Clínica de Obesidad, en la actualidad cuenta con los siguientes recursos humanos y materiales:

1.- Recursos Humanos:

- Médicos Supervisor y Pediatras
- Psicólogos
- Enfermera
- Dietista
- Trabajadora Social
- Secretaria
- Laboratorista
- Personal de limpieza y mantenimiento

2.- Recursos Materiales:

- Consultorios médicos y psicológicos
- Camara de Gessell
- Laboratorio
- Sala de Reuniones
- Sala de Espera
- Baños
- Oficina de Enfermería
- Oficina de Recepción
- Oficina de Trabajo Social
- Oficinas Administrativas
- Biblioteca

C) Organigrama:

Los Recursos Humanos rigen sus trabajos de acuerdo al organigrama que a continuación presentamos:

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO
DIRECCION

DEPARTAMENTO
DE
ADOLESCENTES

CLINICA DE OBESIDAD
JEFATURA

MEDICINA

PSICOLOGIA

TRABAJO SOCIAL

DIETISTA

ADMINISTRATIVO

LABORATORIO

ENFERMERIA

LIMPIEZA

ADMINISTRATIVO:

- Recepción de pacientes remitidos
- Remitir los pacientes a trabajo social
- Orientar al paciente de los pasos a seguir en la Clínica de Obesidad
- Apuntar citas a los pacientes para las pláticas informativas.

TRABAJO SOCIAL:

- Clasificación de pacientes de acuerdo a prioridades
- Entrevistas socio-económicas a grupos de padres, niños y adolescentes, y pláticas informativas.
- Enlace con Instituciones afines.

MEDICO PEDIATRA:

- Valoración del caso clínico
- Examen médico del paciente
- Tratamiento y control del mismo
- Plática informativa a grupos de padres, niños y adolescentes.

PSICOLOGIA

- Entrevista a los pacientes
- Orientación psicológica
- Manejo y/o terapia grupos
- Plática Informativa a grupos de padres, niños y adolescentes.

ENFERMERIA

- Somatología
- Ayuda al examen médico
- Toma de productos

LABORATORIO

- Estudios específicos solicitados

MEDICO ENDO-CRINOLOGO

- Valoración y supervisión de casos específicos

DIETISTA

- Estudio de dieta actual de los pacientes y/o modificación de la misma.
- Plática Informativa a grupos de padres, niños y adolescentes.

D) Diagrama de Actividades que desarrolla el Personal:

E) Metodos:

Metodo secuencial que se sigue con cada paciente que ingresa a la Clínica de Obesidad:

Todo paciente deberá tener un expediente clínico que constará de: Historia Clínica Pediatrica, Valoración -- Psicológica, Valoración por Trabajo Social, Valoración por nutrición.

1.- La evaluación que lleva a cabo Trabajo Social, está constituida por un cuestionario que lleva como mínimo la siguiente información (ver anexo 1.):

- Identificación del paciente (Nombre, edad, sexo, procedencia).
- Escolaridad
- Ingreso familiar per-cápita
- Distribución del gasto familiar especificado en comida (porcentaje)
- Comodidades familiares (T.V., medio de transporte para ir a la escuela)
- Grupo familiar (Religión, Estado Civil de los padres, posibles separaciones de éstos)
- Condiciones de la Vivienda (casa habitación, Material de Construcción, Servicios Públicos, Zona que habita, Servicios existentes en la zona).

2.- La Historia Clínica será practicada por el Médico pediatra quedando pendientes los aspectos terapéuticos una vez discutidos y aprobados por el equipo multidisciplinario. Toda Historia Clínica lleva anotada en cada entrevista los siguientes aspectos somatométricos del paciente: edad, peso, talla, peso ideal

para la talla, tanner, gráfica de crecimiento estatural, determinación del porcentaje de sobrepeso, medición de tejido adiposo, medición de glándulas mamarias, se anotará si es crecimiento glandular o a expensas de tejido adiposo.

La Historia Clínica que lleva a cabo el médico pediatra contiene la siguiente información (ver Anexo 2):

- Identificación del paciente
- Antecedentes personales no patológicos
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes heredo-familiares
- Si los padres son adoptivos o biológicos
- Precisar talla baja en los padres
- Precisar obesidad en los padres y hermanos
- Lugar que ocupa el paciente en la familia
- Si tiene o no limitaciones físicas
- Comodidades familiares
- Aumento de peso durante el embarazo
- Peso al nacer
- Alimentación al seno materno, tiempo de ablactación y alimentación actual
- Edad en que inició el aumento de peso
- Factores desencadenantes
- Antecedentes de obesidad en edades tempranas
- Si el aumento de peso en la lactancia tuvo relación con los cambios de alimentación
- Manejos previos y causa de abandono o frágil caso.
- Antecedentes de administración de anorexígenos y hormonas; en caso positivo investigar tiempo utilizado.

- Período estacional de aumento de peso
- Concepto sobre obesidad igual a salud, llanto igual a hambre, agresión madre-hijo.

3.- Consideramos como fundamentales los siguientes exámenes de laboratorio: glicemia, triglicéridos y colesterol, Examen General de Orina, coproparasitoscópicos, índice adiposo muscular.

4.- La Historia de Nutrición lleva un cuestionario sencillo basado en el menú diario para determinar la cantidad aproximada de calorías diarias que ingiere el paciente y su distribución en porcentaje en cuanto a proteínas, carbohidratos, lípidos y serán registradas anotando las calorías ideales que debe ingerir el paciente (ver Anexo 3 de dieta tipo para régimen alimenticio).

5.- La Historia Clínica Psicológica consta de pruebas de inteligencia y de personalidad, Test Gestaltico Viso-motor de Bender, prueba de la Figura Humana y otras, éstas pruebas se rán realizadas periódicamente en todo paciente si el psicólogo lo considera necesario: el psicólogo, lleva a cabo una Historia Clínica que contiene la siguiente información (ver Anexo 7)

- Escolaridad
- Historia Familiar
- Escolaridad de ambos padres
- Ocupación
- Lugar que ocupa el paciente en la familia
- Precisar si el paciente trabaja o no
- Si el paciente fué deseado o no
- Si tiene o no limitaciones físicas
- Si a perdido algún año por bajo rendi--

miento escolar

- Rendimiento escolar
- Deportes que práctica el paciente
- Factores desencadenantes
- Relación de la ingesta con algún evento significativo
- Exámen Mental del paciente identificado.

F) Plan de Trabajo para los pacientes que ingresan a la Clínica de Obesidad:

a) División por grupos:

Se analizará la obesidad dividiendo a la población de obesos en los siguientes grupos:

Niños:

- de 6 a 23 meses
- de 2 años a 6 años 11 meses
- de 7 años a 11 años 11 meses

Adolescentes:

- de 12 a 14 años
- de 15 a 18 años

b) Interacción Clínica-Paciente:

Normas generales en la interrelación equipo interdisciplinario-paciente obeso:

- A las madres de los lactantes se les enseñará que el llanto no es sinónimo de hambre y que la obesidad no es sinónimo de salud; se tratará de crear actividades para la madre que mejoren la relación en el binomio madre-hijo.

- Se le orientará sobre la importancia de satisfacer otras necesidades primarias y afectivas del niño como cantarle, hablarle, acariciarlo, mantenerlo limpio, etc.

- A los familiares de los escolares se los enseñará a reforzar el concepto positivo que debe tener el niño del maestro y la escuela, del ejercicio, deporte y disciplina.

- Responsabilizar al paciente y concientizar a los familiares del problema de obesidad.

- Reforzar la idea de que la cooperación y constancia del paciente le ayudará enormemente al propósito de perder peso.

- No se hablará de dietas o de regímenes dietéticos con el paciente o con la familia sin previa aprobación del equipo.

- En caso afirmativo se orientará a los padres acerca de que la dieta deberá ser individual y que no se aislará al paciente del resto de la familia en los horarios de comida.

- La dieta deberá estar acorde con las posibilidades económicas y educacionales; se iniciará con calorías de acuerdo a su edad, talla y actividad física. La dieta será -- mostrada en forma atractiva para el paciente.

- Como consecuencia de lo anterior no se prescribirán dietas arbitrarias de reducción.

- No se indicará en ningún caso anorexigénicos ni hormonas.

- Al paciente se le dará siempre apoyo afectivo y se le escuchará.

- No se agredirá nunca al paciente con seu dónimos, comparaciones inapropiadas, etc.

- Al adolescente se le reforzarán los aspectos positivos de sus características sexuales secundarias.

c) Tratamiento:

Se integrará al paciente a grupos de información junto con los familiares (madre y padre) donde se les da información acerca de la obesidad; estas pláticas son expuestas por el médico pediatra, psicólogo, trabajadora social nutrióloga.

La Trabajadora Social, hablará acerca de como identificar fácilmente los factores que están condicionando el incremento excesivo de peso y con la participación activa del paciente (niño-obeso) se pueden hacer las sugerencias -- tendientes a que se consuman menos alimentos acumulables en forma de grasa y a que se aumenten las pérdidas por medio del ejercicio físicas.

Como ejemplos de tales sugerencias podemos citar: Suprimir tentaciones de postres, golosinas y gaseosas al alcance de la mano, comer siempre en el comedor (no frente al televisor, oyendo música o estudiando); suprimir de la mesa los condimentos hipercalóricos (mayonesa, salsa de tomate, etc.) servirse por sí mismos pequeñas porciones repetidas mas bien que una gran porción de una vez; usar platos pequeños que dan más apariencia de cantidad que los grandes; comer despacio, para lo cual se recomienda soltar el cubierto entre bocado y bocado; levantarse de la mesa tan pronto se termina para evitar seguir picando de los sobrantes; tomar las 3 comidas y no sustituirlas por bocaditos durante todo el día. Evitar las tensiones en la mesa: discusiones de problemas, incluso el de la obesidad. Evitar el aburrimiento por medio de entretenimientos que desestimen el consumo de alimentos y desinterés a las horas libres. Recomendar incrementos del ejercicio físico en concordancia con la condición socio-económica de la familia.

El Nutriólogo hablará al grupo acerca del valor calórico de los alimentos. Se instruye a los padres y niños que pueden recibir únicamente aquellos alimentos comprendidos en la lista dietética y sólo las cantidades indicadas. Esto debe ser aclarado para que no haya posibilidad alguna de que el niño manipule a los familiares con falsos argumentos. La madre es instruida para que no compre refrescos envasados o alimentos de tipo aperitivo, o los llamados "comida chatarra". Si los padres se quejan de que tienen otros niños que no tienen exceso de peso y que desean este tipo de alimentos, se les sugiere que pueden considerar esto como idea de toda la familia.

El Médico Pediatra hablará al grupo acerca del tratamiento dietético, del menor consumo calórico y el ejercicio, siendo los métodos disponibles que se recomienda como racionales, seguros y efectivos en el tratamiento de la obesidad exógena en la infancia.

Así mismo hablará acerca de que la mayoría de los casos de obesidad tienden a perpetuarse hasta la edad adulta y puesto que la obesidad en el adulto va asociada con una mayor mortalidad y morbilidad consecutivas a una variedad de enfermedades degenerativas y de accidentes y puesto que la presencia de la obesidad durante la adolescencia es causa de continuas dificultades fisiológicas, el problema de la obesidad infantil es serio y merece la atención y seguimiento del tratamiento.

La Psicóloga hablará de la obesidad en la infancia y en la adolescencia que pueden ir asociadas con una amplia gama de trastornos emocionales y de la personalidad. El reconocimiento de estos factores le dará un enfoque más realista y por lo tanto, potencialmente más efectivo de su tratamiento.

La Clínica de pacientes obesos funciona mediante sesiones individuales, terapia de grupo, terapia familiar y visitas domiciliarias.

Las sesiones se llevan a cabo cada 15 días y en forma regular.

Se analiza y se manejan a los pacientes de acuerdo al grupo de edades mencionadas ya que la obesidad tiene diferentes orígenes, desarrollo, atención y pronóstico en los diferentes grupos.

Los integrantes de la Clínica de pacientes obesos se reúnen en sesiones ordinarias por lo menos cada tres meses y extraordinarias si lo ameritará.

CAPITULO IV

METODOLOGIA:

I. - INTRODUCCION:

Como en otros procesos, el éxito o el fracaso en el tratamiento de la obesidad está directamente relacionado con una valoración pertinente de los factores subyacentes. La obesidad es un proceso tan visible que su diagnóstico - puede hacerse a simple vista, se añade un aspecto científico describiendo el exceso de peso como desviación del llamado peso ideal. Estas cifras pueden servir como guía para - determinar cuánto peso debe perderse o si resulta razonable esperar que un niño (entre 8 y 11 años) al crecer, perderá el peso extra, se le dan las instrucciones dietéticas acordes.

Este enfoque avalado por el tiempo, puede tener éxito en los niños emocionalmente estables y cuyas familias se comportan adecuadamente y estimulan su individualidad e independencia.

Por desgracia, condiciones tan favorables son raramente encontradas en los casos más graves y duraderos de obesidad infantil. La obesidad en la infancia y en la adolescencia no es un proceso uniforme; suele ir asociada con una amplia gama de trastornos emocionales y de la personalidad.

La comida tiende a ser mal empleada como una pseudosolución para una multitud de conflictos y problemas debido a que en la obesidad esta importante función corporal es experimentada de forma alterada.

En situaciones difíciles con trastornos de la per-

Sonalidad graves asociados. la reducción de peso en sí misma no constituye la curación; por el contrario puede precipitar una enfermedad más seria.

La selección del tipo de estudio, en este trabajo, está dada por nuestro interés centrado en como se manifiesta o desarrolla un problema (obesidad y angustia) en su contexto natural, esto es un estudio de campo de tipo exploratorio (Gomezjara, Bustos de Ruiz) (46 y 47), y el cual tendrá distintas características si se hace una evaluación o intervención, objetivos de este trabajo.

2.- OBJETIVOS DE ESTE TRABAJO:

1. Nuestro primer objetivo y del cual derivamos el título de este trabajo es el de establecer en qué casos la ansiedad es expresada por medio de la obesidad permitiéndole con esto al niño reequilibrar su personalidad.

2. Establecer el desarrollo de las principales características del niño obeso:

- a) Que le representa y que importancia le da a su obesidad y a su imagen corporal
- b) Que entiende por alimentación, hambre y como valora los alimentos y la frecuencia y causa de la ingesta de estos.
- c) Influencias externas: familiar, escolar, social, cultural, geográfica y económica que le afectan.
- d) Actividad o inactividad y pasividad del niño obeso.

3. Analizar en que medida la obesidad que el niño presenta es reaccional

4. Se determinará en que situaciones el niño obeso tiene una mayor angustia

5.- Por medio de una psicoterapia el niño tendrá otra vía de canalización para sus conflictos y problemas, con lo que se reducirá su obesidad.

6.- Se formarán grupos en los que el niño obeso se verá reflejado e identificado con los demás niños, que se encuentran en sus mismas condiciones, permitiendo y aumentando con esto el apoyo mutuo de unos a otros y continuar con su tratamiento.

7. Eliminar el negativismo, aumentar la autoestima y el autoconvencimiento del éxito que puede alcanzar en el tratamiento de su obesidad.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿ Influye la psicoterapia de grupo en el niño obeso para canalizar su ansiedad?

PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS:

H_1 Por medio de la psicoterapia de grupo, (ver definición de variables), el niño obeso aprenderá a tener alternativas para canalizar su ansiedad y no por medio de la comida.

H_0 No influye significativamente la psicoterapia de grupo en el niño obeso ya que no da alternativas para canalizar su ansiedad.

4. ANTECEDENTES:

A) Ingreso:

Como el trabajo se llevará a cabo dentro de la Clínica de obesidad del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", nos apegaremos a los reglamentos existentes para el ingreso de los pacientes.

1.- Todos los pacientes deberán tener un expediente clínico que constará de Historia Clínica pediátrica, Valoración de trabajo social, Valoración de nutrición y Valoración psicológica.

2.- La Historia Clínica será practicada por el médico pediatra quedando los aspectos terapéuticos pendientes hasta una vez discutidos y aprobados por el equipo multidisciplinario.

3.- De la Historia de trabajo social, se deberá tomar en cuenta:

- a) Ficha de identificación
- b) Grupo familiar
- c) Situación económica
- d) Ubicación geográfica
- e) Condiciones de vivienda

4.- La Historia de nutrición, llevará un cuestionario sencillo basado en el menú diario para determinar en forma simple y aproximada las cantidades de calorías diarias que ingiere el paciente y su distribución en porcentaje con respecto a proteínas, carbohidratos, lípidos, etc. y será registradas, anotando las calorías ideales que deben ingerir el paciente.

5.- La Historia clínica psicológica en donde haremos valoraciones psicológicas tomando muy en cuenta:

- a) Alimentación al seno materno, tiempo de ablactación, alimentación actual.
- b) Rendimiento Escolar

- c) Edad en que inició el aumento de peso
- d) Factores desencadenantes: quirúrgicos psicológicos, sociales, etc
- e) Estado de relaciones y dinámica familiar
- f) Antecedentes de obesidad en etapas anteriores de su vida.
- g) Manejo previo y causa de abandono o fracaso
- h) Conocimiento sobre la obesidad igual a salud llorando igual a hambre (sí o no)
- i) deseo de pérdida de peso.

B) ESTADÍSTICA EXISTENTE:

Dentro de la Clínica de Obesidad del Hospital Infantil de México "Federico Gómez", la estadística existente nos dice: (Fernández Paredes y cols.) (31):

G R A F I C A S
CLINICA DE OBESIDAD DEL H.I.M.

1°	AFLUENCIA	Obesidad exógena	96.00%
		Obesidad Endócrina	4.00%
2°	DENSIDAD POR SEXO	Masculino	54.20%
		Femenino	45.80%
3°	COMPOSICION POR EDADES	2 0/12 a 11 11/12	48.60%
		11 0/12 a 19 11/12	51.40%
4°	TIPO DE OBESIDAD	Ligera (20 al 29%)	35.40%
		Moderada (30 al 39%)	27.80%
		Grave (40% ó más)	36.80%
5°	PROCEDENCIA	Medio Urbano	76.40%
		Medio Rural	16.60%
		Medio Suburbano	7.00%
6°	ESTRATO SOCIOECONOMICO	Bajo	70.10%
		MEDIO	28.40%
		ALTO	1.50%
7°	ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD		
	A) DIRECTOS	Madre Obesa	73.60%
		Padre Obeso	40.90%
		Ambos Padres Obesos	34.00%
		Padres y Hermanos Obesos	81.20%
		Diabetes Melitus	12.50%
		Hipertension Arterial	4.20%
		Insuficiencia Coronaria	0.70%
		Abuelos, Tios, Primos	
	B) INDIRECTOS	Diabetes Melitus	35.40%
		Obesidad	23.60%
		Hipertension Arterial	9.10%
		Insuficiencia Coronaria	6.90%

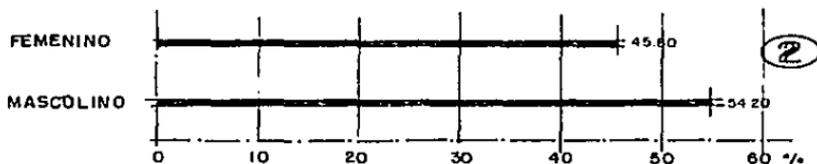
8°	PROMEDIO DE PESO AL NACER	Ligera Moderada Grave Limites de	3.200 Kg. 3.400 Kg. 3.400 Kg. 1.500 a 5.000 Kg.	
9°	ALIMENTACION			
	A) SENO MATERNO	Suspensión antes de 3 meses Suspensión despues de 3 meses	45.20%	
	B) SENO MATERNO Y LECHE HUMANIZADA DESDE EL NACIMIENTO		15.90%	
	C) ABLACTACION	De 0 a 4 Meses De 4 Meses ó Más	65.30% 34.70%	
	D) TIPO (ACTUAL)	Irregular Regular	95.80% 4.20%	
10°	ACTIVIDAD	Normal Sedentaria Hiperactiva	29.10% 68.80% 2.10%	
11°	INICIO DE OBESIDAD	0 a 11/12 años 1 año a 3 11/12 4 años a 8 11/12 9 años a 14 11/12 15 años a 18 11/12	25.60% 21.40% 39.60% 8.40% 5.00%	47.00% 86.6%
	A) OBESIDAD TIPO GRAVE	0 a 8 11/12 9 años en adelante	92.00% 8.00%	
12°	PATOLOGIAS ASOCIADAS	Dinámica Familiar Crisis Convulsivas Trastornos de Con- ducta Asma Ortopédicos Neurológicos	25.70% 15.30% 12.50% 7.00% 6.20% 22.90%	

GRAFICAS:

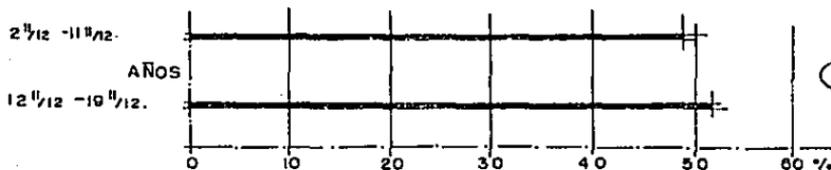
estadística existente H.I.M.



AFLUENCIA: (1)

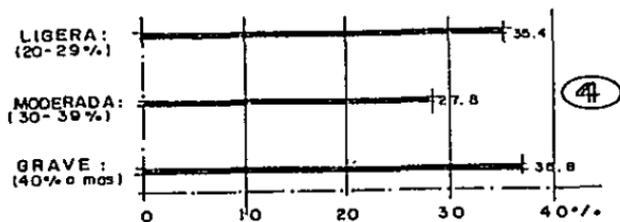


DENSIDAD POR SEXO (2)



COMPOSICION POR EDADES: (3)

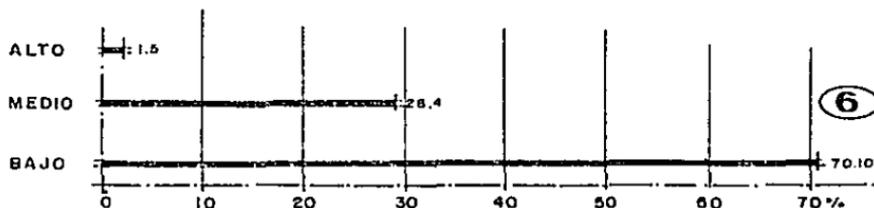
GRAFICAS:



TIPO DE OBESIDAD



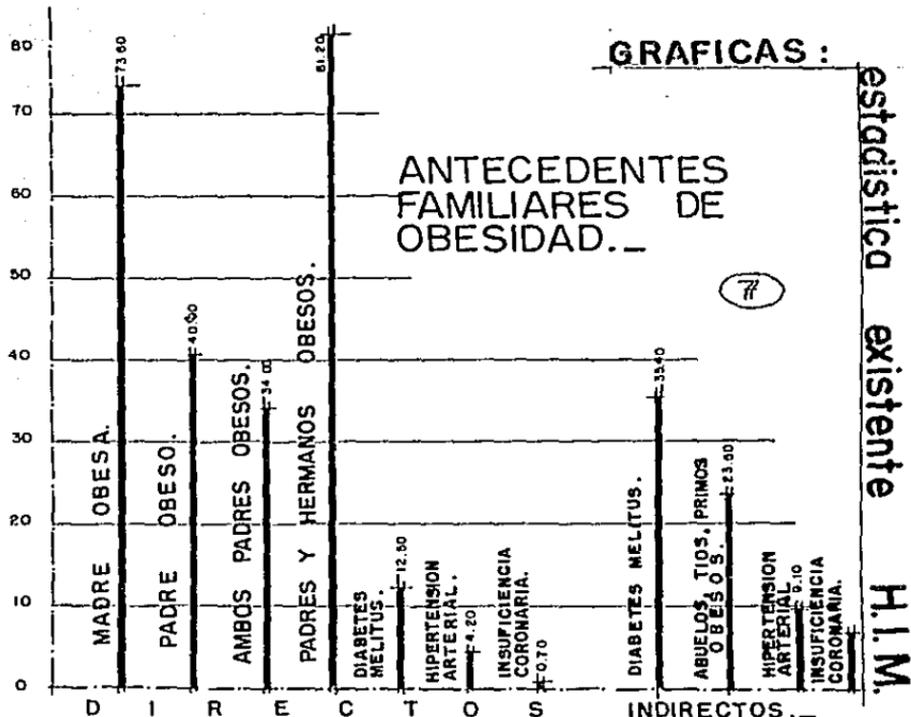
PROCEDENCIA



ESTRATO SOCIOECONOMICO

GRAFICAS :

ANTECEDENTES FAMILIARES DE OBESIDAD..

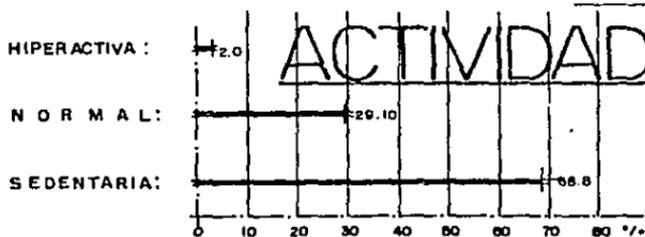


estadística existente

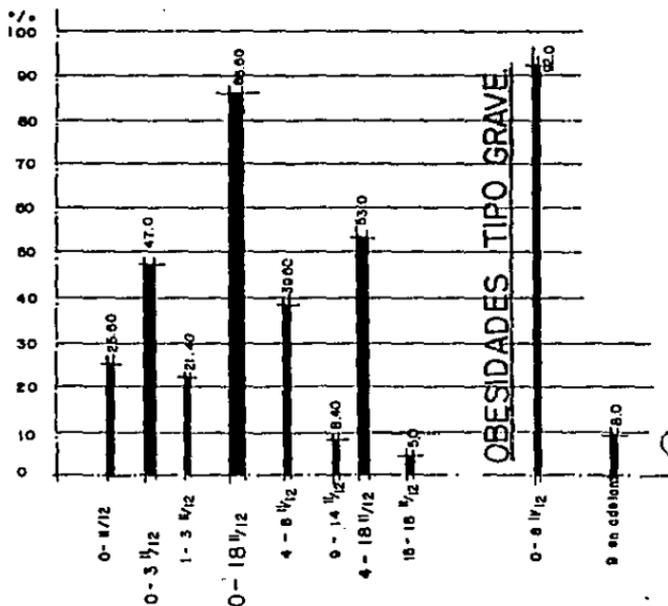
H.I.M.



GRAFICAS :



10



11

INICIO DE OBESIDAD

estadística existente H.I.M.

5. FORMACION DE GRUPOS:

De la aceptación de pacientes a la Clínica de Obesidad del Hospital Infantil de México, seleccionaremos, para este trabajo, niños entre los 8 y los 11 años de edad; sin tomar en cuenta su sexo (masculino o femenino) y sin valorar inicialmente sus antecedentes familiares directos o indirectos, su promedio de peso al nacer, ablactación y/o inicio de obesidad.

De acuerdo a las estadísticas no debemos perder de vista, y si tomar muy en cuenta que los pacientes con los que trabajaremos, corresponden a un estrato socioeconómico bajo y medio y que su tipo de alimentación es irregular; con los pacientes que seleccionemos trataremos de formar dos grupos de trabajo un primer grupo testigo y el segundo experimental.

A) Grupo Testigo:

En el grupo testigo manejaremos reforzamientos de conducta; los conceptos hambre-alimentación, dieta-ingesta desmedida; valoración de alimentos y tipos de alimentación; concientizar al niño con respecto a la autorresponsabilidad en este tratamiento; problemas producidos por la obesidad; ventajas ganancias y expectativas por la reducción de peso; mejoramiento en las relaciones interfamiliares, mejor interacción social dentro de su medio; aumentar su rendimiento escolar y mejorar sus relaciones interpersonales; manejo de miedos y fantasías por la pérdida de peso.

Por la edad con la que trabajaremos, (prepuberes y púberes) el manejo y previsión de sus cambios emocionales y físicos por su próxima adolescencia tratar de eliminar la inactividad física; tratar de eliminar su dependencia hacia la comida; prever la posible reincidencia a la ingesta desmedida y a la mala alimentación.

B) Grupo Experimental:

En este grupo trataremos de comprobar o desmentir la hipótesis antes enunciadas; para lo cual investigaremos

Los conflictos y problemas particulares de cada niño, cómo maneja o trata de manejar estos; si como resultante, encontramos un aumento de su ansiedad y si este manejo redundará en la ingesta de alimento y en la inactividad-pasividad del niño; la consecuencia lógica de los anterior redundará en la obesidad y ésta será una expresión de su ansiedad.

De acuerdo a lo anterior, si además de un manejo similar al que daremos al grupo testigo; tratamos de manejar la angustia de cada niños, de manera que ésta no se canalice a la ingesta e inactividad; suponemos según nuestras hipótesis que obtendremos mejores resultados en el tratamiento de la obesidad.

6. VARIABLES:

Como en todo trabajo de investigación o de experimentación, existen también en este trabajo variables que nos afectan o pueden afectar, tanto en su desarrollo como en los resultados que obtendremos; las variables que consideramos pueden ser las de mayor importancia y que directamente atañen en estos grupos son:

A) Variables Dependientes:

Dentro de este rango de variables consideramos a - aquellas que estaran determinadas por la variable independiente; estas variables serán:

1. ANSIEDAD:

Entendemos por ansiedad un sentimiento de peligro inminente con actitud de espera, provocando un trastorno más o menos profundo; siendo una - experiencia individual que invade a la persona difícilmente compatible con otro y a la cual damos un carácter de generalidad, a fin de mejor esconderla.

Es importante hacer notar que en general los terminos de angustia y ansiedad son utilizados como sinonimos y así se consideran en el presente trabajo (ver Capitulo II).

2. OBESIDAD:

La obesidad es una acumulación generalizada excesiva de tejido adiposo subcutáneo y suele deberse a un excesivo aporte de comida en relación con su utilización (ver Capitulo II).

B) Variables Independientes:

Como variables independientes consideramos aquellas como el estímulo que afectará a nuestras variables dependientes. Esta variable será, la psicoterapia que deberemos dar a los grupos de niños obesos, la experiencia obtenida en la Clínica de Obesidad del Hospital Infantil de México nos demuestra que la psicoterapia conductual (de economía de fichas) es la que nos brinda mejores resultados en cuanto a niños que reducen su obesidad ya que este sistema (el de economía de fichas) incluye el intercambio social, en dos fases, una en el momento de entrega de las fichas (por reducción de peso) y otra, cuando éstas se intercambian por objetos tangibles.

Los sistemas de fichas funcionan como estímulos discriminativos, que disponen la ocasión para interacciones sociales apropiadas, lo cual explica en gran medida su eficacia en situaciones de grupo (Skinner, B.F.) (32) y (Ribes E. y cols.) (33).

Para el grupo experimental adicionalmente manejaremos la psicoterapia de grupo (Bellak) (34) en donde implicaremos el parentizaje de las consecuencias de una "conducta mala" (comer en exceso) y la recompensa del grupo por una "conducta buena" (hablar, darse cuenta del problema que motiva a comer en exceso); que nos servirá para construir un control de

Impulsos (ingesta desmedida) y una canalización de la ansiedad existente a un nuevo foco (sesiones de terapia) ayudando a los niños a anticipar la posibilidad de problemas futuros que pueden surgir como resultado de patrones de conducta que se solucionarán, siendo de esta forma preventivo.

C) Variables Extrañas:

Sabemos que en un momento determinado un número increíblemente grande de estímulos hacen blanco sobre un organismo, Y debemos suponer que todos estos estímulos afectan la conducta del organismo. Estas variables (extrañas) son todas aquellas que, quedando fuera de nuestro control, nos afectan directamente o indirectamente y nos correlacionan las variables anteriores; y trataremos de controlarlas por medio de la técnica de selección al azar de los niños obesos distribuyendolos indistintamente a cada grupo; dentro de estas encontramos las siguientes:

1. Condiciones geográficas y de vivienda
2. Condiciones socioculturales del niño
3. Ambiente familiar, escolar y otros ambientes a los que el niño asista.
4. Religión
5. Actividad o inactividad física del niño
6. Orientación del equipo multidisciplinario de la Clínica de Obesidad del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
7. Orientación acerca de la dieta individual de cada niño y acorde a las posibilidades económicas y habituales de la familia.
8. Problemas resultantes por posibles patologías asociadas (crisis convulsivas, ortopedicos, etc.)
9. Medicación por posibles patologías asociadas
10. Antecedentes familiares directos o indirectos de obesidad.

12. Edad de inicio de la Obesidad
13. Tratamientos anteriores y/o posibles reincidencias.

7. SELECCION DE LA MUESTRA:

Para la elaboración de este trabajo no debemos perder de vista los objetivos propuestos, el diseño experimental (como tal), la formación de los grupos y los métodos a aplicar para cada uno, sin olvidarnos de las variables que gravitan sobre el trabajo en sí.

A) Selección de la Muestra:

Como fué indicado en el diseño experimental, lo marcamos y recordamos en la elaboración de este plan, el trabajo se llevará a cabo dentro de la Clínica de Obesidad del Hospital Infantil de México "Federico Gómez" por lo que nos apegaremos a los estatutos y reglamentos de esta institución.

Ya que el trabajo se centra en niños de 8 a 11 años de edad, el único requisito adicional a los ya existentes en la Clínica de obesidad del Hospital Infantil de México, será el de que los niños con los que trabajaremos se encuentren dentro de este rango de edad, y se distribuyan indistintamente (al azar) en cualquiera de los dos grupos con los que trabajaremos: (Grupo Testigo y/o Grupo Experimental).

B) Condiciones de Trabajo, Estancia y Resultados para cada grupo:

A los seleccionados se les indicará la fecha en la que deberán presentarse para la primera sesión de trabajo; éstas sesiones serán quincenales y con duración promedio aproximadamente de una hora y media.

En esta actividad se les marcarán a los pacientes las sesiones a las que deberán asistir, el máximo de sesiones a las que pueden faltar (máximo 20%) para poder continuar dentro del grupo, para el reforzamiento de conducta se trabajará a base de economía de fichas y del cómo funcionarán estas fichas (premios-sanciones) las que se medirán de acuerdo a los resultados (reducción de peso) que obtenga cada paciente.

C) Aplicación de Pruebas y Valoración Psicológica:

La psicóloga valorará al paciente, por medio de una entrevista inicial, tomando datos acerca del rendimiento escolar, relaciones con los maestros y compañeros, actividades extraescolares, edad en que inició el aumento de peso, factores desencadenantes, antecedentes de obesidad en etapas anteriores, frecuencia de ingesta de los alimentos, relaciones familiares y posibles problemas asociados en estas áreas.

En cada grupo se iniciará la valoración psicológica aplicando la batería de pruebas, construida por el test de Dibujo de la Figura Humana (D.F.H.), el test de Apercepción Infantil (C.A.T.) y el test Gueústaltico viso-motor para niños tal como indicamos en el diseño experimental.

D) Sesiones de Terapias

Se llevarán a cabo sesiones de trabajo quincenales, de una hora y media aproximadamente, en el transcurso de un año de tratamiento (Enero a Diciembre de 1985), tiempo en el cual trabajamos con cada grupo en la forma diseñada para cada uno, según nuestro planteamiento experimental de los grupos.

E) Resultados:

Los pacientes serán pesados y medidos por la enfermera, antes de pasar a sesión de terapia; estos datos se anotarán en una gráfica individual, para poder controlar la pérdida y/o el aumento de peso de cada uno de los niños obesos.

Así mismo se anotará en la gráfica el peso ideal al que deben reducir de acuerdo a su edad, sexo y talla; su asistencia o inasistencia, en el sobreentendido que serán dados de baja del grupo de obesidad aquellos pacientes que falten a más de un 20% de las sesiones.

B. ESTADÍSTICA:

Al final del año de tratamiento se procedió a hacer el análisis estadístico de los datos y resultados obtenidos tanto de las entrevistas realizadas, de la batería de pruebas aplicadas y de la reducción y/o aumento de peso de cada uno de los pacientes.

Como sabemos, en estadística la "Razón T" se emplea con el fin de hacer comparaciones entre dos medidas, (en nuestro caso Grupo Testigo y Grupo Experimental) cuando se han obtenido datos por intervalos de tiempo (aumento y/o reducción de peso en cada sesión por cada paciente o en forma global del grupo).

Tomaremos como medición la Razón T ya que en nuestro caso trabajaremos con muestras que contienen un número relativamente pequeño de entrevistados ó casos (pacientes), y no es posible encontrar que esta "distribución muestral de diferencias" tome la forma de una curva normal de estadística; como resultante no podremos usar "puntajes Z" basados en una distribución normal.

Para compensar estadísticamente este alejamiento de la normalidad, en la "distribución muestral de diferencias", obtenemos la "Razón T" que al igual que el "puntaje Z" puede usarse para convertir una diferencia entre "medias muestrales" a unidades de error estándar de la diferencia.

Sin embargo en contraste con una "puntaje Z" la "Pa-

zón T" deberá interpretarse con referencia a los "grados de libertad (gl.)" que varían directamente con el tamaño de la muestra y determinarán la forma de la "distribución muestral de diferencias". Con infinitos "grados de libertad" nuestra "Razón T" se convierte en "puntaje Z" y de ese modo podremos elaborar una tabla con la que podremos interpretar y analizar nuestros resultados, y comprobar y/o desmentir nuestras hipótesis planteadas.

CAPITULO V. -

PROCEDIMIENTO:

En este capítulo que llamamos "Procedimiento" intentaremos llevar a cabo en la práctica real, (con los niños obesos), lo que indicamos en el plan de trabajo del capítulo anterior, tratando de no apartarnos de los objetivos propuestos y comparando los resultados para confirmar o desmentir las hipótesis planteadas.

Como sugerimos en el plan de trabajo, en este capítulo modificaremos o corregiremos dicho plan de acuerdo a los resultados que vayamos observando ú obteniendo en el transcurso de este procedimiento.

De acuerdo al plan de trabajo planteado se procederá - de la siguiente manera:

1.- SELECCION DE LOS PACIENTES:

De los meses de Septiembre a Diciembre de 1984, se procedió a entrevistar a los pacientes obesos que se presentaron a consulta externa del Depto. de Adolescentes, donde fueron valorados por el Médico Pediatra, la Trabajadora Social, el Nutriólogo, y la Psicóloga, para su aceptación y/o rechazo a la Clínica de Obesidad.

Estamos marcando este periodo de tiempo pues fue el plazo durante el que se localizó a los pacientes de 8 a 11 años de edad, a cada uno de nuestros futuros grupos.

Conjuntando a los pacientes que llegaban durante cada mes (30 días) y que hubieran sido aceptados en la Clínica de Obesidad, se les citaba al fin de mes, para que asistieran a las pláticas informativas generales (paciente-familia) y pudiendo así integrar un grupo suficientemente grande (20 ó más) para recibir dichas pláticas de acuerdo con nuestro inciso -

"B" del plan de trabajo.

Partiendo de la asistencia a estos grupos de información y de las entrevistas iniciales a los pacientes en la consulta externa, se procedió a la selección de los posibles futuros candidatos para este trabajo específico, teniendo como únicas condicionantes, que su edad quedara comprendida entre 8 y 11 años de edad (como marca nuestro trabajo) y la segunda que estuvieran de acuerdo con el ingreso a nuestros futuros grupos.

Como lo habíamos previsto en el plan de trabajo no se tomó en cuenta, el sexo, grado de obesidad, procedencia, etc. para la formación de nuestros grupos y los pacientes fueron distribuidos indistintamente en cualquiera de los dos grupos (grupo testio y/o grupo experimental).

2.- DATOS OBTENIDOS EN EL INICIO:

Durante estos 4 meses logramos conjuntar un número de 40 pacientes con las condicionantes anteriormente marcadas (edad y deseo de formar parte de los grupos).

A) De estos 40 pacientes, 20 de ellos fueron los que formaron el grupo testigo quedando de la siguiente manera: 10 hombres y 10 mujeres; y los otros 20 fueron destinados al grupo experimental, quedando 12 hombres y 8 mujeres.

*Ver gráficas # 1 y 2 Densidad por Sexo y #3 y 4 de Composición por edades.

B) El grado de obesidad no se tomó en cuenta para la formación de grupos, sin embargo en cada grupo se encontró que:

En el grupo testigo, 10 pacientes presentaban obesidad ligera (20 a 29%), 5 pacientes presentaban obesidad moderada (30 a 39%) y que 5 pacientes presentaban obesidad grave (40% ó más) y en el grupo experimental, se encontró que 10 pacientes presentaban obesidad ligera, 6 pacientes con obesidad moderada y 4 pa-

cientes presentaban obesidad grave.

* Ver gráficas #5 y 6 de Tipos de Obesidad.

C) En cuanto a la procedencia de los pacientes para cada grupo se observó de la siguiente forma: Para el grupo testigo 12 pacientes procedían de medio urbano, 8 de medio suburbano y ninguno del medio rural; Para el grupo experimental, se encontró que 13 pacientes procedían del medio urbano, 7 del medio suburbano y ninguno del medio rural.

* Ver gráficas #7 y 8 de Procedencia.

D) El estrato socio-económico al que pertenecían los pacientes era: para el grupo testigo, 2 del nivel medio, 10 con nivel medio-bajo y 8 con nivel bajo. Para el grupo experimental se encontró que 8 pertenecían al nivel medio, 9 al medio-bajo y 3 al nivel bajo.

* Ver gráficas #9 y 10 de Estrato Socio-económico.

E) Los antecedentes familiares directos de obesidad, que se encontraron para ambos grupos fue que: en el grupo testigo, había 19 pacientes con madre obesa, 9 pacientes con padre obeso, 9 pacientes con hermanos obesos, 5 pacientes con abuelos obesos, y 9 pacientes con ambos padres obesos.

En el grupo experimental se encontró que había 15 pacientes con madre obesa, 6 pacientes con padre obeso, 10 pacientes con hermanos obesos, 5 pacientes con abuelos obesos y 3 pacientes con ambos padres obesos.

* Ver gráficas #11 y 12 de Antecedentes Familiares Directos de Obesidad.

F) El promedio de peso al nacer se encontró comprendido entre 2.600 kg. y 4.000 kg. en el grupo testigo y para el grupo experimental se encontró un promedio de peso al nacer comprendido entre 2.800 kg. y 4.200 kg.

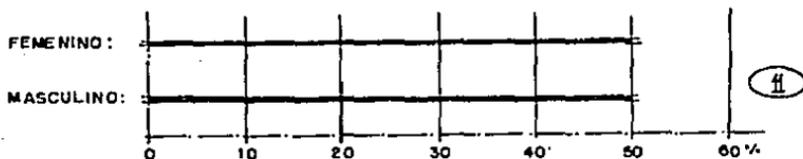
G) El inicio de obesidad se presentó en el grupo testigo de la siguiente forma: 4 pacientes con obesidad desde el naci-

miento, 1 paciente que presentó obesidad desde 6 meses atrás, 11 pacientes con obesidad desde 1 año antes, 4 con obesidad desde 2 años antes, y para el grupo experimental se presentó de la siguiente forma, encontrando que 6 pacientes presentaban obesidad desde el nacimiento, 3 pacientes con obesidad desde 6 meses atrás, 5 pacientes con obesidad desde 1 año antes, 4 con obesidad desde 2 años antes y 2 con obesidad desde 3 años antes.

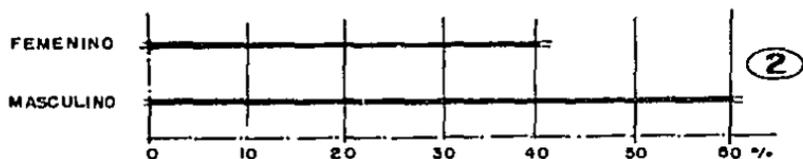
ii) Las actividades a las que los niños obesos se dedicaban al inicio fueron: para el grupo testigo, 7 pacientes practicaban actividades regulares (1 vez por semana ejercicio), 3 pacientes practicaban actividades deportivas (ejercicio desde 3 a 5 veces por semana), 10 con actividades sedentarias y 0 pacientes con hiperactividad.

En el grupo experimental se halló que 8 pacientes practicaban actividades regulares, 3 practicaban actividades deportivas, 9 con actividades sedentarias y 0 con hiperactividad.

* Ver gráficas #13 y 14 de Actividades.

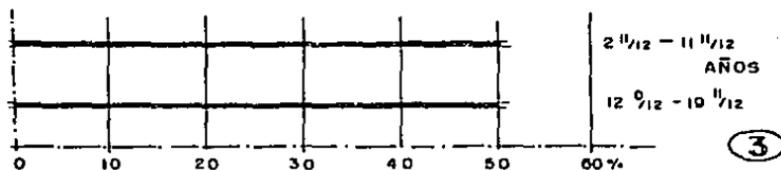


GRUPO TESTIGO.

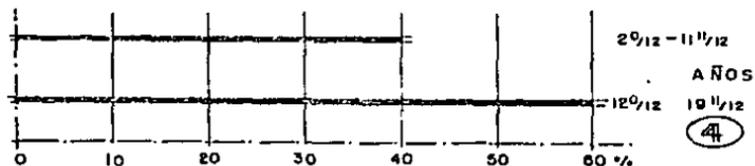


GRUPO EXPERIMENTAL.

DENSIDAD POR SEXO:

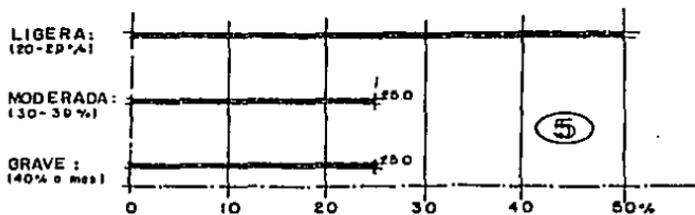


GRUPO TESTIGO.

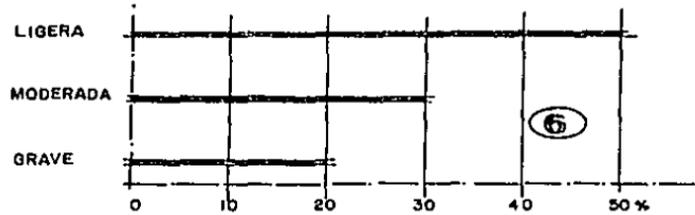


GRUPO EXPERIMENTAL.

COMPOSICION POR EDAD:

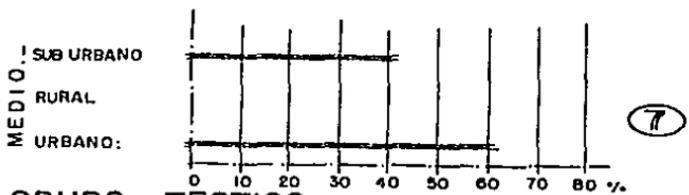


GRUPO TESTIGO.

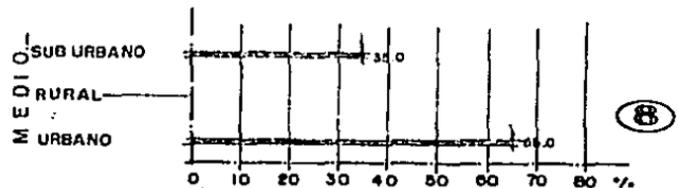


GRUPO EXPERIMENTAL.

TIPO DE OBESIDAD:

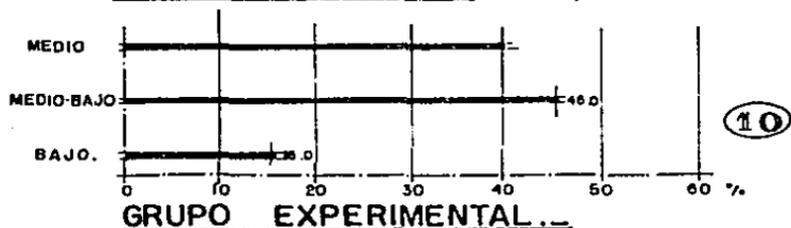


GRUPO TESTIGO.

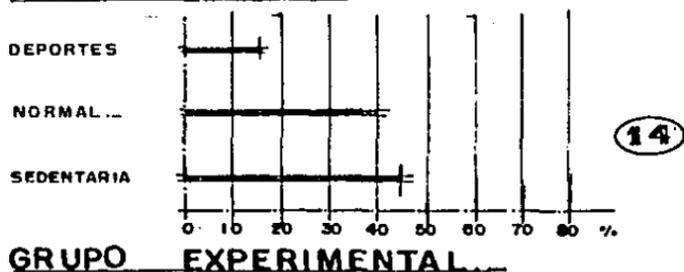
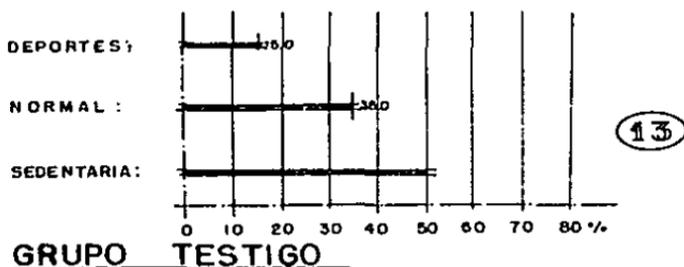


GRUPO EXPERIMENTAL.

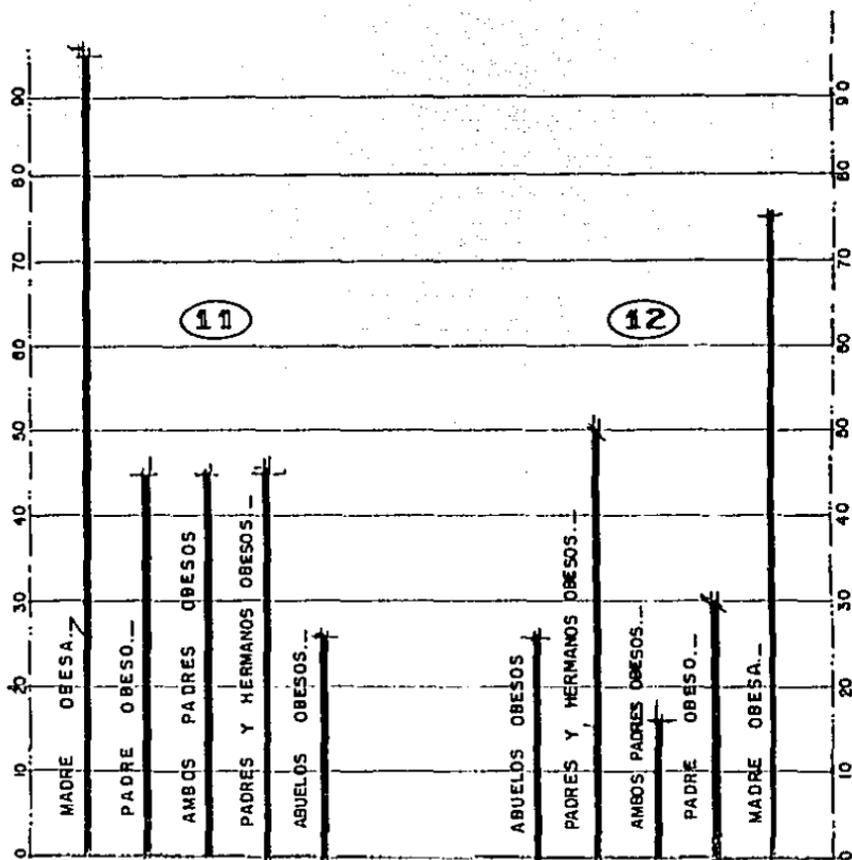
PROCEDENCIA:



ESTRATO SOCIOECONOMICO:



ACTIVIDAD:



GPO. TESTIGO

GPO. EXPERIMENTAL

ANTECEDENTE FAMILIARES DE OBESIDAD:

3. INSTRUMENTOS:

A) Aplicación de Valoración Psicológica:

1. DIBUJO DE LA FIGURA HUMANA:

En el presente trabajo se utilizará el test del dibujo de la figura humana (D.F.H.) adaptado por la Psic. Elizabeth M. Koppitz (27) por su fácil aplicación y por proporcionar resultados rápidos y exactos.

El D.F.H. refleja el estado actual del desarrollo mental y las actitudes y preocupaciones existentes en el niño en un momento dado, todo lo cual cambiará con el tiempo debido a la maduración y experiencia adquiridas por aquel.

El valor particular del D.F.H. radica justamente en su sensibilidad para detectar los cambios en el niño, - los cuales pueden ser evolutivos y/o emocionales; se contempla así al D.F.H. como un retrato del "Niño Interior" en un momento dado; este nos servirá para obtener las características de los niños en el momento en que son obesos.

Analizaremos los dibujos en función de dos tipos diferentes de signos objetivos; un conjunto de estos signos se considera que están primariamente relacionados con la edad y el nivel de maduración del niño (Items Evolutivos).

El segundo conjunto de signos se relaciona primariamente con las actitudes y preocupaciones del niño (Indicadores Emocionales).

La interpretación que obtendremos de los Items Evolutivos nos permitirán conocer los niveles de capacidad mental de los niños y los Indicadores Emocionales resultantes podremos correlacionarlos con los resultados que obtengamos de otros test psicológicos, para definir las características de la personalidad del niño obeso.

2. TEST GUESTALTICO VISOMOTOR PARA NIÑOS:

El test Gueštáltico visomotor de L. Bender (28) consiste en 9 figuras que son presentadas, una cada vez, para ser copiadas por el sujeto en una hoja en blanco; Wertheimer en 1923 habfa usado originalmente esos diseños para demostrar los principios de la Psicología de la Gueštált en relación con la percepción.

L. Bender adaptó estas figuras y las usó como un test viso-motor y señala que la percepción y la reproducción de las figuras gueštálticas está determinada por principios biológicos de atención.

Lo sensorio-motriz, varfa en función del patrón de desarrollo y nivel de maduración de cada individuo y su estado patológico funcional u orgánicamente inducido.

Según Koppitz (29), los niños difieren en el tiempo de maduración y en la secuencia en la que aprenden las diversas funciones gueštálticas viso-motoras por lo que hizo un estudio en el que prevee diferentes modos de analizar los protocolos de L. Bender producidos por niños pequeños de modo que se pueda evaluar su madurez perceptual, el posible deterioro neurológico y ajuste emocional en base a un solo protocolo; esta forma de analizar el test, se aplica a todos los niños entre 5 y 11 años de edad, cualquiera que sea su inteligencia o el tipo de problema que se presenta por lo que lo utilizaremos en este estudio, valorando el test de acuerdo al protocolo de Koppitz, esto nos servirá para descartar posibles daños orgánicos.

3. TEST DE APERCEPCION INFANTIL (C.A.T.)

Bellak describe al C.A.T. como un método aperceptivo que investiga la personalidad a través de la significación dinámica de las diferencias individuales en la percepción de estímulos estandar.

Teniendo en cuenta como apercepción; las interpretaciones significativas, dinámicas del organismo sobre la percepción.

El C.A.T. fue creado por Bellak en 1944 (30) con el deseo de presentar un test proyectivo, con estimulación con la probabilidad de producir temas relevantes para la personalidad de niños pequeños y donde se pudiera obtener material relevante a las situaciones importantes y problemas en la vida de un niño, tales como la ansiedad, agresión, soledad rivalidad, etc.

El C.A.T. surgió a partir del T.A.T. (test de apercepción temática) pero con la idea dada por Ernest Krispide, de que las relaciones hacia los animales son más fáciles de manejar que hacia los humanos.

El material del C.A.T. consiste en 10 láminas de animales en situaciones diversas y puede aplicarse a niños de 3 a 11 años de edad de ambos sexos.

El C.A.T. es más útil para revelar la dinámica de las relaciones interpersonales, de las constelaciones de impulsos y la naturaleza de las defensas contra ellas. Puede ser clínicamente aplicable para determinar los factores dinámicos vinculados con la reacción de un niño frente al grupo, en la escuela y en la familia. Por todo lo anterior se consideró que este examen nos dará pautas a seguir con respecto a los diferentes problemas que el niño tenga.

4. - INICIO DE SESIONES EN GRUPO:

En todas las sesiones, se inicio tomando peso y talla de cada uno de los pacientes en ambos grupos, asi como el manejo de economía de fichas.

1a. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 20 pacientes.

Se llevó a cabo la presentación de cada uno de los miembros del grupo, analizando el motivo por el cual acudían ahí. Cada uno de los pacientes explicó qué era la obesidad para sí mismo y el motivo por el cual querían bajar de peso.

Se explicó así mismo, la forma de trabajo, en cuanto a la Economía de Fichas: el niño que bajara 1 kg. de peso, recibiría 10 puntos, y aquel que subiera 1 kg. de peso debería pagar de su dinero (alcancía, semana, etc.) \$100.00; al terminar las sesiones o en el momento en que este llegara a su peso ideal se contarían los puntos (más de 50 puntos) para recibir algo a cambio.

Se admiten 6 faltas y a la 7ma. se daría de baja automáticamente.

Una vez que los chicos estuvieron de acuerdo con el contrato, se les tomó su peso y su talla (de cada uno), realizando una gráfica individual para su control, estableciendo además su peso ideal al que deberían bajar de acuerdo a su edad y estatura.

Se resolvieron dudas acerca de la dieta a seguir y su inicio de esta. Además se explicó, que habrá una valoración psicológica en las tres siguientes sesiones.

Grupo Experimental:

Asistencia de 20 pacientes.

Se llevan a cabo los mismos puntos establecidos para el grupo testigo, aclarando que la forma de trabajo sería además

Expresar sus pensamientos, sentimientos, problemas y conflictos que cada uno tuviera, tratando de encontrar en el -- grupo una solución y apoyo.

2da. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 19 pacientes.

Se inicia valoración psicológica, se aplicó el test de Dibujo de la Figura Humana (D.F.H.). Se define la dieta y can tidad de alimentos, aclarando dudas.

Grupo Experimental:

Asistencia de 18 pacientes

Mismo manejo que el grupo testigo.

3ra. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 19 pacientes

Se continúa valoración psicológica, se aplica el test Guestáltico viso-motor de Bender (forma de Koppitz). Se ana lizan problemas encontrados con la dieta.

Grupo Experimental:

Asistencia de 20 pacientes

Mismo manejo que el grupo testigo.

4ta. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 17 pacientes

Se continúa valoración psicológica, se aplicó el test de apercepción intantil (C.A.T.). Se analiza la substitución de diferentes alimentos.

Grupo Experimental:

Asistencia de 16 pacientes

Mismo manejo que el grupo testigo.

5ta. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 16 pacientes

Se analiza concepto hambre-alimentación para cada uno y la forma en que manejan esto en la vida diaria.

Grupo Experimental:

Asistencia de 14 pacientes

Se manejo sentimientos de ansiedad y/o angustia ante la reducción de ingesta de alimentos. Se analiza concepto hambre-alimentación para cada uno. Relación de hambre y algun -- evento especial (exámenes, problemas familiares, soledad, etc.).

6ta. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 16 pacientes

Se analiza concepto de dieta y relación con programa regular de alimentación que cada uno lleva, además de lo que es la ingesta desmedida comparándola con su alimentación anterior.

Grupo experimental:

Asistencia de 17 pacientes

Se manejo sentimientos ocasionados por reducción de comida (agresión, sueño, depresión, ansiedad). Se analiza concepto de dieta y relación con programa regular de alimentación que cada uno lleva, además de lo que es la ingesta desmedida comparándola con alimentación anterior y relacionando ingesta desmedida con algun evento especial, actual.

7me. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 15 pacientes

Se analizan problemas producidos por la obesidad y frecuencia de la ingesta desmedida (entre comidas, que tanto se encuentra la comida disponible; siempre, a veces, etc.).

Grupo Experimental:

Asistencia de 15 pacientes

Se maneja sentimientos de angustia y/o similares. Se analizan problemas producidos por la obesidad y frecuencia de la ingesta desmedida, soluciones a estos problemas y consecuencias (no aceptación del grupo social, burlas, inactividad, retraimiento, etc.).

8va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 16 pacientes

Se maneja concepto de autorresponsabilidad en cuanto al tratamiento (reducción de peso) y concepto de auto-engaño (trampas).

Grupo Experimental:

Asistencia de 18 pacientes

Se maneja sentimientos con respecto a la autorresponsabilidad en el tratamiento y autoengaño. Se relaciona la autorresponsabilidad con otras áreas (escolar, familiar, social, etc.) y manejo que los niños llevan a cabo ante estas situaciones.

9na. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 15 pacientes

Se analizan ventajas, ganancias y expectativas por la reducción de peso de cada uno de los chicos.

Grupo Experimental:

Asistencia de 13 pacientes

Se maneja sentimientos por ventajas, ganancias y expectativas por la reducción de peso de cada uno de los pacientes. Se relacionan las ventajas con la aceptación de sí mismos, -- problemas de imagen corporal, imagen social, timidez-pasividad característicos.

10ma. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 14 pacientes

Se revisa interacción del niño obeso en sus relaciones interpersonales, familiares, etc. dentro de su medio. Acceptación de compañeros de grupo.

Grupo Experimental:

Asistencia de 14 pacientes

Se manejo sentimientos presentados por mejoramiento en manejo de relaciones interpersonales, familiares y problemas en área familiar (divorcio, padres alcohólicos, rigidez de la familia, etc.). Mejoría en la interacción social dentro de su medio y problemas en esta área (aceptación de amigos, hermanos y figuras importantes, equipos de trabajo, unión de grupo e identificación con el).

11va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 13 pacientes

Se valora mejoramiento en cuanto a rendimiento escolar y relaciones interpersonales (aceptación de amigos y compañeros, maestros, nuevas actividades en este sentido).

Grupo Experimental:

Asistencia de 13 pacientes

Se manejo sentimientos en cuanto a mejoramiento de rendimiento escolar y problemas por los que había bajo rendimiento y la forma en que esto es positivo para cada uno.

Ademas, se analizan relaciones interpersonales, con respecto a mejor aceptación dentro de su grupo de compañeros, --siendo más activo en clase (participando), mejorando relaciones con maestros (se les toma más en cuenta) y nuevas actividades en este sentido.

12va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 9 pacientes

Se dió de baja 2 pacientes por faltas.

Se analiza el concepto de actividad-pasividad para cada uno, con motivación a la actividad (deportes, ejercicios) para combinarlo con dieta.

Grupo Experimental:

Asistencia de 7 pacientes

Se dió de baja a 2 pacientes por faltas.

Se analiza concepto de actividad-pasividad, relación de est con problemas para relacionarse, aislamiento, evitación de conflictos. Se da motivación a la actividad (deportes o ejercicios) para combinarlo con dieta.

13va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 8 pacientes

Se dió de baja a 1 paciente.

Se analizan fantasías con respecto a reducción de peso (ser menos fuerte, ser mas pequeño, no tener atención; sentir se más ligeros, mejor, etc.).

Grupo Experimental:

Asistencia de 12 pacientes

Se manejo sentimientos o fantasías acerca de reducción de peso (ser más fuerte o menos fuerte, más pequeño, sin atención, sin cariño, diferente, mejor, ligeros, libres, sin cargas). Se analizan miedos relacionados con sentimientos de minusvalía y depresión, sentimientos hacia la muerte y angustia que esto causaba.

14va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 9 pacientes

Se dió a 2 pacientes de baja.

Se observan cambios emocionales y físicos encontrados en cada uno y las causas de estos, se analiza entrada a la adolescencia y etapa en la que se encuentran.

Grupo Experimental:

Asistencia de 8 pacientes

Se dió a 4 pacientes de baja.

Se manejan sentimientos acerca de cambios emocionales y físicos encontrados en cada uno y causa de estos, se analiza entrada a la adolescencia y etapa en la que se encuentra cada uno. Se analiza búsqueda de papel o rol diferente dentro de la familia y reacción de padres y figuras importantes en este sentido (se culpó el bajar de peso como causa de crecimiento y entrada a la adolescencia).

15va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 8 pacientes

Se dió a 3 pacientes de baja

Se analiza dependencia a la comida, y búsqueda de soluciones ante esta situación.

Grupo Experimental:

Asistencia de 11 pacientes

Se dió a 1 paciente de baja.

Se analizan sentimientos de dependencia a la comida, y problemas encontrados en cuanto a auto-dependencia y expresión de necesidades, sentimientos, no introyectar agresión y/o ansiedad simbolizada por la comida.

16va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 11 pacientes

Se analiza reincidencia en cuanto a ingesta desmedida

Por no resolución de conflictos.

Grupo Experimental:

Asistencia de 10 pacientes

Se analizan sentimientos relacionados con reincidencia en cuanto a ingesta desmedida por no resolución de conflictos. Aceptación y tolerancia a la frustración, en relación a madurez de cada uno de los pacientes, orientada a conseguir sus objetivos.

17va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 12 pacientes

Se maneja la obesidad, relacionada a patologías asociadas. Se encuentra que algunos pacientes presentan además de obesidad, asma, luxación de cadera, estrabismo, dolor de piernas, crisis convulsivas, cefaleas, alergias y manchas en la piel. Se observa mejoría en relación a inicio de grupo y continuación de indicaciones dietéticas.

Grupo Experimental:

Asistencia de 8 pacientes

Se manejó obesidad relacionada con patologías asociadas. Se observó en el grupo que algunos pacientes presentaban asma, rinitis alérgica, tos crónica, pie calcáreo, pie plano, amigdalitis, artritis, apendicitis, soplos cardíacos. Se relacionaron estas enfermedades y problemas causados a cada uno, la forma en que se están manejando, y mejoría de estas enfermedades desde el inicio de sesiones en grupo y dieta.

18va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 12 pacientes

Se analiza concepto de sobreprotección de la madre a los niños obesos y ganancias secundarias obtenidas, forma en que los niños manejaban estas situaciones.

Grupo Experimental:

Asistencia de 9 pacientes.

Se analizan sentimientos hacia sobreprotección de madres a los niños obesos y ganancias secundarias obtenidas. La forma en que los niños manejan esto, para obtener ganancias secundarias (y cuáles era estas) nuevas formas de satisfacer estas necesidades.

Sentimientos acerca de la sobreprotección materna, cómo afecta el desarrollo y soluciones en cuanto a estas situaciones (no pedir algo, si yo puedo obtenerlo).

19va. Sesión

Grupo Testigo:

Sesión suspendida por el sismo del día anterior (septiembre de 1985).

Grupo Experimental:

Sesión suspendida por sismo pasado (septiembre de 1985).

20va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 12 pacientes

Se observa un aumento de peso en la mayoría de los casos; se manejó apoyo en relación a miedos y fantasías en cuanto al sismo pasado. Pérdidas de seres queridos y materiales, manejo de sentimientos, depresión, angustia, terrores nocturnos y enuresis por medio de expresión de experiencias de cada uno.

Grupo Experimental:

Asistencia de 8 pacientes

Se observó un aumento de peso en la mayoría de los casos; se manejó apoyo en relación a miedos y fantasías del sismo. Pérdidas de seres queridos o materiales, sentimientos de depresión, angustia, agresión, terrores nocturnos, enuresis

Por medio de expresión de la experiencia de cada uno con respecto a los sismos pasados.

21va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 11 pacientes

Se realiza revisión de problemas encontrados para continuar con la dieta (por pérdida de casas, escases de agua, comida, etc.). Se continúa dando apoyo por pérdidas en el sismo, y por cambios de casas, escuelas, y comida.

Grupo Experimental:

Asistencia de 11 pacientes

Se realiza revisión de problemas encontrados para continuar con la dieta (por pérdida de casas, escases de agua, comida, etc.). Relación de esto con el sismo, y soluciones o nuevas proposiciones para continuar con tratamiento (dieta).

Se continúa dando apoyo por pérdidas en el sismo, por medio de expresión de la experiencia de cada uno. Se expresan miedos por presentación de otro sismo.

22va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 12 pacientes

Se establece nueva forma de manejo en cuanto a la comida, tratando de que ésta fuera lo mas adecuada posible, ya que no se conseguían verduras, frutas, carne, etc. Se maneja necesidad de apoyo por cambios pasados. Se implantaron nuevas metas de reducción de peso, se concientiza al grupo con respecto a la necesidad de continuar con tratamiento.

Grupo Experimental:

Asistencia de 11 pacientes

Se encuentran tendencia al retraimiento, sentimientos de inadecuación ante actuación correcta, necesidad de acep-

ción y apoyo. Se implantan nuevas metas de reducción de peso y se concientiza al grupo con respecto a la necesidad de continuar con tratamiento.

23va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 11 pacientes

Se observa inicio de leve reducción de peso del grupo en general. Se maneja dependencia a la comida, necesidad de comer ante problemas o situaciones nuevas.

Grupo Experimental:

Asistencia de 12 pacientes

Se observa inicio de reducción de peso del grupo en general. Se manejó dependencia a la comida, necesidad de comer o hacer algo ante un problema o situaciones nuevas. Sentimientos observados de cada uno ante problemas presentados y formas de solucionarlos, sin recurrir a la comida. Se prevé reincidencia a ingesta desmedida.

24va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 12 pacientes

Se trabajó prevención a reincidencia de ingesta desmedida. Se observan ganancias obtenidas, puntos positivos (antes y después de sesiones y dieta) se analiza a sí mismo sentimientos del grupo por pacientes próximos a ser dados de alta (5 pacientes).

Grupo Experimental:

Asistencia de 12 pacientes

Se trabajó prevención a reincidencia de ingesta desmedida. Se observan ganancias obtenidas, puntos positivos, (antes y después de sesiones). Se analizan expectativas de los pacientes que han llegado a su peso ideal y pacientes que serán dados de alta (8 pacientes). Se manejan sentimientos de acep-

tación a sí mismos, a su nuevo cuerpo e imagen corporal de cada uno.

25va. Sesión

Grupo Testigo:

Asistencia de 12 pacientes

De los pacientes que serán dados de alta, en esta sesión, de acuerdo a nuestro contrato, se intercambian fichas obtenidas por objetos tangibles como son libros, muñecas, reloj, pelotas, etc.

Se maneja los sentimientos acerca de integración a otros grupos (social, familiar, etc.) y sentimientos por abandonar el grupo. Cambio de dieta y de citas a sesiones (cada mes, cada 3 meses y cada 6 meses, para control).

Grupo Experimental:

Asistencia de 12 pacientes

De los pacientes que serán dados de alta, en esta sesión, de acuerdo con nuestro contrato, se intercambian fichas obtenidas por objetos tangibles como son: libros, pinturas, carritos, muñecas, etc.

Se manejó sentimientos acerca de la integración a otros grupos (social, familiar, etc.) y sentimientos por abandonar el grupo, además de sentimientos de angustia por necesidad de permanecer en el grupo (apoyo). Cambio de dieta y de citas a sesiones (cada mes, cada 3 meses, cada 6 meses, para control).

CAPITULO VI.

ANALISIS DE RESULTADOS :

Una vez terminado nuestro primer año de tratamiento, (Enero--Diciembre de 1985), con sesiones en forma grupal, seguimiento de la dieta, valoración médica pediátrica, etc. Obtuvimos las siguientes conclusiones, con respecto a la valoración psicológica inicial y el tratamiento que se siguió con los pacientes.

1.- ASISTENCIA

Hicimos un recuento en cuanto a la asistencia de los niños al grupo, encontrando una deserción del 40% para ambos grupos. Esto fue debido a las faltas constantes de los pacientes (más del 20% de cada uno), ya que éstos debían asistir a clases, o tenían exámenes, las madres no podían lle-
varlos al hospital en forma tan seguida. Además se encontró que otros pacientes no querían asistir debido a su aumento de peso.

2.- VALORACION PSICOLOGICA

De acuerdo a nuestro plan de trabajo se realizó una valoración psicológica, al principio de las sesiones en grupo, para obtener las características de personalidad de los niños en el momento en que eran obesos, además de conocer los niveles de capacidad mental descartando cualquier daño orgá-
nico y determinando los factores vinculados con la reacción de los niños frente al grupo, en la escuela y en la familia.

A) Nivel de Coeficiente Intelectual:

En ambos grupos se obtuvo un coeficiente intelectual distribuido de la siguiente forma: (tabla #1 C.I.).

N I V E L	. G R U P O S .			
		Testigo		Experimen.
Genio (130 ó más)	(0)	0%	(0)	0%
Superior (121 a 129)	(2)	10%	(1)	5%
T. M. A. (111 a 120)	(2)	10%	(4)	20%
T. M. (100 a 110)	(3)	15%	(4)	20%
T. M. B. (90 a 99)	(7)	35%	(7)	35%
Bajo (80 a 89)	(5)	25%	(4)	20%
Borderline (71 a 79)	(1)	5%	(0)	0%
Deficiente (menos 70)	(0)	0%	(0)	0%
	T= 20		20	

Aquí se observa que en los niños obesos con los que trabajamos no se encontró ninguna deficiencia, por lo que nuestro trabajo no fue afectado por problemas de falta de comprensión con respecto a las actividades, o dificultad para seguir las instrucciones dadas.

Se encontró asimismo, que el 35% de los niños se localizan en un nivel de término medio bajo y/o bajo, lo que sugiere un bajo rendimiento escolar, o problemas en diferentes áreas del aprendizaje, en cuanto a la significación de las diferencias entre las medias para ambos grupos se encuentra que no existen diferencias.

B) Actitudes y Preocupaciones del niño obeso:

En cuanto a las actitudes y preocupaciones del niño obeso y sus características de personalidad, se encontró lo siguiente:

* Tabla #2 y #3 del Test de Dibujo de la Figura Humana. D.F.H.

SIGNOS CUALITATIVOS DE DIBUJOS (D.F.H.)	. G R U P O S .	
	TESTIGO	EXPERIMENTAL
- Ansiedad y pobre concepto de sí mismo	(7) 35%	(6) 30%
- Diferenciación sexual, ma turbación y/o ansiedad por el tamaño físico	(5) 25%	(7) 35%
- Angustia y control de impu sos	(6) 30%	(5) 25%
- Falta de coordinación moto ra y torpeza física	(17) 85%	(16) 80%
- Inestabilidad emocional	(2) 10%	(1) 5%
- Inadecuación, Yo inhibido	(5) 25%	(4) 20%
- Inmadurez, Control interno deficiente	(3) 15%	(2) 10%
- Impulsividad y conducta actuadora	(2) 10%	(3) 15%

DETALLES ESPECIALES
DE DIBUJOS (D.F.H.)

G R U P O S
TESTIGO EXPERIMENTAL

- Sentimientos de inadecuación	(2) 10%	(3) 15%
- Tendencia a fantasear	(4) 20%	(5) 25%
- Agresividad contenida	(2) 10%	(4) 20%
- Retraimiento	(10) 50%	(13) 65%
- Agresividad dirigida hacia afuera	(9) 45%	(6) 30%
- Control interno rígido	(5) 25%	(5) 25%
- Tendencia a actuar impulsos	(2) 10%	(1) 5%
- Sentimientos de culpa	(10) 50%	(13) 65%
- Tensión por control de impulsos	(1) 5%	(2) 10%
- Aguda angustia por el cuerpo	(5) 25%	(4) 20%
- Pobre concepto de sí mismo	(7) 35%	(6) 30%
- Carece de sentimientos de identidad	(4) 20%	(3) 15%
- El niño se siente amenazado	(0) 0%	(0) 0%

Dentro de estos resultados, podemos observar que los rasgos encontrados corresponden a una mala adecuación emocional, sin que pueda describirse un tipo de personalidad unívoco.

Entre estos rasgos encontramos que en ambos grupos se observa: en mayor grado ansiedad y pobre concepto de sí mismo, problemas en cuanto a diferencias sexuales y/o sentimientos de ansiedad por el tamaño físico, sentimientos de angustia por un pobre control de impulsos, falta de coordinación y torpeza física (siendo este el más elevado rasgo), con presencia de inadecuación y un Yo inhibido.

En cuanto a sus actitudes, podemos diferenciar las siguientes: en mayor nivel se encuentra el retraimiento, agresividad dirigida hacia afuera, sentimientos de culpa y un pobre concepto de sí mismo.

C) Nivel de Maduración.

En cuanto al nivel de Maduración Viso-motriz, Daños orgánicos y/o lesión cerebral encontramos lo siguiente:

EDAD DE MADURACION	G R U P O S	
	TESTIGO	EXPERIMENTAL
7 1/2 años	(0) 0%	(1) 5%
8 años	(2) 10%	(2) 10%
8 1/2 años	(4) 20%	(3) 15%
9 años	(3) 15%	(2) 10%
9 1/2 años	(4) 20%	(2) 10%
10 años	(1) 5%	(2) 10%
10 1/2 años	(2) 10%	(2) 10%
11 años	(4) 20%	(6) 30%

Se observa que no se encuentran daños a nivel cerebral y/u orgánicos, en cuanto a la maduración viso-motriz se encontró que el 25% de los pacientes presentaron trastornos a nivel perceptual, por signos de desintegración de figuras y distorsión de las formas en los dibujos.

D) Con respecto a los factores vinculados con la reacción del niño frente a la dinámica de las relaciones interpersonales se encontró lo siguiente:

Grupo Testigo:

- Acerca de la forma en que se percibe la comida, se observa que por lo general, esta es percibida en forma de un premio, que se disfruta, siendo un medio de unión familiar, y ayuda al crecimiento, a ser grandes y fuertes.

- La figura con la cual mas cooperan los niños es la madre, que se percibe como grande y fuerte, se percibe también como sobreprotectora, tiene el control y puede dar el castigo, es así mismo castrante.

- La figura paterna, se refleja como un ser indefenso o enfermo, al cual no hay por qué temer, sin embargo puede convertirse en agresivo o enojón cuando se le molesta, por lo general en las historias se encuentra periférico y distante.

- En cuanto a la rivalidad parental, se encuentra muy marcada la sobreprotección materna, por medio de la comida (ganancia secundaria); identificándose como un niño más pequeño, con un deseo de lograr mayor proximidad a la madre.

- De la escena primaria y la curiosidad sexual del niño, las historias refieren miedos por despertar y que los padres no acudan a atenderlos, que sean abandonados ó que no se les quiera.

- En los relatos observamos que el dormir y/o soñar se percibe como un refugio de los problemas de fuera, así como un tiempo dedicado a fantasear (con comida) y satisfacer sus necesidades.

- El niño al recibir agresión se muestra asustado y huye, y/o utiliza la burla para defenderse, sintiéndose indefenso al ser atacado.

- En relación al rol que el niño desempeña en la familia, se observó que hay un deseo de unir a la familia, de estar cerca, percibiendo a una madre permisiva y dominante. Nuevamente encontramos que la comida o el acto de comer es un medio de unión familiar.

- Se expresan aquí miedos por ser abandonado, a la deserción de los padres y acerca del crecimiento, identificándose con figuras importantes.

- En relación al castigo, este, (se percibe como dieta o dejar de comer), es mayor que las faltas que se han cometido, (comer en exceso) y el desenlace se refiere al sufrimiento que esto les causa.

Grupo Experimental:

- En cuanto a la forma de percibir la comida, se observa que las respuestas giran alrededor de recibir o no bastante comida de los padres. Acerca del placer o premio que esto representa; recibir mayor cantidad es ser mejor, más amado. El acto de comer representa armonía familiar.

- En cuanto a identificar la figura con la cual se coopera más, se encuentran escenas visualizadas como una pelea, por lo general, la madre, con el consiguiente temor a la agresión, mostrándose entonces sumisos gratificando así las propias necesidades, aceptando lo que la madre da.

- La figura paterna se percibe como agresiva o fuerte, como un poder benévolo y/o a veces peligroso, que se aleja

solo y triste, difícil de darle satisfacción.

- Con respecto a la rivalidad parental se encuentra un deseo de regresión, orientado a lograr una mayor proximidad a lamadre que es débil y a la vez ofrece protección por medio de la comida.

- Acerca de la escena primaria y la curiosidad sexual del niño, se observan temas acerca del abandono que el niño siente, por tener que alejarse del cuarto de los padres, deseo de que continúe la atención en él, la sobreprotección y no el rechazo.

- En relación al sueño, se percibe el deseo de olvidar problemas o resolverlos mágicamente sirviendo de secreto y refugio para satisfacer sus necesidades (hambre).

- Se revela un grado de ansiedad en el niño, al enfrentarse a la agresión, siendo indefenso, logrando su huida y sobrevivir.

- El rol del niño en la constelación familiar se define en las historias como un enlace entre las figuras importantes, se perciben a lamadre como dominante y el padre como frustrador; el comer es un acto de satisfacción, y medio para unir a la familia.

- Se encuentran respuestas comunes de miedo a la obscuridad, a ser dejado solo, sin ayuda y perderse.

- Del castigo se observa que existen sentimientos de agresión y enojo por ser mas grande de lo que fue la falta, en el desenlace de las historias se observa reacción de comportarse bien en adelante (no comer de más).

3. SESIONES EN GRUPO:

A) En cuanto a la relación de ingesta y eventos principales, se pudo identificar através de las sesiones, situaciones en que los niños no podían controlar su necesidad de comer, confundiendo así la forma de satisfacer otras necesidades.

* Ver tabla # 5 EVENTOS ESPECIALES

EVENTOS ESPECIALES	G R U P O S	
	TESTIGO	EXPERIMENTAL
- Bajo rendimiento escolar	(9) 45%	(5) 25%
- Relación con profesores distorcionada	(4) 20%	(7) 35%
- Relación con compañeros Distorcionada	(19) 95%	(17) 85%
- Relación con familiares distorcionada	(12) 60%	(11) 55%
- Patologías asociadas	(9) 45%	(7) 35%
- Ansiedad	(15) 75%	(12) 60%
- Depresión	(9) 45%	(9) 45%

Encontrándose así que las relaciones con los compañeros eran en forma tensa, de rechazo y agresivas por medio de burlas, etc. esto se encontraron el 85% a 90% de los casos en los dos grupos; las relaciones familiares estaban ligadas con la tensión, siendo rígidas, además de sobreprotección exigiendo del niño sumisión ante lo que la madre consi-

deraba eran las necesidades del niño, esto se observó en el 55% y 60% de los casos. Ante esto, se encuentra el nivel de ansiedad con el que se relacionaban los niños obesos estaba bastante elevado, observándolo en el 60% a 75% de los casos en cada grupo respectivamente.

B) Con respecto al manejo o tratamiento de las sesiones, diferentes en los dos grupos, se obtuvieron los siguientes datos en relación a la reducción de peso:

Grupo Testigo:

Al inicio de las sesiones el peso inicial que se observó fue de 50% en pacientes que presentaban obesidad ligera, 30% en pacientes con obesidad moderada y 20% en pacientes con obesidad grave.

De estos pacientes el 40%, fue dado de baja, por inasistencia o no seguir con el programa de dieta.

El 25% de los pacientes obtuvo su peso ideal quedando de la siguiente forma, al final del año de tratamiento:

De los pacientes que presentaban obesidad ligera el 15% fue dado de alta; de los pacientes con obesidad moderada el 10% fue dado de alta y el 0% de obesidad grave fue dado de alta.

Sin embargo, del 35% restante se observó una marcada reducción de peso en la mayoría de los niños, quedando el grupo distribuido de la siguiente manera:

17% de los pacientes presentaban obesidad ligera, el 2.8% presentó obesidad moderada, y el 0% de los pacientes presentaban obesidad grave; el 15% presentaba sólo sobrepeso (menos del 20%).

Lo que nos indica que el 15% de los pacientes que presentaban sobrepeso, sería dado de alta en poco tiempo.

Grupo Experimental:

Al principio se tomaron medidas y peso de cada uno de los niños obesos, integrantes de este grupo, quedando distribuidos en la siguiente forma: el 50% de los pacientes presentaban obesidad ligera, el 30% presentaban obesidad moderada y el 20% presentaban obesidad grave.

De estos pacientes el 40% fue dado de baja por no continuar su tratamiento (dieta) y/o por inasistencia a las sesiones de grupo.

El 40% de los pacientes llegó a obtener su peso ideal, quedando distribuido en la siguiente forma, al final del año de tratamiento:

El 25% de los pacientes con obesidad ligera, el 10% de pacientes con obesidad moderada y el 5% de pacientes con obesidad grave fueron dados de alta.

En el 20% restante se observó una marcada reducción de peso, en el que los niños obesos quedaron distribuidos de la siguiente forma:

el 8% de los pacientes presentaban obesidad ligera, y el 12% de los pacientes presentaban un sobrepeso (menor del 20% de su peso ideal).

Lo que nos indica que el 12% de estos pacientes con sobrepeso sería dado de alta en poco tiempo.

4. ESTADÍSTICA:

Con la tabla # 6 se puede interpretar y analizar nuestros hipótesis planteadas. Como era de esperarse los resultados que se obtuvieron, son inmensos, por lo que se tomó la decisión de utilizar aquellos donde se encontraron diferencias significativas, esto es en la reducción de peso.

T A B L A 6

REDUCCION DE PESO EN AMBOS GRUPOS
AL FINAL DE LAS SESIONES DE PSICOTERAPIA.

GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO TESTIGO	χ^2	γ^2
10.500	7.600	110.25	57.76
9.500	7.400	90.25	54.76
9.100	5.700	82.81	32.49
8.000	5.600	64.00	31.36
7.800	5.600	60.84	31.36
7.700	5.000	59.29	25.00
6.900	4.700	47.61	22.09
6.600	4.300	43.56	18.49
6.000	3.900	36.00	15.21
5.700	3.300	32.49	10.89
5.200	3.300	27.04	10.89
5.100	2.600	26.01	6.76
4.800	2.600	23.04	6.76
3.500	2.300	12.25	5.29
3.500	2.000	12.25	4.00
2.900	2.000	8.41	4.00
2.700	1.300	7.29	1.69
2.300	0.800	5.29	0.64
1.600	0.500	2.56	0.25
0.200	-0.500	0.04	0.25
E=109.600	E=70.000	E=751.28	E=339.94

*No hay correspondencia individual

Razón t obtenida = 2.46

Razón t tablas = 2.02

grados de libertad 38

Probabilidad = 0.05

Para probar las hipótesis se estipuló el nivel de confianza de 0.05; esto es, se escoge inicialmente rechazar la hipótesis nula, que plantea que no influye significativamente la psicoterapia de un grupo en el niño obeso ya que no da alternativas para canalizar su ansiedad, solo si resulta que hay 5 oportunidades entre 100 de que la diferencia entre medias muestrales obtenidas sea producto del error de muestreo.

Habiendo establecido este criterio de significancia se obtuvieron dos muestras (grupo testigo y grupo experimental) aleatorias de reducción de peso de niños obesos; para probar la significancia estadística de la diferencia obtenida, se aplicó la fórmula de "Razón T", para compensar estadísticamente el alejamiento de la normalidad en la distribución de diferencias en lugar de utilizar el puntaje z.

Se encontró así que para rechazar la hipótesis nula el nivel de confianza de 0.05 con 38 grados de libertad, nuestra razón t obtenida tendría que ser 2.021.6 más.

Como hemos calculado una razón t de 2.46 debemos aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula. Nuestros resultados respaldan el concepto de que el grupo testigo y el grupo experimental difieren respecto a la psicoterapia utilizada.

CAPITULO VII . . .

CONCLUSIONES :

Sin duda alguna, para un gran número de niños que son ligeramente obesos y que, por lo demás, están bien adaptados y que, presentan un fondo familiar congénito, una dieta adecuada y un aumento en la actividad muscular conseguirán la pérdida de peso deseada. Permanecen con el peso reducido, y ya no vuelven a suscitar la preocupación de sus padres o de sus pediatras por permanecer gordos, ni presentan recidivas al cabo de un corto tiempo. No conocemos forma alguna de juzgar si este pronóstico favorable es corriente o raro.

Nuestras observaciones están basadas en nuestra experiencia personal con aquellos que encuentran dificultades: aquellos en los que la obesidad aumenta a pesar de los mejores consejos, o aquellos cuya pérdida de peso va seguida por un aumento aun más rápido. Son estos casos fracasados los que sufren el estigma de ser obesos, los que se sienten desgraciados y frustrados, y los que mantienen a sus padres y médicos en continua incertidumbre e insatisfacción.

Al ver la importancia que tiene y que debe dársele a la obesidad infantil, se decidió realizar el presente trabajo cuyo objetivo fue el de investigar si la obesidad es el resultado de diversos factores sociales, emocionales y físicos que provocan ansiedad en los niños.

Las conclusiones a las que se llegaron con esta investigación son de acuerdo a nuestras hipótesis planteadas:

SI, LA INGESTA DE ALIMENTOS REPRESENTA UNA PSEUDOSOLUCION A CONFLICTOS Y PROBLEMAS.

Dentro de estos dos grupos, encontramos que la comida es percibida en forma de premio y placer, representando

que el recibir mayor cantidad significa ser aceptado, amado y ser mejor.

El niño entonces trata de satisfacer sus necesidades insatisfechas reaccionando con una demanda alimenticia -- creciente y un deseo de satisfacción inmediata; el alimento, equivalente del amor, tiene un valor de compensación y de alivio.

El hecho de ser obeso tiene una gran importancia -- para este niño por cuanto no ha encontrado solución a sus dificultades, sirviéndole la obesidad de "pantalla" para sus -- problemas.

SI, LOS CONFLICTOS Y PROBLEMAS INCREMENTAN LA ANSIEDAD DEL NIÑO.

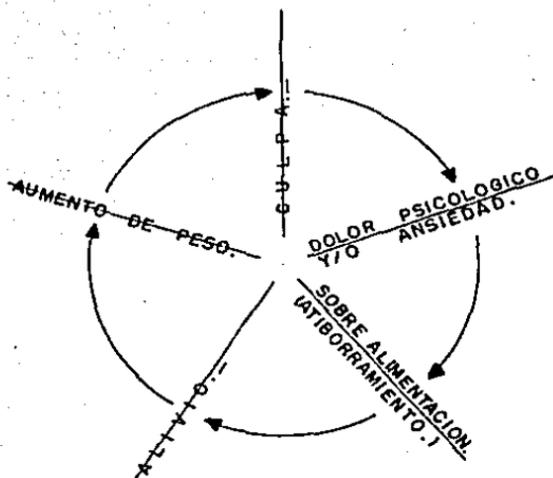
Se encontró en ambos grupos que sin subestimar la importancia de las presiones sociales y de sus efectos desfavorables sobre el psiquismo en los niños obesos, en estos pacientes, el nivel de ansiedad se elevaba por conflictos en sus relaciones interpersonales, principalmente el ser rechazados, y ser el blanco de las burlas de sus compañeros; así como las relaciones familiares tensas, rígidas, de sobreprotección, en -- las que la madre tiene tendencia a dar respuestas "inadecuadas" al niño, a imponer lo que debe ser o sentir, sin una consideración real de las necesidades del niño y a interpretar todo malestar como una necesidad de alimento.

Todo esto eleva el nivel de ansiedad observado en los grupos: 60% en el grupo testigo y 75% en el grupo experimental.

LA ANSIEDAD NO DESAPARECE CON LA INGESTA EXAGERADA DE ALIMENTOS.

Se observó que los niños obesos responden a unas formas de adaptación especiales, siendo la dieta como una nueva -- frustración del exterior. Adoptaron un nuevo mecanismo regresivo, el niño al sentirse culpable, se retraía más, comía más, se volvía más polarizado, comía más, etc.

El siguiente diagrama muestra este fenómeno:



Y sin embargo la angustia no desaparecía, se controlaba por un tiempo por medio de la comida pero volvía a aparecer.

SI, LA INGESTA EXAGERADA DE ALIMENTOS Y LA PASIVIDAD DEL NIÑO PRODUCE OBESIDAD.

Se ha observado que los aportes alimenticios excesivos, especialmente desde el punto de vista cualitativo, aumenta el peso, mientras que las restricciones alimenticias lo disminuyen.

En los niños del grupo cuya obesidad es debida a un aporte calórico excesivamente alto no eran sólo más pesados que otros niños, sino también estaban limitados en su activi-

dad física, del 45% al 50% de los niños obesos practicaban actividades sedentarias; no encontrando nuevas formas de adquirir dominio sobre sus circunstancias (relaciones interpersonales, etc.) recurrían al acto de comer que a menudo se convertía en hartazgo, es decir a la ingestión de alimento sin percepción de hambre y por lo tanto a incrementar su obesidad.

SI, LA ANSIEDAD DEL NIÑO ES EXPRESADA POR MEDIO DE LA OBESIDAD.

Se encontraron en los niños de ambos grupos, ciclos repetitivos de frustración (por no poder ser independientes y satisfacer sus necesidades) y el exceso de alimentación (por sobreprotección materna) que dan origen a un aumento de la obesidad; aun que lesiva e indeseable, cumplía una función protectora ante la angustia desencadenada por eventos especiales a los que los niños se enfrentaban, como el bloqueo de la progresión de la madurez hacia la adolescencia.

El 30% al 35% de los niños obesos presentaban ansiedad por un pobre concepto de sí mismos; ansiedad por el tamaño físico del 25% al 35% y falta de coordinación motora y torpeza física del 80% al 85% de los casos.

Había temor al adelgazamiento porque se tenía la impresión de perder su "fuerza" adquirida tan fácilmente, dirigiendo su agresividad hacia afuera en un 30% al 45%, sentimientos de culpa en el 50% al 65%, y un pobre concepto de sí mismo en el 30% al 35% de los casos, todo esto elevando su nivel de angustia y por lo tanto el consiguiente comer más.

Además se encontró que las relaciones con los compañeros eran deficientes pues se les rechazaba en el 85% al 95% de los casos, siendo esto en forma muy agresiva (burlas, etc.) provocando así una avidez afectiva y recurriendo ansiosamente al acto de comer como un "intento mágico" de satisfacción de esta necesidad y obteniendo como ganancia secundaria la aceptación de la madre asegurando cierto equilibrio.

En cuanto a las relaciones familiares, los niños de ambos grupos percibían que el acto de comer era un satisfactor y un medio para unir a la familia; aunque en este tiempo se presentaban tensiones, conflictos, discusiones y problemas; lo que causaba un sentimiento de inadecuación en el 20% al 25% de los niños, al no poder manejar estas situaciones aumentaban el nivel de angustia.

MEDIANTE UNA PSICOTERAPIA DISMINUYO LA ANSIEDAD;
POR LO TANTO LA INGESTA DE ALIMENTOS Y TAMBIEN
LA OBESIDAD DEL NIÑO.

Como se puede observar en el análisis de los resultados el grupo experimental en el que recibieron psicoterapia por medio de economía de fichas y manejo de sentimientos de angustia, hubo una reducción de ésta por medio de canalizarla en el grupo, reduciendo así la necesidad de ingesta de -- alimentos y por lo tanto la obesidad, en el 40% de los casos que se dieron de alta; así como en el 12% que presentó un sobrepeso al final de las sesiones.

En comparación con el grupo testigo en el que no se manejó sentimientos de angustia y sólo se tomó en cuenta la economía de fichas, hubo un 25% de pacientes que se dieron de alta y un 15% que presentó sobrepeso.

Encontrando así mismo en nuestra estadística el respaldo al rechazar nuestra hipótesis nula que plantea que no influye significativamente la psicoterapia de grupo en el niño obeso, ya que no da alternativas para canalizar su ansiedad y aceptar nuestra hipótesis de investigación de que por medio de la psicoterapia de grupo el niño obeso aprende a tener alternativas para canalizar su ansiedad y no por medio de la comida.

SI, UNA PSICOTERAPIA DE GRUPO PROPORCIONA AL NIÑO OBESO UN MEDIO AMBIENTE DONDE SE SIENTA DE "IGUAL A IGUAL" CON LOS DEMAS NIÑOS Y DONDE DARA Y RECIBIRA APOYO.

Se observó en el transcurso de las sesiones que los pacientes, se veían reflejados e identificados con los demás niños obesos, que se encontraban en sus mismas condiciones. Se reflejó una competitividad entre ellos por disminuir su peso y ganar puntos y/o premios, permitiendo y aumentando con esto el apoyo mutuo de unos a otros y continuar su tratamiento.

Sería de gran importancia que se siga estudiando este tema de la ansiedad expresada por medio de la obesidad, puesto que es un problema que se presenta con mayor frecuencia en nuestro país, afectando a más niños cada vez.

Uno de los objetivos que se persiguió con esta investigación fue el poder proporcionar y transmitir un interés por el estudio de este tema tan interesante.

Sería conveniente además, que se tome en cuenta un dato muy importante que se obtuvo con este trabajo: el manejo de la ansiedad en un grupo de niños obesos es muy importante, ya que reducirá la ingesta de alimentos y también la obesidad del niño, principalmente en lo que se refiere a niños entre 8 y 11 años de edad en la que los conflictos hacia la madurez aumentan notoriamente por la llegada de la adolescencia, según mostró esta investigación.

REFERENCIAS:

1. Jiménez-Rodríguez, J.A., y otros: Factores de Riesgo en la Obesidad Infantil, Rev. Cub. Ped., 54:5, 1982.
2. Collipp, P.J.: Obesity in Children. En treatment of the Obesity. Dirigido por W.L. Asher. Nueva York: Med. Com. Press., 1974.
3. Soulé, M.: L'Obésité chez l'Enfant. Aspects Psychosomatiques. Cahiers Méd. Lyonnais, 41; 12, 1123-1131, Jun. 1965.
4. Cannon, W.B.: Obesity in Adolescence. Psychosomatics, Vol. 8, 342-349, Nueva York, 1967.
5. Harlow, H.F., y Harlow, M.K.: The effects of early social deprivation on primates, págs. 67-77. Masson et. cie., Georg & cie., 1965.
6. Ranson, S.W.: Some functions of the hypothalamus. -- Harvey Lectures. Williams and Wikins, Baltimore, 1937.
7. Magnen, J.: La neurophysiologie de la Faim. La recherche, Vol.4, 445-455, 1973.
8. Debré, R., Mozziconacci, P. y Alloiteau, J.J.: Etudes sur la Faim et l'appétit. L'anorexie nerveuse. Sem. Hôp. 26, n. 11, 451-467, Paris, 1950.
9. Royer, P.: Pathologie du tissu adipeux. En Pédiatrie Debré, R., y Lelong, M., 1517-1538, Puesto al día 1965.
10. Bruch, H.: Juvenile Obesity. It's course and outcome. En anorexia and obesity; C.V. Rowland Jr., dir.; 331-254; Little Brown et Co., Boston, 1970.

11. Mayer, J.: Some aspects of the problem of regulation of food intake and obesity. *New England, J. Med.*, - Vol. 274, 610-616, 1966.
12. Howard, A.N., Dub, I., y McMahon, M.: The incidence, cause and treatment of obesity in leicester school, - children. *Practitioner*, 207, 662-668, 1971.
13. Schachter, S.: Some extraordinary facts about obese humans and rats. *Amer. Psychol.*, 26, 129-144, 1971.
14. Meyer, J.E., Tuchélt-Gallwitz, A.: A study on social image, body image and the problem of psychogenetic - factors in obesity. *Compr. Psychiat.*, Vol. 9, 148-154, 1968.
15. Bruch, H.: Obesity in childhood. Physiologic and Psychologic aspects of the food intake of obese children. *Amj. Dischild*, 59, 739-745, 1940.
16. Doyard, P.A.: "Obesidad". En *Endocrinología pediátrica y crecimiento*, Ed. Mc Graw-Hill, Cap IX, Pp. 403-426, 1971.
17. Anthony, E.J.: Psychoneurotic disorders, 1387-1406. En *Comprehensive Textbook of Psychiatry*; Freedman, A. M., y Kaplan, H.I., eds; Williams et Wilkins Co., Baltimore, 1967.
18. Langford, W.S.: Anxiety attacks in children. *Am. J. orthopsychiat.*, 5, 8-24, 1937.
19. Kanner, L.: Hypochondriasis, 598-607. En *child Psychiatry*. 4a. Ed. Ch. C. Thomas, Springfield, Ill., 1972.
20. Despert. J. L.: Anxiety, Phobias and Fears in young

Children, with special reference to prenatal, natal and neonatal factors. *Nerv. Child*, 5, 8-25, 1946.

21. Freud, S.: *Inhibition, Symptome, Angoisse*. P.U.F., Paris, 1951.
22. Klein, M.: *On the theory of Anxiety and Guilt; en Developments in psycho-analysis*, by Klein y cols., Hogarth, Londres, 1952, Trad. Fr. P.U.F., 1966.
23. Freud, A.: *Le normal et le pathologie chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1968. Original: Int. Univ. Press., 1965.
24. Kornhaber, A., y Kornhaber, E.: *Obesidad en los adolescentes: Fact. Psicopatológicos contribuyentes por su tratamiento, obesidad en niños*, Ed. Mc Graw-Hill, 1970.
25. Sidbury, J. B., y Schwartz, R.P.: *Programa para la reducción de peso en los niños. En obesidad en niños*, Ed. Mc Graw-Hill, 1970.
26. Nasillo, P. A., Aguirre, L. E.: *Proyecto para la creación de la Clínica de Pacientes Obesos del Hospital Infantil de México "Federico Gómez"*, 1981.
27. Koppitz, E.M.: *Dibujo de la Figura Humana, en los niños. Evaluación Psicológica*. Edit. Guadalupe, Buenos Aires, 1976.
28. Bender, L.: *Test Gestáltico Viso-motor, usos y aplicaciones clínicas*; Edit. Paidós, México, 1985.
29. Koppitz, E.M.: *Test Gestáltico Viso-motor en niños*, Edit. Guadalupe, Buenos Aires 1977.

30. Bellak, L.: Test de Apercepción Infantil. Con figuras animales (CAT- A), Manual para la aplicación, psicometría y psicodiagnóstico; Vol. 12, Serie Mayor, Edit. Paidós, México 1986.
31. Fernández-Paredes y Cols.: Obesidad en la niñez y adolescencia. Factores de riesgo, Bol. Med. Hosp. - Infant. Mex., Vol. 43, n. 1, Enero, 1986.
32. Skinner, B.F.: Ciencia y Conducta Humana, Edit. Fontanella, pp. 111-120, Barcelona, 1974.
33. Ribes, E., Fernández, C., Rueda M., Talento, M., López, F.: Enseñanza, ejercicio e investigación de la psicología; un modelo integral; Ed. Trillas, pp. 156-163, Febrero, 1980.
34. Bellak, L., Small, L.: Psicoterapia Breve y de Emergencia; Edit. Pax-México, pp. 99-106, Diciembre, 1984.
35. Murray Henry A.: Test de Apercepción Temática (TAT), Manual para la aplicación, psicometría y psicodiagnóstico; Vol. 5, Serie Mayor, Editorial Paidós, México, 1986.
36. Ajuriaguerra J.: Manual de Psiquiatría Infantil, La esfera oralimenticia (su organización y alteraciones) pp. 177-185, Edit. Masson, Barcelona-México, 1983.
37. Freud, Sigmund O.C.: Lección XXV "La Angustia", Madrid España 1973, tomo II, Pag: 2357-2379.
38. Freud, Sigmund O.C.: La Neurastenia y la Neurosis de Angustia, Madrid, España, 1973, Tomo I, pag: 1894-1895.

39. Kolb, C. L.: Psiquiatría clínica moderna, Mex. La prensa médica mexicana, 1976, pag: 103-138.
40. Levin, Jack: Fundamentos de estadística en la investigación social. México, Harla, 1979, pag: 150-170.
41. Mackinnon, Michels: Psiquiatría Clínica aplicada. México, Interamericana, 1977, pag: 162-170.
42. Spielberger, C.: Tensión y Ansiedad. México, Harla, 1979, pags: 52-71.
43. Spielberger, C.: Anxiety and Behavior. New York Academic Press, 1966. Cap. I.
44. May R, Chachter, S., y col.: La Ansiedad normal y patológica. Buenos Aires. Paidós, 1968, pag: 110-134.
45. Mais, Henry: Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires, Amorrortu, 1970, pag: 65-76.
46. Gomezjara, Francisco: Técnicas de desarrollo comunitario. México, distribuciones Fontamara, S.A., ediciones nueva sociología, 1983, pag: 78-90.
47. Bustos de Ruiz, Olga y otros: Curso de prácticas del tercer nivel social unidimensional, (4o. semestre). México, Coordinación de laboratorios, Facultad de Psicología, UNAM, 1982, pag: 279-315.
48. García, Blanca y otros: Curso de prácticas de cuarto nivel social multidimensional (5o. semestre). México, coordinación de laboratorios, Facultad de Psicología, Unam, 1982, pag: 283-311.

APENDICES:

ENTREVISTA DE TRABAJO SOCIAL

1.- Ficha de Identificación:

Nombre	Edad
Sexo	Fecha de Ingreso a la Clínica
Lugar y fecha de nacimiento	
Número de Registro	Registro C.O.
Escolaridad	Telefono
Domicilio	
Informante	

2.- Grupo Familiar:

Religión
Estado civil de los padres
Años de unión
Años de separación
Separaciones temporales dentro de los años de vida matrimonial.
Número de personas que viven en el hogar

3.- Situación Económica:

Ingresos	Egresos
Padre \$	Renta \$
Madre \$	Luz \$
Hijo (s) \$	Agua \$
Otros \$	Combustible \$
	Ropa \$
	Pasajes \$
	Alimentación \$
	Otros \$

4.- Condiciones de la Vivienda:

Casa Habitación:

Propia	Rentada	prestada
Casa sola	Condominio	Departamento
Vecindad	Cto. Servicio	Portería
No. Cuartos	Dormitorios	Sala
Comedor	Cocina	

Servicio Sanitario:

W.C.	W.C con regadera	Aire
Letrina	Fosa séptica	Libre

Material de Construcción:

Paredes
Techo
Piso

Servicios Publicos:

Agua	Drenaje	Alumbrado
------	---------	-----------

Condiciones de la calle:

Asfalto	Pavimento	Tierra
Piedra	Brecha	

Zona que Habitael:

Urbana	Semiurbana	Rural
--------	------------	-------

En la zona donde vive existen:

Escuelas	Deportivos	Parques
Comercios (especificar)		

Observaciones:

Trabajadora Social:

¿Que Cena?

Otras Comidad

Disposición de los Alimentos:

¿Dónde almacenan los alimentos?

¿Con qué frecuencia hacen la compra?

¿Tiene límite en la ingestión de alimentos?

¿Cuántas comidas hace al día?

¿A qué horas come?

¿Come entre las comidas? ¿Qué? ¿Qué tan frecuente?

¿Hace siesta después de las comidas?

¿Cuanteas horas duerme al día?

¿Come cuando estudia o cuando ve la T.V.?

¿Quién le sirve la comida?

¿Cómo le sirven la comida?

¿Quiénes se sientan en la mesa?

¿Come la comida de otras personas que se sientan en la mesa?

¿Se levanta por las noches a comer?

¿Qué tiempo tarda en hacer las comidas?

¿Mastica mucho la comida?

¿Qué lleva a la escuela para comer?

¿Qué transporte usa para ir a la escuela?

¿Cuánto dinero lleva a la escuela?

¿Con qué frecuencia come fuera de casa?

¿Qué transporte usa habitualmente?

¿Qué otros ejercicios hace?

¿Ha seguido algún tipo de tratamiento?

¿De que tipo?

¿Cuando? ¿Cuantas veces?

¿Por cuanto tiempo?

¿Cuáles han sido los resultados?

¿A qué atribuye el fracaso o el éxito?

Anotar algún otro dato que quiera dar:

Exploración Física:

Peso	Talla	T/A	Peso Ideal
Sobrepeso en Kg.			Grado de Obesidad

Cabeza

Cuello

Tórax

Abdomen

Genitales

Extremidades

Tanner de Genitales

Tanner de Mamas

Diagnostico Integral:

Exámenes solicitados

Pronóstico

Plan:

Trabajo Social

Médico Pediatra

Psicológico

Dietético

Valoración de los resultados del Tratamiento:

DEPARTAMENTO DE DIETOLOGIA
LISTA DE RACIONES Y SUBSTITUTOS

LECHE:

Leche 1 vaso (1 de litro)
Leche en polvo 4 cucharadas
Leche evaporada 1 vaso

1 vaso de leche se substituye por:
1 ración de carne
1 ración de fruta

PAN CEREALES HARINAS Y PASTAS:

Pan	1 ración (15 grs.)	1 pza. mediana
Tortilla	15 gr.	1/3 pza. mediana
Bolillo	60 gr.	1/3 pza. s/ migajón
Pan de caja	15 gr.	1 rebanada
Pan de trigo	15 gr.	1 rebanada

1 ración 15gr. se substituye por los descritos anteriormente.

SOPAS Y CEREALES COCIDOS:

Sopa de arroz 3 cucharadas soperas
Sopa de pasta 3 cucharadas soperas

CEREALES SECOS:

Corn Flakes 6 cucharadas
Rice Krispies 6 Cucharadas
Harina 2 cucharadas
Galleta soda 2 piezas
Galleta María 4 piezas

CARNES Y DERIVADOS:

Por cada ración puede escoger 100gr. de los siguientes,
es mejor tomar del grupo I y II que de los otros.

CARNES Y DERIVADOS:

GRUPO I

Pescados frescos: todos

Pescados Secos:

Charales 100 grs..

Bacalao 50 grs.

Pescados enlatados:

Atún sin aceite

Salmón sin aceite

Pollo

Pavo

Ternera

Requesón

Queso Cottage.

GRUPO II

Res*

Córdero

Jamón 2 rebanadas

Salchichas 3 piezas.

GRUPO III

Mariscos

Ostiones 15 piezas

Langostas*

Jaibas*

Camarones* 15 piezas

Almejas 15 piezas

Quesos en general*

Amarillo

Chihuahua

Manchegeo

Chester

GRUPO IV

Huevos*

Visceras*

Carnes Frías*

* Nota: Son alimentos ricos en colesterol.

GRASAS:

5 gr., corresponden a:

- 1 cucharadita de aceite de Cártamo
- 1 cucharadita de aceite de Maíz
- 1 cucharadita de aceite de Girasol

1 cucharadita corresponde a:

- Aceitunas 7 piezas
- Cacahuates grandes 11 piezas
- Nuez grande 5 piezas

FRUTAS:

De una ración de 100 grs. puedo tomar los siguientes intercambios:

- Ciruela pasa 2 piezas
- Duraznos 1 pieza
- Fresas 18 piezas
- Higo fresco 2 piezas medianas
- Lima 1 pieza chica
- Mandarina 1 pieza chica
- Mango 70 grs., 1 pieza mediana
- Naranja 100 grs., 1 pieza mediana
- Melón 150 grs., 1 vaso
- Papaya 150 grs., 1 vaso
- Pera 80 grs., 1 pieza chica
- Piña 100 grs., 1 rebanada
- Sandía 200 grs., 1 rebanada
- Toronja 100 grs., 1 pieza
- Uvas 100 grs., 15 piezas
- Manzana 80 grs., 1 pieza chica

JUGOS:

- Naranja 100 ml., 1 vaso
- Zanahoria 100 ml., 1 vaso
- Jitomate 150 ml., 1 vaso
- Toronja 100 ml., 1 vaso

VEGETALES:

Del 54, 1 ración, 150 grs., 1 taza.

GRUPO I

Acelgas	Col	Flor de calabaza
Alcachofas	Coliflor.	Hongos
Apio	Chayotes	Jitomate
Berenjena	Ejotes	Lechuga
Berro	Esparragos	Verdolagas
Calabacitas	Espinacas	Nabo
Pepino	Rábanos	Pimiento morrón
Colinabo	Chilacayote	Nopales
Tomate	Romeritos	

Del 104, 1 ración, 100 grs., 1 taza

GRUPO II

Aguacate	Poró	Habas verdes
Pagua	Cebolla	Quelite
Chile poblano	Col Bruselas	Betabel
Zanahoria	Huazontle	

RECOMENDACIONES GENERALES:

1.- Suprimir el azúcar de los alimentos, refrescos, dulces, biscochos, pasteles, chocolates, bombones, ates, mermeladas, campotas, etc.

2.- Debe consumir todos los alimentos prescritos en la dieta.

3.- Use solamente la cantidad y tipo de grasa preescrita

4.- Use un vaso, una taza, una cuchara, una cucharita de medida estandar para medir sus alimentos.

5.- No debe añadirse ningún alimento que no este prescrito en la dieta.

6.- Evitese la monotonía de la dieta y procure que su presentación la haga agradable.

DIETA DE REDUCCION. 1,000 CALORIAS

DESAYUNO:

Leche	120 ml.	1 vaso moderado
Carne	100 grs.	1 ración
Vegetales	100 grs.	1 ración
Fruta	250 grs.	2 1/2 raciones
Aceite	5 ml.	1 cucharadita

COMIDA:

Carne	80 grs.	1 ración
Vegetales	200 grs.	2 raciones
Fruta	400 grs.	4 raciones
Aceite	5 ml.	1 cucharadita

CENA:

Leche	120 ml.	1 vaso moderado
Carne	100 grs.	1 ración
Vegetales	100 grs.	1 ración
Fruta	200 grs.	2 raciones
Aceite	5 ml.	1 cucharadita.

DIETA DE REDUCCION 1,200 CALORIAS

DESAYUNO:

Jugo Toronja	100 ml.	1 vaso chico
Huevo	60 grs.	1 pieza
Tocino	50 grs.	3/4 parte taza
Lechuga	50 grs.	1/4 parte taza

COMIDA:

Jugo Toronja	100 ml.	1 vaso chico
Lechuga	50 grs.	1/4 parte taza
Carne	100 grs.	1 ración

CENA:

Jugo Toronja	100 grs.	1 vaso chico
Huevo	50 grs.	1 pieza
Tocino	50 grs.	1/4 parte taza
Lechuga	50 grs.	1/4 parte taza

DIETA DE REDUCCION 1,500 CALORIAS

DESAYUNO:

Leche	200 c.c.	1 vaso mediano
Carne	100 grs.	1 pza. mediana
Pan Tostado	30 grs.	2 rebanadas
Fruta	100 grs.	1 taza
Jugo de Fruta	200 grs.	200 c.c.

COMIDA:

Consome sin grasa		1 plato mediano
Vegetales	200 grs.	1 taza mediana
Fruta	100 grs.	1 taza
Tortilla	30 gr.	1 piezas

CENA:

Leche	200 c.c.	1 vaso mediano
Pan Tostado	30 grs.	2 rebanadas
Huevo	50 grs.	1 pieza
Fruta	100 grs.	1 taza

Nota: No tomar refrescos, ni chocolates, ni pasteles.

ENTREVISTA PSICOLOGICA

Escolaridad:
Buena Mala Regular
¿Por qué?

Años Reprobados?

Relación con los maestros:
Buena Mala Regular
Indiferente

Relación con compañeros y amigos
Buena Mala Regular

Compartes actividades con ellos ?
Si No

Planes vocacionales:
Secundaria Bachillerato Profesional
Trabajo Carrera Corta

Utilización del tiempo libre:
Deportes Estudiar Comer
Dormir Aislamiento Otros

Desempeña algún trabajo?:
Si No Horario

Participa en las labores del hogar?
Si No

Que realiza?
Sala Comedor Cocina
Mandados Recámaras Baño
Otros

Motivo de la Consulta

Relaciona la ingesta con alguno de estos eventos?
Depresión
Ansiedad
Soledad
eventos sociales

Angustia
Conflictos

Algún evento especial (muerte de un ser querido,
abandono, accidente, etc.)

Con que frecuencia come?

Siempre En ocasiones
Cuando esta disponible Otros

ESTRUCTURA FAMILIAR

Padre:

Escolaridad Ocupación
Alcoholismo Relación con la familia

Madre:

Escolaridad Ocupación
Alcoholismo Relación con la familia

Hermanos:

Edad Escolaridad Ocupación
Relación con la familia y el paciente.

EVALUACION INDIVIDUAL DEL PACIENTE IDENTIFICADO:

Edad Cronológica Edad Aparente

Estado de Higiene:

Limpio Sucio Desaliñado

El atuendo personal va de acuerdo con:

Edad Sexo

Conducta Manifiesta:

Inercia Inquietud Impulsividad
Rebeldia Inseguridad Tics.
Manerismos Retraido Distruido
Sumisión Atento Interés
Otros.

Afectividad:

Apatia Frialdad Ira

Aplanamiento Depresión preocupación
Miedo Desconfianza
Otros
Armonía entre respuesta afectiva y el estímulo
que lo provocó.

Pensamiento:

Expresión:

Lógico Coherente Congruente
Sigue una línea directriz

Contenido:

Preocupaciones principales
Fantasías y Sueños
Empobrecimiento de Ideas
Ideas Fijas
Otros

Orientación:

Persona Tiempo Espacio

Caudal de conocimientos

Vocabulario:

Juicio:

Observaciones:

Psicólogo: