

302925

19

24



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MÉXICO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

"ESTUDIO COMPARATIVO DE LA AUTOESTIMA EN NIÑOS CON OBESIDAD
Y NIÑOS CON PESO NORMAL MEDIDO A TRAVÉS DEL TEST DE
COOPERSMITH"

TESIS

Que para obtener el título de:
Licenciada en Psicología presenta:

Luz María de la Rosa Mera.

Directora de tesis: Lic. Alejandra Plaza Espinosa.

México D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

DEDICATORIAS

A Dios y A mis Padres
Antonio y Ernestina:

Por haberme dado la
vida, su tiempo amor y
comprensión.

Los quiero mucho.

A la luz de mi vida:

Mi esposo, Carlos,
quien siempre me brinda
su apoyo incondicional
y llena mi vida de
amor.

Te amo.

A esos nenas:

Que esperamos con tanto
amor.

A mis hermanos, Isidro,
Lupe, Beto, Toña y
Ramón:

Por la alegría de
compartir mi vida con
ellos.

A mis sobrinos:

Por su dulce sonar de
campanas, que
despiertan mi vida a un
mundo de ilusión y
alegría.

A mis suegros, cuñados
y cuñadas:

Quienes han sido un
complemento esencial en
mi familia.

A la tía Rosy:

Que siempre está, y
estuvo compartiendo
esos momentos más
difíciles de mi vida.

A la Dra. Dolores
Sandoval;

Mi psicoanalista. Por
estar siempre a mi lado
iluminando los caminos
de mi vida.

A la Lic. Alejandra
Plaza:

Por el tiempo que me
brindo, compartiéndome
su experiencia con
paciencia y entusiasmo.

A todos los niños:

Especialmente a los que
participaron en la
realización de este
trabajo, quienes me
motivaron a realizar
con cariño cada una de
estas páginas.

A mis maestros, compañeros,
y todo el personal de la
Universidad:

Que de alguna forma me
guiaron por el camino que
he anhelado.

Especialmente a mi
sobrina Mónica:

Quien desea seguir esta
profesión.

A Mi Profesión:

Tan hermosa carrera,
que aunque larga y
difícil, da unas de
las más grandes
satisfacciones, porque
trabajamos con lo más
valioso que hay en el
mundo.

El Ser Humano.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	1
 <u>MARCO TEÓRICO</u>	
 CAPITULO 1	
DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO EN EDAD ESCOLAR	
1.1).-Desarrollo Físico.....	6
1.2).-Desarrollo Intelectual.....	8
1.3).-Desarrollo de la Personalidad.....	10
1.4).-Desarrollo Social.....	13
 CAPITULO 2	
OBESIDAD	
2.1).-Definición.....	16
2.2).-Clasificación.....	17
2.3).-Factores Fisiológicos del Control de la Ingestión de Alimentos.....	19
2.4).-Etiología.....	21
2.4.1 Obesidad de tipo Endógena.....	23
2.4.2 Obesidad de tipo Psicológico, Social y Cultural.....	24
2.5).-Complicaciones.....	29
2.5.1 Complicaciones de tipo Físico.....	31
2.5.2 Complicaciones Psicosociales.....	34
2.6).-Tratamientos.....	36
2.6.1 Médicos.....	36
2.6.2 Dietéticos.....	40
2.6.3 Psicológicos.....	44

CAPITULO 3

AUTOESTIMA

3.1).-Definición y Origen.....	52
3.2).-Autoestima y Obesidad.....	60

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO 4

METODOLOGÍA

4.1).-Planteamiento del problema.....	71
4.2).-Justificación y limitaciones del estudio.....	72
4.3).-Objetivos.....	73
4.4).-Variables.....	74
4.5).-Hipótesis.....	77
4.6).-Método.....	81
4.6.1 Sujetos.....	81
4.6.2 Muestra.....	81
4.6.3 Instrumento.....	82
4.6.4 Diseño de Investigación.....	87
4.6.5 Procedimiento.....	88
4.6.6 Diseño estadístico.....	90

CAPITULO 5

RESULTADOS

5.1).-Presentación de Resultados.....	92
5.2).-Interpretación de Resultados.....	102
5.3).-Limitaciones del estudio.....	104

CONCLUSIONES.....	106
-------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA.....	109
-------------------	-----

ANEXOS.....	117
-------------	-----

INTRODUCCIÓN

La obesidad tanto en el niño como en el adulto es un padecimiento bio-psico-social. Tiene su origen en factores aún no definidos como son los genéticos, y otros que si lo están como son los hormonales, culturales, ambientales y el psicológico, que es el que afecta a la mayoría de los casos y es el que será tratado con mayor énfasis en esta investigación.

La alimentación es una de las actividades sociales más importantes tanto en familia como en círculos de amistades y esta influida por la cultura, economía y disponibilidad de los alimentos de cada país. En las normas aceptadas respecto a la forma y volumen del cuerpo, influyen en gran medida las ideas de la cultura en la que se vive. En Arabia la palabra "Saha" que se refiere a la salud y bienestar también se utiliza para mencionar obesidad, siendo en muchas ocasiones, estos conceptos obstáculos difíciles de superar en lo que respecta al tratamiento de la obesidad (Laren, 1993).

Se tiene información de que en diversos países latinoamericanos de un 5 a un 10% de los niños en edad escolar son obesos y en los adolescentes la proporción aumenta hasta situarse en cifras del 10 al 20% (Hernández, 1995).

Los progenitores obesos, tienen el 75% de probabilidades de procrear a un niño obeso. Si únicamente uno de ellos es obeso, las probabilidades descienden a 40% más o menos. Si los dos son delgados, tienen apenas el 9% de posibilidades de tener un niño gordo. Se ha observado que hasta 80% de los sujetos con exceso de peso tienen uno o ambos progenitores

obesos (Scheider, 1985). No obstante puede verse que suceden las mismas tendencias de peso corporal tanto en hijos adoptivos de personas obesas, como en hermanos adoptivos sin relación genética de individuos obesos, tal como ocurre en la descendencia natural, aunque hay estudios que reportan lo contrario, por lo que aún no se ha definido con exactitud, si es que es debido a que se transmiten los hábitos de alimentación o si hay algún factor genético (Bourges, 1992). Lo que si esta más estrechamente relacionado con la genética es el tipo de distribución de la grasa en el cuerpo, pudiendo ser central o periférica (Hernández, M. 1995 y Lisker, 1986).

Por lo que podría decirse que lo que se hereda son los hábitos para comer, dándole una función a la alimentación más emotiva que fisiológica, lo que se explicara más detalladamente en el presente trabajo.

La obesidad infantil es un tema del que casi no existen datos epidemiológicos en México, por lo que fueron tomados de países latinoamericanos para poder señalar teóricamente la importancia, así como sus causas y consecuencias. En general se han realizados más investigaciones sobre anorexia mental y desnutrición, que del otro extremo que es la obesidad, quizá debido a que la debilidad del niño inquieta más, mientras que la "voluminosidad" parece sinónimo de fuerza y buena salud. La disminución de la cantidad de comida, que lleva a un progresivo adelgazamiento, parece un fenómeno destructivo que conduce a la muerte mientras que el tener buen apetito culturalmente es signo de vida.

En realidad el exceso de peso en la infancia tiene graves consecuencias tanto físicas como psicológicas. La obesidad afecta el aparato locomotor del niño, provocando

diversas alteraciones ortopédicas como el pie plano, el aparato respiratorio también se afecta provocando una disnea de esfuerzo (dificultad para respirar) ante el ejercicio moderado, pudiendo llegar a una insuficiencia respiratoria por intoxicación por bióxido de carbono en los casos extremos. Al llegar a ser adulto, las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse son: propensión a las hernias, trastornos digestivos, diabetes, colesistitis (piedras en la vesícula), osteoartritis, hipertensión arterial, varices, fracturas frecuentes e infartos (Hernández, M. 1995 y Bourges, 1992).

La obesidad provoca que el cuerpo del niño se deforme por el exceso de grasa teniendo así un conflicto más que le afecta socialmente, ya que generalmente son discriminados por los niños de su edad, debido a que presenta una imagen diferente y un rendimiento físico deficiente. Esta discriminación desencadena en los niños obesos sentimientos de rechazo e inferioridad afirmando su pobre imagen de sí mismos, provocando en ellos actitudes que los conducen al aislamiento, depresión, ansiedad e inactividad, lo que a su vez disminuye aún más su autoestima provocando a su vez que ingieran una mayor cantidad de alimento para compensar su necesidad de aceptación (Ajuriaguerra, 1991).

La autoestima esta directamente relacionada con la obesidad, ya que el individuo trata de compensar por medio del alimento, el afecto que le fue negado desde su primera infancia, teniendo una grave confusión a nivel inconsciente de alimento-afecto, siendo así el comer una necesidad de tipo psicológica más que física. Se sobrealimenta intentando satisfacer su hambre de afecto, aunque finalmente no encuentra ese amor buscado porque en la realidad el alimento

no es afecto, lo que provoca que cada vez la cantidad de alimento se aumente en forma compulsiva con la esperanza de llenarse emotivamente.

Muy frecuentemente al niño se le somete a tratamientos médicos o dietéticos, sin realizar un adecuado diagnóstico para definir si la obesidad es de origen físico, psicológico o de ambos factores. Difícilmente se realizan evaluaciones de la personalidad para ver si requiere de una terapia psicológica aún cuando el 95% de los casos son por sobrealimentación debida a factores psicológicos y culturales (Siguero citado por Hernández en Manual de Psiquiatría Infantil, 1995. Iselbacher, 1994).

Cuanto más tratamiento médico se administre como son inyecciones endócrinas o anorexigénicos sin requerirlo, peor es la evolución de la obesidad del niño y si no se atiende el origen psicológico se impedirá todo éxito en su tratamiento.

En la presente investigación se medirá la autoestima de niños con peso normal y niños con obesidad para definir si existe diferencia. Se seleccionarán niñas y niños de escuelas particulares y de gobierno para unificar la muestra y también definir si influye el sexo, y el tipo de escuela al que pertenecen los niños.

El desarrollo normal del niño en edad escolar, se tratará en el primer capítulo, para facilitar la comprensión de las alteraciones en el niño que presenta obesidad. En el segundo capítulo se definirá el concepto de obesidad, así como su clasificación, etiología, complicaciones y los tratamientos médicos, dietéticos y psicológicos más comunes, a los que es sometido el obeso en la actualidad. El tercer

capítulo abarcará lo referente a la autoestima, dando su definición, como se origina en el niño y como influye en su conducta tratando de establecer la relación que hay entre la obesidad y una baja autoestima.

Posteriormente se definirá la metodología y se darán los resultados, conclusiones, y recomendaciones obtenidas.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO DE EDAD ESCOLAR

(De los 6 a los 12 años aproximadamente)

1.1 Desarrollo físico del niño.

Los factores físicos del niño suelen influir en su desarrollo psicológico, tanto directamente como indirectamente, ya que todas las áreas están relacionadas entre sí, esto es cierto para el desarrollo físico, como intelectual, emocional y social.

Las aptitudes y ciertas experiencias emocionales, son imposibles si no se han alcanzado ciertos niveles de madurez física y neurológica. El deporte requiere de coordinación y fuerza, si el aspecto físico del niño provoca bromas o burlas, estas reacciones afectaran inevitablemente la imagen que el niño tiene de sí mismo, su interacción con los demás y los sentimientos que nazcan con respecto a los demás (Kirmey, 1982).

En esta etapa el niño disminuye su ritmo de crecimiento acelerado, pero inicia la maduración del sistema nervioso central necesaria para coordinar y dominar mejor sus movimientos, especialmente los finos y precisos que requiere la escritura. Esta maduración le permite al niño poner su atención en un objeto durante más tiempo y concentrarse con mayor tenacidad en una actividad. Este proceso de maduración

es gradual y se les facilita más a los niños que han asistido al kinder y han realizado algún tipo de dibujos.

A los seis años, el niño mide un poco más de 107 cm. y pesa aproximadamente 19 kg. a los doce años, el niño promedio tiene unos 152 cm. de estatura y pesa cerca de 33 kg. Las proporciones del cuerpo cambian aunque no tan marcadamente como cambiaron durante los primeros cinco años, cuando el cuerpo perdió sus contornos de bebé, ni tan rápidamente como cambiaron durante la adolescencia, etapa en la cual los cuerpos relativamente idénticos de niños y niñas cobran la estatura y las características sexuales secundarias propias de los hombres y mujeres jóvenes. Aún que los cambios de estatura y peso son mucho más lentos durante la edad escolar, otros tipos de tejido siguen patrones de crecimiento diferentes. El tejido reproductivo crece muy poco antes y durante la edad escolar. Por el contrario, el tejido linfóide crece rápidamente. Los tejidos del cerebro y de la cabeza se van acercando a sus niveles adultos durante la niñez media. A los cinco años el cerebro ya ha alcanzado 90% del peso adulto; la mayor parte que le falta por crecer lo logra durante la etapa escolar. El crecimiento en general sigue este patrón de crecimiento, cuando es diferente se debe a trastornos hormonales o a desnutrición. Los niños a esta edad tienen visión más aguda y mejor enfoque que antes debido a que presentan una mayor maduración de sus órganos. A los seis años, su coordinación binocular, esta bien desarrollada, lo cual les permite un mejor enfoque de los ojos (Papalia, 1982).

1.2 DESARROLLO INTELECTUAL

El desarrollo de la percepción es un proceso de diferenciación en el infante. Puede observarse que un niño pequeño empieza percibiendo globalmente, en forma difusa, así el campo de la percepción óptica del niño pequeño es un campo total, no fragmentado en sus detalles. El niño escolar aprende a percibir las cosas que lo rodean como objetos independientes unos de otros. La percepción del niño se vuelve ahora detallada y analítica. El niño de edad escolar ya puede sacar fácilmente las partes de los conjuntos y puede ordenar y reestructurar con más facilidad los conjuntos. Al final de la etapa escolar ya puede contar, entendiendo un significado y no sólo de memoria como lo hacía en la etapa preescolar (Kirmey, 1982).

TEORIA DE PIAGET

Piaget define al período escolar del niño como etapa de operaciones concretas. Debido a que el niño ya es capaz de utilizar símbolos para realizar operaciones o actividades mentales, en contraste con las actividades físicas del preescolar.

El uso de representaciones mentales de las cosas y los hechos le permite adquirir bastante destreza en la clasificación y manejo de los números, en la selección y en la comprensión de el principio de la conservación. Tiene una mayor integración de las ideas, puede sacar conclusiones y comprende las características reversibles de la mayoría de las operaciones físicas.

El pensamiento del niño se convierte en lógico. Ya hay una organización de sistemas de operaciones que obedecen a leyes de conjunto comunes como son las matemáticas.

Hay constancia de los objetos, esto es que aunque no pueda ver físicamente una parte de un libro por estar tapado por otro sabe que existe y esta ahí, solo que no puede verlo

De los cinco a los seis años de edad; los niños creen que los sueños vienen del exterior y tienen lugar dentro de la habitación. Debido a su confusión entre las leyes morales y las leyes físicas, creen que los malos sueños vienen como castigo por el mal comportamiento.

A los siete u ocho años; los niños piensan ahora que los sueños se originan en la cabeza, en el pensamiento, pero que se encuentran en la habitación frente a ellos. Reconocen que los sueños son irreales, pero todavía los ven como imágenes que están fuera de la persona y que se perciben con los ojos.

De los nueve a los diez años. Los niños reconocen ahora que los nombres han sido puestos por las personas, que los sueños son el producto del pensamiento y que tienen lugar dentro de la cabeza.

De los seis a siete años; los niños consideran que todo lo que es útil en cualquier sentido tiene vida.

De los ocho a los nueve años, cualquier cosa que se mueva, o puede ser movida, esta viva, como un coche o una bicicleta.

A los once o doce años las cosas que se mueven espontáneamente están vivas, como el sol, el viento o un río, las que necesitan un agente externo para moverse, no lo están como un motor.

A los doce años, consideran que sólo viven los organismos biológicamente vivos como plantas y animales.

De los siete a ocho años; el niño explica la presencia del sol y la luna como la creación de agentes humanos o divinos.

De los ocho a los nueve años, el niño da el origen del sistema solar como algo mitad natural y mitad artificial.

De nueve a once años; con ayuda de las indicaciones de los adultos, el niño se da cuenta de que la actividad humana no tuvo nada que ver con la creación del sistema solar.

1.3 DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

El desarrollo psicológico del ser humano es comparable al crecimiento orgánico, inicia al nacer, y concluye en la edad adulta, al igual que el cuerpo evoluciona hasta llegar a un nivel relativamente estable, en donde termina el crecimiento y se llega a la madurez de los órganos, así también la vida mental evoluciona hacia una forma de equilibrio hasta llegar a la mente del adulto.

El desarrollo es una constante búsqueda del equilibrio, es un pasar de un estado de menor equilibrio a un estado de equilibrio superior en el que la inestabilidad e incoherencia

relativas de las ideas infantiles van pasando a la sistematización de la razón y estabilidad emocional del adulto.

TEORIA DE SIGMUND FREUD

Freud (1856-1939) en su obra Tres Ensayos y una Teoría Sexual, fue el primero en señalar la importancia de los primeros años de vida para el desarrollo. Sostuvo que la libido, un impulso innato o fuerza motivadora de naturaleza sexual, esta presente desde el nacimiento. Con el desarrollo se dan cambios sucesivos de lugar en el cuerpo, en el que se da la satisfacción de los impulsos libidinales. Cada uno de estos cambios de lugar corresponde a una etapa del desarrollo de la personalidad.

El término psicosexual refleja el énfasis que Freud pone en la base sexual del desarrollo de la personalidad.

Los niños en edad escolar están en un periodo que se encuentra entre la tercera y cuarta etapas del desarrollo psicosexual. La tercera etapa del desarrollo psicosexual, la etapa fálica, tiene lugar aproximadamente entre los tres y cinco años de edad. Sus consecuencias perduran hasta que empieza la cuarta etapa con la pubertad. Por lo tanto, para comprender las ideas de Freud acerca de los años de escuela, tenemos que analizar la etapa fálica. Durante esta etapa, el área genital es el centro del placer libidinal, aunque todavía no en la forma característica de la sexualidad del adulto. En el niño varón se intensifica el apego a la madre y aparecen sentimientos de rivalidad y celos con respecto al padre. Pero obviamente, estos sentimientos son inaceptables, y como los padres son demasiado poderosos, en comparación con

sus pequeños hijos, el hijo varón experimenta una ansiedad de castración, que es el temor de que su padre vaya a castigarlo o a causarle algún daño a causa de sus sentimientos inaceptables. Siendo éste un conflicto sin solución, para enfrentarlo recurre a la represión, que es un mecanismo de defensa que consiste en quitar de la consciencia dichos sentimientos. Simultáneamente se identifica con su padre, quiere ser como él para poder compartir su fuerza y sus privilegios. En etapas posteriores el individuo tratara de conseguir fuera de su familia a una mujer como la de su padre.

Las niñas pasan por un conflicto semejante llamado Electra, al inicio nace un apego muy intenso hacia el padre, y una rivalidad y menosprecio hacia la madre y posteriormente al igual que los varones hace frente al conflicto identificándose con el progenitor del mismo sexo, la madre.

A los cinco años aproximadamente se da la represión de los sentimientos, ocasionados en la etapa edípica y perduran hasta la preadolescencia once y doce años. Durante los años intermedios seis a diez años, los impulsos están reprimidos o latentes, de aquí el término de latencia que utilizó Freud (1905). Los sentimientos están en "suspense", hasta que la creciente intensidad de los sentimientos sexuales, que van madurando y que coinciden con el acercamiento a la pubertad, llegan a tal grado que acaban por desmoronar la represión, señalando así el principio de la etapa genital. En donde los conflictos que estuvieron reprimidos durante la etapa fálica, vuelven a aparecer, pero ahora el individuo ya puede dirigir hacia un compañero los sentimientos que anteriormente tenía hacia el progenitor del sexo opuesto, resolviendo así el conflicto inicial.

Erikson (cit. por Maier, 1971) denomina a esta etapa "Sentido de la industria versus sentido de la inferioridad". Por un lado la energía del niño va dirigida a ser productivo y por otro retrocede a un nivel anterior de menor producción. El temor del niño es mayor por darse cuenta que todavía no es adulto, que en realidad es una persona incompleta que lo hace sentirse inferior más o menos entre los siete y los once años, el niño trata de resolver estos sentimientos de inferioridad. A medida que va creciendo va siendo más competente.

1.4 DESARROLLO SOCIAL

Mussen (1983) afirma que la socialización es el procedimiento por el cual los niños adquieren patrones conductuales que son habituales y aceptables de acuerdo con las normas de su familia y su grupo social. Durante los primeros años las interacciones sociales de los niños están restringidas principalmente a sus propios círculos familiares, y sus modelos de identificación son los padres y los hermanos, cuando ingresan en la escuela, su mundo social se expande y aumentan en complejidad y en intensidad.

La infancia de los siete a los doce años, coincide con el principio de la escolaridad del niño. Se observa que hay una concentración individual, cuando el niño trabaja sólo y colabora efectivamente, cuando hay vida en común, debido a que ya no confunde su punto de vista propio con el de los otros, sino que los disocia para coordinarlos. Las discusiones, se hacen posibles, tomando en cuenta los puntos de vista del adversario, desapareciendo así el lenguaje

egocéntrico del niño preescolar, en el que los niños hablan, pero no se sabe si escuchan.

En los niños escolares hay un cambio notable en las actitudes sociales, manifestadas en los juegos con reglamentos, como son el juego de canicas, que supone un gran número de reglas variadas, que señalan la manera de lanzar las canicas, el orden de los golpes, los derechos de apropiación en caso de acertar, etc. Además de que es un juego exclusivamente reservado a los niños.

Los jugadores de cuatro a seis años intentan imitar a los mayores y conocen ciertas reglas pero sólo en fracciones, durante el juego, no tienen para nada en cuenta las reglas del compañero, cuando éste es también de su misma edad, cada uno juega a su manera, al final, todo mundo gana a la vez, y ganar significa haberse divertido. En cambio los jugadores de siete años, fijan las reglas conjuntamente y se controlan unos a otros con el fin de mantener la igualdad ante una ley única, se reconoce el éxito de una sola persona.

En general el niño a llegado a un principio de reflexión, en lugar de las conductas impulsivas de la pequeña infancia. El niño escolar piensa antes de actuar, es decir, realiza una discusión consigo mismo, similar a la que podría mantener con interlocutores reales.

La afectividad de los siete a los doce años se caracteriza por la aparición de nuevos sentimientos morales y sobre todo, por una organización de la voluntad, que desemboca en una mejor integración del yo y en una regulación más eficaz de la vida afectiva.

Los compañeros de su edad son necesarios en relación con la autoestima y sirven como medios para medir el éxito o el fracaso encontrado así identificación extrafamiliar. El origen de muchas de las actitudes del individuo hacia el trabajo y los hábitos de trabajo pueden encontrarse en ésta etapa.

CAPITULO 2

OBESIDAD

2.1 DEFINICIÓN

Definición etimológica

Dentro del latín obesidad se deriva de

OB que significa a causa de o hacia dentro

y de

OBEDERE que significa DEVORAR

y de

EDERE que significa comer

Tenemos así : obesidad= A causa de comer

A causa de devorar

(Gómez, 1988).

La obesidad es una enfermedad caracterizada por un exceso de tejido adiposo (grasa corporal) cuyas células pueden aumentar en tamaño y en número, y que tiene como resultado una disminución en la calidad de vida y en la salud de quienes la padecen (Cormillot, 1988).

La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa corporal (tejido adiposo), generalmente debida a la ingestión de un exceso de alimentos en relación a la actividad física y desarrollo del individuo, manifestándose por un aumento del 20% más del peso ideal. El peso ideal es aquel que favorece una mayor longevidad del individuo para una talla y sexo determinados. Al valor definido en las tablas de peso ideal se le asigna el 100%, entre el 90 y 110% se habla de peso normal, menos del 90% bajo peso, cuando el sujeto está entre el 110 y 120% del peso ideal se considera que existe sobrepeso, y por encima del 120% obesidad (Hernández, 1995).

2.2 CLASIFICACIÓN

La obesidad puede clasificarse según su etiología en:

EXÓGENA. Es aquella que se origina por factores psicológicos, educativos y culturales que inducen al individuo a una sobrealimentación

ENDOGENA. Es originada por alteraciones hormonales.
(Isselbacher, 1994)

Según la distribución de grasa puede ser:

GINECOIDE. Se acumula en la parte superior de brazos caderas y muslos.

ANDROIDE. Se acumula en pecho y abdomen.
(Soriguer, citado por Hernández, 1995)

Dependiendo del **grado de obesidad** puede ser.

GRADO I	20 A 30%	más del peso ideal
GRADO II	30 a 40%	" " " "
GRADO III	40 A 50%	" " " "
GRADO IV	mayor a 50% más del peso ideal.	

(Cómez, cit. por Hernández, 1995)

Según las **células** puede ser:

HIPERTROFICA. Obesidad que inicia en la madurez. El número total de células no se altera, sin embargo las células si aumentan en tamaño.

HIPERPLÁSICA. Obesidad infantil. Hay aumento en la cantidad de células grasas (adipositos). Se presenta en la infancia hasta que terminan las fases de crecimiento y desarrollo. Una vez que se han reproducido las células ya no desaparecen permaneciendo el mismo número durante toda la vida, por lo que cuando la obesidad inicia en la infancia y continua hasta que se es adulto, el tratamiento es aún más difícil (Marrize, 1988).

2.3 FACTORES FISIOLÓGICOS DEL CONTROL DE LA INGESTIÓN DE ALIMENTOS.

Para poder entender como funcionan los centros nerviosos que controlan la ingestión de alimentos, es importante definir los siguientes términos según Guyton, 1987.

HAMBRE: Designa el ansia por el alimento y se asocia con cierto número de sensaciones objetivas, como son contracciones rítmicas intensas. Sin embargo, la resección completa del estómago no suprime las sensaciones psíquicas de hambre y el ansia por el alimento sigue impulsando al sujeto a buscar comida, aunque este satisfecho fisiológicamente.

SACIEDAD: Es lo contrario del hambre. Es la sensación de que la búsqueda de alimento ha llegado a sus fines. Suele resultar de una comida satisfactoria.

SISTEMA HIPOTALAMO-HIPOFISIARIO

Guyton, 1987 afirma que el centro de la saciedad puede estar activado por la elevación del azúcar y proteínas en la sangre que se produce después de las comidas o por la distensión abdominal que provoca el volumen de los alimentos en el estómago, sin embargo en último término, la corteza cerebral es la que controla la conducta alimentaria y los impulsos procedentes del centro de la alimentación que llegan a la corteza, sólo constituyen uno de los factores del control de la ingestión de los alimentos, ya que los factores psicológicos, sociales y los genéticos también influyen sobre la ingesta. "De hecho los obesos responden generalmente a las señales externas como el momento del día, el estado de animo,

las situaciones sociales y el olor o sabor de los alimentos, en mayor medida que las personas de peso normal".

Quizás esto también sea debido a que el mismo hipotálamo en forma conjunta con el sistema límbico (conjunto de estructuras subcorticales que rodean al hipotálamo) regulan las emociones como son las de placer y desagrado, el dolor, el miedo, ira, y ansiedad. Aunque aún no se conocen con exactitud las áreas ya que son emociones subjetivas y es muy difícil estudiarlas en animales de experimentación. Hasta cierto punto, el centro de hambre saciedad está controlado por el Hipotálamo, que es una glándula que esta unida a la hipófisis, miden menos de 1 cm. de diámetro y pesan aproximadamente medio gramo, se hallan sobre un pequeño hueso denominado la silla turca que esta en la base del cerebro. El Hipotálamo tiene como función recibir señales de todo el organismo como son percibir las necesidades de agua, alimento, temperatura, etc. Una vez captada la información la envía a la hipófisis, glándula que se encarga de producir las hormonas que regulan el adecuado funcionamiento del organismo. Tiene un centro del hambre en el núcleo ventrolateral y un centro de la saciedad en el hipotálamo ventromedial. La corteza cerebral recibe señales positivas del centro de la alimentación que estimula el apetito, mientras que el centro de la saciedad modula este proceso enviando señales inhibitorias al centro de la alimentación. La destrucción del centro de alimentación en animales produce una disminución de la ingesta alimentaria y la destrucción del centro de la saciedad lleva a una alimentación excesiva y a la consiguiente obesidad.

Gracias al mecanismo de hambre saciedad la mayoría de los adultos pueden mantener un peso adecuado durante más de 40 años, con variación de un kilo o dos. En las personas obesas, este mecanismo no funciona y su deseo de comer no está gobernado por una necesidad fisiológica sino por factores externos o psicológicos como el aburrimiento, la ansiedad, la fatiga o depresión.

2.4 ETIOLOGÍA

El origen de la obesidad es multicausal, en él intervienen las tres áreas de la salud humana que son la biológica, psicológica y social. Puede estar propiciada por un sólo factor o presentarse en forma combinada por diversas causas. Por lo que para que se pueda administrar un tratamiento adecuado es indispensable determinar sus orígenes, ya que finalmente la obesidad no es un padecimiento en sí, sino que es sólo un síntoma (Suríguer, 1994).

La obesidad puede estar originada por factores de tipo físico como son los hormonales, sin que haya exceso de

ingestión de alimentos, pero son sólo de 5% a un 10% del total de los pacientes obesos, el otro 90% a 95% tiene origen en factores psicológicos como la ansiedad o carencias afectivas que provocan que el individuo coma en exceso (Halpern, 1984, Hernández, 1995).

Para que exista obesidad en una persona, debe de haber un balance de energía positivo, esto es que se consuma una mayor cantidad de alimentos que los que el cuerpo necesita para su óptimo funcionamiento. El niño puede llegar a ser obeso por comer en gran cantidad, por ser muy sedentario o en muy pocos casos debido a que tiene alguna alteración hormonal. El niño podría tener un organismo que capta de un modo muy efectivo la energía a partir de la comida y la almacena, sus consumos pueden ser aparentemente normales, pero de algún modo existe un excedente de energía (calorías) y como resultado presenta un exceso de acumulación de grasa. Posiblemente come menor cantidad que otro niño igual a él, pero sus necesidades son menores por sus características en cuanto actividad o posiblemente por su genética, siendo finalmente un exceso para él específicamente (Lebow, 1986). Lo anterior podría también fundamentarse si observamos que en los campos de concentración o en países como África con un alto grado de desnutrición, no se encuentra ni un sólo caso de obesidad, porque no hay la posibilidad de que se excedan en el consumo de alimentos por no estar disponibles para ellos, por situaciones económicas, políticas y sociales.

2.4.1 OBESIDAD DE TIPO ENDÓGENA O SECUNDARIA

A este tipo pertenecen sólo del 5% a 10% (Hernández, 1995) de todos los tipos de obesidad tanto en el niño como en el adulto. Es aquella en la que el individuo presenta algún trastorno de tipo hormonal, como los siguientes, según Isselbacher, 1994 y Wilson 1989:

a).-HIPOTIROIDISMO.

La obesidad puede ser secundaria a un hipotiroidismo, que es un padecimiento que consiste en la disminución de las hormonas tiroideas debido a que la glándula tiroides trabaja muy lentamente, por lo que las necesidades calóricas del individuo disminuyen. Sin embargo sólo una minoría de los pacientes hipotiroideos son realmente obesos, y es aún menor la proporción de los pacientes obesos que son hipotiroideos.

b).-ENFERMEDAD DE CUSHING.

La enfermedad de Cushing es una causa rara de obesidad. El exceso de hormonas corticosteroides produce un patrón típico de obesidad con depósitos de grasa acumulados en el tronco, cara redonda "en luna" y depósitos de grasa cervicales y supraclaviculares.

c).-INSULINOMA.

Son tumores en las células insulares (páncreas) que provocan que se produzca un exceso de insulina, que a su vez disminuye el azúcar en la sangre, lo que puede provocar un estímulo en el centro del hambre localizado en el hipotálamo, y por consiguiente aumentar la ingesta de alimentos y producir así obesidad. Sin embargo, la mayoría de los pacientes con este padecimiento no son obesos.

TRASTORNOS HIPOTALAMICOS

Síndrome de Froehlich, en los niños se caracteriza por obesidad o por hipogonadismo, diabetes, retraso mental y alteraciones visuales ocasionadas por un tumor en el hipotálamo.

Otras causas raras de obesidad son el síndrome de Laurence-Moon-Biedl, caracterizado por inflamación de la retina retraso mental, deformaciones cutáneas y el síndrome de Prader -Willi, en el que existe hipotonía, retraso mental y predisposición a la diabetes.

2.4.2 OBESIDAD DE TIPO PSICOLÓGICO, SOCIAL Y CULTURAL

a).-FACTORES CULTURALES Y AMBIENTALES

Desde la antigüedad el hombre intenta propiciarse una vida sedentaria, dirigiendo su progreso a la reducción de la actividad física humana como sucedió más intensamente en la Revolución Industrial, en donde las máquinas realizan el

trabajo que el hombre habitualmente desarrollaba, provocando así que haya un menor gasto de calorías que en ocasiones se acumulan en el organismo manifestándose así la obesidad.

En otras épocas la obesidad era símbolo de abundancia, por lo que había más obesos entre quienes tenían mayor poder adquisitivo. En países europeos y angloamérica, la gente de clase baja es la que sufre el problema de obesidad. En nuestro país comienza a verse la misma tendencia en las áreas urbanas (Bourges, 1992).

Entre la gente de posición económica baja es más frecuente la obesidad por razones culturales; no se les ha educado en lo que respecta al valor de la comida natural; en algunos casos consumen productos como los refrescos embotellados, por considerar que elevan su condición social " bebo refrescos embotellados porque ahora vivo en la ciudad de México, lo que me da una mejor condición, que los que están en el pueblo". En cualquier sociedad en que hay suficiente disponibilidad de comida, mientras menos educación se tenga, más problemas de obesidad van a existir. Es común que las personas con presupuesto limitado, lo utilicen para adquirir productos con alto contenido energético que resulta rápidamente asimilable (González Barranco, 1992).

La cultura fomenta los lazos humanos ya sea de negocios o sociales, estando influidos por factores ambientales como son la disponibilidad de alimentos, la moda, y la publicidad. En la ciudad de México el acceso a los alimentos es fácil, ya sea en misceláneas, tabaquerías, cafeterías o restaurantes. Hasta en los espectáculos se fomentan intermedios para tener acceso a algún tipo de alimento. Por otra parte la publicidad fomenta el consumo de alimentos altos en calorías y bajos en

nutrimentos esenciales para mantener un buen estado de salud, como son hamburguesas, refrescos, y golosinas. Induciendo así que el consumidor ingiera una mayor cantidad de calorías de las que necesita.

Aunado a esta situación, tenemos que en México, la educación nutricional es muy deficiente, no se incluyen programas educativos para los niños en las escuelas y muy raramente se imparten a las amas de casa por profesionales en la nutrición, quizá debido a que en nuestro país la formación de licenciados en nutrición es relativamente nueva, iniciándose en la década de los setentas. Es mucha la información publicitaria y poca la información científica en nutrición. Para detectar el origen de la obesidad se requiere que trabajen en forma conjunta, un médico endocrinólogo, un nutriólogo y un psicólogo.

b).-OBESIDAD DE ORIGEN PSICOLOGICO

En teoría debería ser fácil controlar la obesidad, pues simplemente se controlaría el volumen y la calidad de la comida del paciente, pero en la práctica es sumamente difícil que el obeso pueda llevar a cabo su régimen alimenticio debido a que en el obeso la comida y el comer tienen significados inconscientes imperiosos. "El obeso se comporta como si fuera adicto a la comida sin poder controlar su excesiva necesidad de alimento" (Cámeron, 1990).

Es común que se pongan a dieta una y otra vez, pero en cuanto han perdido algo de peso comienzan a excederse en la comida, hasta recuperar o más aún sobrepasar el peso que

tenían, un nuevo tipo de dieta puede iniciar todo el ciclo. Aunque tienen consciencia que están afectando su salud, vuelven a comer en exceso, debido a que hay una ansia irracional de comida, porque nunca se satisficieron sus ansias de amor, sino que sólo las de alimento. El obeso tiende a incrementar su ingesta de comida cuando se siente sólo, aburrido, olvidado y rechazado, aunque este enfermo y su vida dependa de que pierda peso.

"La mayoría de los casos de obesidad infantil al igual que en el adulto no parecen ser de naturaleza hormonal sino psicógena, es decir debidos a una economía inadecuada de la energía, que lleva a consumir un exceso de alimento y a una descarga motriz excesivamente reducida. Desde el punto de vista psicoanalítico, este defecto en el aspecto económico se debe a conflictos psicógenos primarios o a perturbaciones del desarrollo. La obesidad en la infancia representa una perturbación de la personalidad en la que el tamaño corporal excesivo se convierte en el órgano de expresión de un conflicto" (Bruch, 1970, citado por Ajuriaguerra, 1991).

La economía inadecuada mencionada en la definición anterior se refiere a aquella energía que se dirige al consumo de una excesiva ingesta de comida para cubrir la falta de afecto en la infancia o para calmar la angustia, no quedando energía libre de conflicto para que el individuo sea activo y productivo. Los conflictos psicógenos primarios son aquellos que vive el infante en los primeros meses de vida en donde el alimento esta relacionado con el amor y la madre para compensar sus propias carencias afectivas, da una sobrealimentación, tratando de que su hijo no vaya a tener las mismas carencias. Dicha simbolización de amor y afecto se queda grabada en el inconsciente del sujeto el cual repite su

historia infantil en la etapa adulta comiendo en exceso para intentar cubrir el hueco del cariño que no le brindo la madre, aunque en realidad no logra satisfacerse, ya que finalmente el alimento no es afecto, por lo que come compulsivamente y deforma su cuerpo volviéndose obeso ocasionándose un conflicto emocional más, debido a que generalmente son discriminados socialmente.

En el grupo familiar se aprenden y heredan las normas y valores, por igual se aprende a comer, en cantidad, calidad y frecuencia. La función alimenticia, entonces, no es completamente innata sino que existe una educación previa. "La comida es importante para satisfacer las necesidades de nutrición del organismo y poder desarrollar las actividades cotidianas de la vida adecuadamente; sin embargo, el obeso no tiene límites, no alcanzan a percibir la diferencia entre saciedad y hambre y por ello continúan comiendo" (Pérez, 1992). El niño termina comiendo por motivos distintos al de la satisfacción de sus necesidades fisiológicas, comiendo generalmente por motivos de origen emocional.

La madre puede influir en que se presente la obesidad de su hijo incluso desde antes del nacimiento como lo menciona Deseusa (1995) "Es importante mencionar de que manera influye el ambiente fetal para el desarrollo de la obesidad en el infante, ya que las acciones de la madre durante el embarazo pueden afectar el ambiente en el cual se desarrolla el feto, como lo es su alimentación; pues al consumir alimentos con una excesiva cantidad de hidratos de carbono y una cantidad insuficiente de proteínas, pueden hacer que aumenten las probabilidades de tener un niño obeso".

Se ha demostrado que tanto el peso de la madre embarazada al final del embarazo, como el aumento durante la gestación se correlacionan positivamente con el aumento del tejido adiposo (graso) subcutáneo debajo de la piel del recién nacido (Braguinsky, 1987, cit. por Deseusa, 1995).

2.5 COMPLICACIONES

La obesidad es un conocido factor de riesgo para la salud en la vida adulta, siendo menos conocidas las complicaciones que se pueden observar y desarrollar durante la infancia. No obstante en el niño se presenta una predisposición a la obesidad en el adulto, hipertensión arterial, hiperlipidemias, síndrome de hiperventilación pulmonar, bajo nivel de capacidad física, alteraciones ortopédicas que afectan su desarrollo, y alteraciones psicosociales (Casanueva, 1995).

Quizá la más frecuente de las complicaciones de obesidad en la infancia es la predisposición a la misma en edades posteriores, tal vez debido a que el niño desarrolla un aumento de células grasas y cuando es adulto ese número de células grasas alto se queda ya fijo, las células cuando los individuos bajan de peso tienden a disminuir en el tamaño pero ya no en el número total de células, siendo tal vez así

más difícil, fisiológicamente hablando, la reducción en el peso o el mantenimiento de un peso normal (Behrman, 1986).

Las tasas de mortalidad son mayores entre las personas obesas que entre las de peso normal, sin importar su edad. Las personas de peso normal que consumen dietas bien equilibradas son las que tienen mayores probabilidades de vivir hasta los ochenta ó noventa años de edad y además, de manera satisfactoria. Las personas obesas no tratadas que están un 200% por encima de su peso normal, rara vez llegan a los 50 años (Halpern, 1984).

Tanto la obesidad como la delgadez aumentan el riesgo de muerte como se demuestra en el estudio realizado en Holanda por Hoffmans (1989), en sujetos de 18 años nacidos en 1932. Se analizaron de los 78,612 individuos, las 3459 muertes ocurridas hasta 1981, encontrando que a mayor sobrepeso, más muertes por enfermedades coronarias, mientras que la delgadez se asociaba con muertes por cáncer. La menor mortalidad ocurrió en personas con peso normal.

En otro estudio realizado en Framingham, Massachusetts, Estados Unidos en 1993 por Shaper, se ha mostrado que los individuos de bajo peso presentan una mortalidad semejante a los que tienen entre 20% y 30% de sobrepeso. Se confirmó además que un exceso de peso entre 30% y 40%, duplica el riesgo de morir y más del 40% lo triplica. La mortalidad más baja se encontró en índices ligeramente más altos que el promedio para la población, lo que puede significar que un moderado sobrepeso es benéfico para la salud.

2.5.1.COMPLICACIONES DE TIPO FÍSICO

a).-DIABETES MELLITUS.

Aunque sólo una minoría de los pacientes obesos son diabéticos, no sucede lo mismo a la inversa. La diabetes tipo II o no insulino dependiente representa alrededor del 90% de la población diabética de Estados Unidos y un 80 a 90% de los diabéticos de tipo II son obesos. La obesidad es un importante factor contribuyente a la diabetes en estos pacientes, sobre todo porque al presentar un mayor peso, tienen que forzar a su páncreas para que se produzca una mayor cantidad de insulina para cubrir las necesidades de una masa corporal mayor, provocando que el páncreas se agote y produzca una menor cantidad de insulina o que la insulina que produzca sea de mala calidad y no pueda actuar adecuadamente sobre la glucosa (azúcar en sangre) y se provoque diabetes. De hecho la obesidad agrava el estado diabético y en muchos casos la diabetes mejora con la reducción de peso (Isselbacher, 1994).

b).-HIPERLIPOPROTEINEMIAS

Son altas concentraciones de grasa en sangre, las que son muy frecuentes en las personas que padecen obesidad. Cuando estas grasas se empiezan a acumular en la pared interna de las arterias, reducen la luz del conducto impidiendo el flujo normal de sangre a lo que se le denomina arterioesclerosis y predispone al paciente a accidentes cerebrovasculares denominados infartos que suceden cuando se cierra completamente la luz de los vasos e impide que llegue sangre a un tejido provocando la muerte de la parte del

tejido que se queda sin oxígeno, pudiendo provocar, paros cardiacos o ataques cerebrales (Krause, 1995).

c).-HIPERTENSIÓN.

No se conoce con exactitud el mecanismo por el que la obesidad produce hipertensión, pero tal vez pueda deberse a que el volumen sanguíneo está aumentado (Wilson, 1989).

d).-SÍNDROME DE HIPERVENTILACIÓN (síndrome de Picwick)

En las personas obesas, muy comúnmente en el niño, una vez que se inicia el sueño, la obstrucción de las vías respiratorias induce hipoxemia (falta de oxígeno) lo que provoca el despertar y la vuelta a una respiración normal lo que ocasiona una somnolencia durante el día. En ocasiones la hipoventilación, sobre todo la nocturna, puede provocar graves arritmias cardiacas (alteración del ritmo cardiaco) requiriendo a largo plazo traqueostomía (perforación de la traquea) para que el paciente pueda respirar adecuadamente), (Isselbacher, 1994).

e).-COMPLICACIONES SEGÚN SEA LA DISTRIBUCIÓN DE GRASA

En el hombre la distribución de grasa es androide (se acumula en el pecho y abdomen) en tanto que la forma ginecoide de la mujer favorece los depósitos en la periferia (parte superior de los brazos, caderas y muslos). Se ha demostrado que tanto los varones como las mujeres con distribución androide tienen una prevalencia significativamente superior de enfermedades cardiacas

coronarias, enfermedades vasculares cerebrales, hipertensión y diabetes sacarina (Laren, 1993).

f).-CÁNCER

La Asociación Americana del Cáncer (1985), ha estudiado más de un millón de personas (hombres y mujeres). Los hombres obesos mueren especialmente por cáncer de colón, recto y próstata, en tanto que las mujeres obesas mueren principalmente por cáncer de vesícula biliar, de mama y cáncer de útero y ovario, el cáncer de endometrio es más frecuente en las mujeres obesas que en las no obesas, especialmente en las mujeres con obesidad extrema (Frayle, 1991).

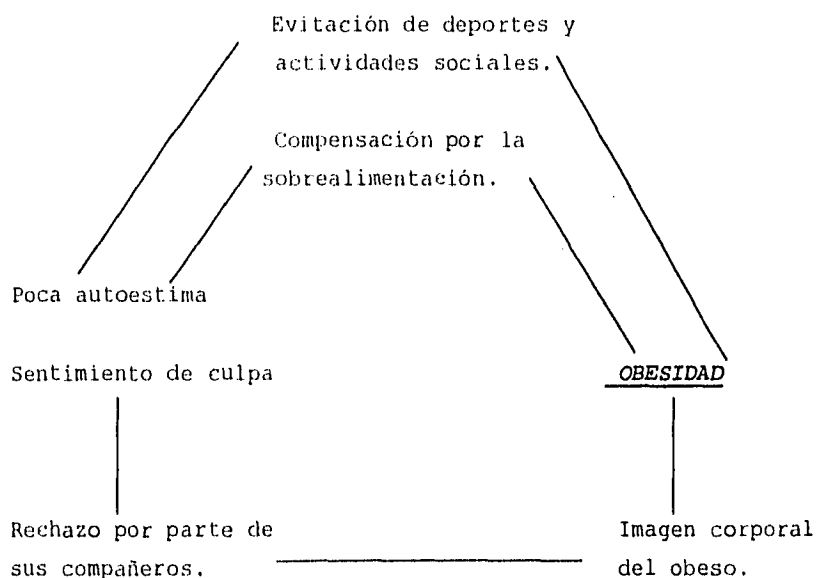
2.5.2 COMPLICACIONES PSICOSOCIALES

El niño obeso tiende a aislarse no participando en actividades culturales, sociales o deportivas, para no ser criticado por los demás, expresando su agresión sólo volcándola contra sí mismo comiendo en exceso y además como simbolizando ser más querido que los otros, queriéndose él mismo, alimentándose en exceso como lo aprendió en su núcleo familiar.

Dicha actitud se complica cuando piensan que por su gordura, son rechazados por la familia y amistades, ante lo que sienten una intensa necesidad de ser aceptados, se encierran en ellos mismos y en ocasiones tienen impulsos suicidas (Haynal, A. 1984, citado por Pérez, 1992).

Casas, 1984, realizó un estudio en México denominado Perfil del autoconcepto de mujeres obesas, en el que podría observarse, aunque en adulto, el grado en el que el obeso esta afectado por su imagen corporal. El estudio se llevó a cabo en 42 mujeres que acudían a una clínica de control de peso al sur de la ciudad de México, con más de 30% de sobrepeso con edad de 25 a 35 años, utilizó el test del Perfil de Autoconcepto de Tennessee. Se encontró que las mujeres obesas se percibían así mismas como indeseables, con una apariencia física inadecuada, sienten que son personas poco dignas, con poca seguridad en sí mismas, y con frecuencia se sienten ansiosas y deprimidas. Se consideran deficientes en su estado de salud y poco hábiles en actitudes psicomotrices. Así como también tienen una concepción empobrecida de su sexualidad, y asumieron una actitud defensiva tratando de demostrar una imagen favorable de sí mismas.

En el niño obeso se observan las mismas tendencias que presentan los pacientes del estudio mencionado anteriormente. Se perciben con una apariencia inadecuada, son inseguros y con frecuencia se sienten ansiosos y deprimidos. Tratan de compensar el afecto que les falta, comiendo en forma compulsiva cada vez más, se sobrealimentan para satisfacer su hambre de afecto, el cual finalmente no encuentra, provocando que su cuerpo se deforme cada vez más, creándose así el siguiente ciclo de la obesidad:



(Scheider, 1985)

2.6).-TRATAMIENTOS

2.6.1.-TRATAMIENTOS MÉDICOS

a).-ANOREXIGENICOS

Estos medicamentos suprimen la sensación de hambre. A este grupo pertenecen las anfetaminas, su efecto produce un estado de vigilia con exceso de energía e inhibe los sentidos del gusto y el olfato. Estos productos crean hábito y la tolerancia del organismo va aumentando, lo que obliga al que los toma a consumir cantidades cada vez mayores para conseguir el mismo efecto. Cuando se aumenta la dosis también se exageran los efectos secundarios como son nerviosismo, depresión e insomnio, con el peligro de desarrollar una psicosis anfetamínica similar a la esquizofrenia paranoica . El síndrome de abstinencia incluye depresión, angustia, cansancio, sueño prolongado, pesadillas, desorientación y un apetito feroz (Bray, 1989).

b).-METILCELULOSA

La metilcelulosa también es denominada fibra dietética en comprimidos, es una sustancia indigerible que se expande lentamente en el estómago produciendo una sensación de hartura, sin embargo, no disminuye el apetito. Puede causar trastornos intestinales y diarrea con sangre (Gastineau, 1972).

c) .-HORMONAS TIROIDEAS

Sólo están indicadas en casos de hipotiroidismo, algunas personas las utilizan para reducir de peso, teniendo como efectos secundarios, alteración del funcionamiento normal de la glándula tiroides y se corre el riesgo de disminuir el volumen de los tejidos a un nivel muy peligroso (Bray, 1989).

d) .-LAXANTES Y DIURÉTICOS

Provocan deshidratación del organismo, en realidad lo que la persona elimina es agua y no grasa que es la causa de la obesidad, poniendo en riesgo la salud al grado de provocar la muerte cuando la deshidratación es severa (Krause, 1995).

e) .-FÁRMACOS QUE DISMINUYEN LA ABSORCIÓN INTESTINAL

Al no ser digeridos los nutrimentos, se fermentan y al hacerlo jalar agua produciendo diarrea, deshidratación y flatulencia o meteorismo (producción excesiva de gases en el intestino) (Gastineau, 1972).

f) .-CIRUGÍA

Es una de las medidas más drásticas para bajar de peso. Consiste en extirpar o aislar quirúrgicamente una parte del intestino delgado para reducir la capacidad de absorber los nutrientes. El paciente puede seguir comiendo como siempre, con los mismos resultados que si ayunara. Aunque la pérdida de peso puede ser considerable, los efectos secundarios pueden ser graves como diarrea continua, complicaciones

hepáticas, renales o artritis (Kaufer, M. 1989 y Kerschner, 1983).

g).-ACUPUNTURA

Consiste en insertar, sin causar dolor, una fina aguja en la parte del oído donde se localiza el nervio vago que llega al estómago e inhibe la sensación de hambre, en cuanto se suspende el tratamiento la persona vuelve a subir de peso, por lo que es importante mencionar que en los obesos el hambre no es fisiológica sino que psicológica por lo que no funciona el centro del hambre saciedad (Guyton, 1987).

h).-TRATAMIENTOS TÉRMICOS, SAUNA, VAPOR Y FAJAS PLÁSTICAS

La grasa no puede eliminarse a través de la piel, lo que se elimina es una gran cantidad de agua, se pierde aproximadamente un kilo de peso en 20 min., el que debe recuperarse inmediatamente para que el organismo no quede deshidratado. Y sólo se eliminan aproximadamente 50 calorías en el mismo periodo, las que son utilizadas por el organismo para la evaporación del agua. Estas 50 calorías equivalen al consumo de 1 rebanada de pan de caja. Por lo que no es efectivo para la disminución del peso corporal. Sin embargo es importante considerar que si proporciona otros beneficios para la salud y disminuye el estrés (Kuppinnen, 1986. Guyton, 1987).

i).-LIPOSUCCION

Consiste en la extracción de tejido graso. Por lo general se hace por razones cosméticas y no como tratamiento de la obesidad, pues la cantidad de tejido que se extrae no suele ser lo suficientemente cuantioso como para reducir la obesidad en el paciente. Además es peligroso, pues puede ocasionar entre otras complicaciones, abundantes hemorragias (kauffer, 1989).

Como puede observarse, la mayoría de los tratamientos médicos utilizados en la actualidad, están enfocados únicamente a tratar de desaparecer el síntoma obesidad, y no a curar la enfermedad psicológica de tipo adictiva que presentan la mayoría de los casos de obesidad por lo que incluso llegan a ocasionarles mayores trastornos físicos y psicológicos, ya que al poco tiempo recuperan el peso perdido e incluso presentan un efecto de rebote en el que llegan a pesar aún más que cuando iniciaron algún tratamiento médico. Aunque es importante recalcar que los pacientes de origen hormonal, (5% al 10% de los casos, Isselbacher 1994, Wilson 1989) si requieren de un tratamiento médico, además del psicoterapéutico.

2.6.2.-TRATAMIENTO DIETÉTICO

a).-DIETAS DESVALANCEADAS

Restringen o eliminan alimentos de alguno de los grupos básicos alterando el equilibrio óptimo de los nutrimentos. Pueden incluir simultáneamente algún producto químico para quitar el hambre. Se les indica por ejemplo comer sólo fruta y verdura o sólo carne, etc. eliminando algunos grupos de alimentos vitales para la salud.

La ventaja que tiene esta dieta es que es fácil de seguir se pierde peso fácilmente. Sus desventajas son que se pierde peso en agua, debido a que como el organismo se intoxica de un sólo nutrimento, como grandes cantidades de carne, el cuerpo necesita tomar del mismo organismo agua para eliminar las toxinas como ácido úrico en exceso, provocando que el organismo pierda peso por deshidratación, y no en grasa que es lo que tiene en exceso el obeso. No resuelven malos hábitos de alimentación. Ocasiona trastornos a la salud por carencias nutricionales (Campollo, 1995).

b).-DIETAS ALTAS EN FIBRA

Cuando se consume en exceso sobre todo la fibra industrializada, se provoca que el intestino no absorba los nutrimentos y por consiguiente que halla deficiencia de vitaminas y minerales (Kaufer, 1989).

c).-SUPLEMENTOS PROTEICOS

Sólo se pueden tomar productos a base de proteínas (líquidos o en polvo con saborizante), se venden sin receta médica y proporcionan una cantidad muy deficiente de calorías. Tiene como ventajas el que no exista posibilidad de excederse, porque el único producto permitido no es muy apetitoso. En general los suplementos suelen ser de baja calidad y no contienen todos los aminoácidos esenciales. Han causado crisis cardiacas (Kirschenbaum, 1989).

d).-AYUNO

Durante unas horas, un día o varios días se prohíbe todo alimento o líquido con calorías. Es barata, sencilla y rápida, el apetito se pierde pronto, no hay tentaciones. Sus desventajas son que debilita los tejidos del cuerpo, la pérdida de peso es temporal, baja la presión, y si es muy frecuente puede ocasionar ulcera péptica, (erosión de la pared estomacal o intestinal), debido a que como no hay alimento los jugos gástricos comienzan a digerir la propia pared de los órganos, e incluso llegan a perforarlos. Lo recomendable en cualquier régimen es consumir alimentos cada ocho horas, lo que se traduce en comer por lo menos tres veces al día en forma balanceada (González, R., 1988).

e).-DIETAS BALANCEADAS

Consumo balanceado de todos los grupos de alimentos. Deberá incluir un 60% de carbohidratos, un 15% de proteínas, 25% de grasas y suficiente cantidad de agua. La cantidad de alimentos se deberá recomendar en forma individual, de

acuerdo a la edad, peso, talla, edad y actividad del sujeto que desea disminuir su peso. La pérdida de peso debe ser progresiva sin ser peligrosa. Puede constituir un régimen para toda la vida. Permite una alimentación normal y variada (Kleinman, 1990).

Es importante mencionar que el tejido adiposo o grasa corporal tiene funciones muy importantes en el organismo como son las de servir de reserva de energía que el cuerpo puede utilizar cuando la necesita, también es un aislante térmico que nos protege del frío y sirve como amortiguador, es como un colchón que protege de golpes a los órganos vitales del cuerpo. De tal forma que incluso un régimen alimenticio para reducción de peso debe incluir grasa al igual que en una persona normal, que es del 25% del total de la dieta (Scheider, 1985). Siendo el problema en la obesidad, no el consumo de grasa normal, sino el exceso de grasa y otros nutrimentos.

Como podemos observar en los tratamientos dietéticos que se ofrecen en la actualidad es frecuente encontrar una amplia variedad de dietas que prometen resultados "milagrosos", algunas ni siquiera disminuyen el peso y otras si lo disminuyen pero a costa de la salud.

La orientación nutricional en el obeso es básica, sobretodo para que pueda obtener conocimiento en cuanto a la calidad de la alimentación que debe llevar, también se le informa sobre la cantidad que debe ingerir, pero para que le sea posible disminuir su exceso en el consumo, se debe disminuir la ansiedad y conflictos psíquicos que provocan que la alimentación se convierta en una adicción.

El Tratamiento Dietético debe de llevarse a cabo simultáneamente con un tratamiento psicológico para que puedan obtenerse buenos resultados, ya que se requiere de cambiar hábitos y de fuerza de voluntad, lo que puede lograrse aunque a largo plazo, disminuyendo la ansiedad en el paciente, que es lo que le provoca comer en exceso, intentando resolver el origen del padecimiento y no sólo tratar de quitar el síntoma, evitando así que no se vuelva a recuperar el peso perdido.

2.6.3).-TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS

a).-CONDUCTUAL

Esta técnica tuvo sus orígenes en la década de los cincuenta a partir de los trabajos de Skinner en los Estados Unidos. En su programa utilizó recompensas (reforzamiento positivo) para favorecer las conductas ordenadas. Cuando la conducta prescrita se recompensa con fichas que se pueden canjear por una variedad de bienes y privilegios, el grado de control de conducta que puede lograrse es sorprendente. Para conseguir las fichas, las personas ejecutan muchas tareas que simplemente no hacían bajo otras condiciones. Se asocia una respuesta con un estímulo que refuerza o provoca que se produzca nuevamente la misma respuesta (Dicaprio, 1993).

Posteriormente en 1962, la terapia conductual fue adoptada como coadyuvante en el tratamiento de la obesidad. La terapia conductual consiste en la "autoobservación" que implica llevar un registro cuidadoso de todos los alimentos que se ingieren diariamente, el control de estímulos incluye un control estricto de los alimentos; por ejemplo, comer sentado, en un sitio determinado, no involucandose en otras actividades al comer, o servir la comida en platos más pequeños, etc.

A continuación Coggiola (1987) describe un programa en el que aplicó un programa combinado de técnica conductista con psicoterapia grupal a 20 niños del Hospital Infantil "Federico Gómez". El niño que bajara 1 Kg. de peso por semana, recibiría 10 puntos y aquel que subiera, debería de pagar de su dinero (alcancía) 100 pesos. Al terminar las

sesiones o al llegar a su peso ideal, se contarían los puntos para recibir algo a cambio.

En la sesión de terapia grupal, se manejaron sentimientos ocasionados por la reducción de comidas, como, agresión, sueño, depresión, ansiedad). Se analizaron los conceptos de dieta y se compararon con su ingesta actual. En el transcurso de las sesiones los pacientes se veían reflejados e identificados con los demás niños obesos que se encontraban en sus mismas condiciones. La ansiedad disminuyó y por lo tanto la ingesta de alimentos también al igual que la obesidad. 40% de el total de niños se dieron de alta, 12% quedaron con sobrepeso y el 48% quedaron con obesidad.

En México los programas conductuales están dirigidos sólo a adultos y con características similares a las anteriores, aunque en la mayoría no se manejan los sentimientos, sino que únicamente lo conductual, las normas en base a reforzamientos externos (premios o castigos).

En algunos casos aumentan el compromiso de los pacientes a través de un depósito monetario que se les va devolviendo a medida que asisten a las sesiones grupales, que generalmente son una vez por semana.

Es común que el obeso pierda peso pero en cuanto suspende el programa regresa a sus patrones originales de alimentación.

Este programa tiene como ventaja que el obeso si baja de peso, por lo que puede ser utilizado, cuando se requiere una baja de peso urgente por motivos de salud, digamos cuando va a ser sometido a una cirugía, y el médico le recomienda bajar

de peso en forma urgente para disminuir los riesgos de dicha cirugía. Pero sería recomendable que posteriormente el paciente continuara con un tratamiento más profundo que promoviera la independencia personal y el aumento de la autoestima, ya que al parecer con el tratamiento conductista se intenta eliminar la conducta (el síntoma) sin adentrarse en la persona misma y en las motivaciones reales y profundas que la inducen a comer en exceso.

b).-PSICOANÁLISIS

La terapia psicoanalítica intenta hacer emerger clara y precisamente un conflicto para suprimirlo después. Se sirve de la sugestión para para modificar en el sentido deseado el destino de estos conflictos. El psicoanálisis impone al terapeuta y al enfermo penosos esfuerzos que tienden a levantar resistencias internas, pero una vez dominadas éstas, queda modificada la vida psíquica del paciente de un modo duradero (Freud, 1889).

El psicoanálisis, no intenta quitar el síntoma del paciente sino entender en lo más profundo del ser humano, cuales son los motivos que ocasiona dicha conducta adictiva. A medida que se van resolviendo los conflictos internos, el síntoma (obesidad) va desapareciendo.

El tratamiento psicoanalítico en un niño es de un plazo mucho más corto debido a que aún se encuentra en desarrollo.

La técnica en niños se realiza en un consultorio especial, que debe tener paredes lavables, pisos de linóleum en donde se facilite el juego al niño con, plastilina, cubos, lápiz, papel, lápices de colores, goma, resistol, tacitas, platitos, cubiertos, muñecas, autos , etc. Cada niño cuenta con un cajón individual, que viene a contener información confidencial, para el terapeuta y el niño, al igual que el terapeuta conserva la información de el adulto. Por medio del juego el niño muestra sus conflictos, conscientes e inconscientes, los cuales el terapeuta por medio también del juego, le va dando interpretaciones, el niño por medio de su aprendizaje múltiple va resolviendo sus conflictos,

eliminando así los síntomas con los que llega a la terapia (Aberastury, 1978).

Padilla (1995) explica el simbolismo en el juego de la siguiente forma: El juego desde el punto de vista psicoanalítico es un medio de representación simbólica de fantasías, deseos, experiencias y conflictos, etc. En el consultorio se crea un espacio que permita que el niño exprese esa cosmovisión, que es necesario modificar en favor de su salud mental, ayuda a formar y a dar estructura básica a su vida, un niño, entre más angustia siente, mayor dificultad tiene para expresar de un modo directo sus conflictos internos mediante la comunicación verbal.

En el juego el niño reúne objetivos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de una muestra derivada de la realidad interna o personal, manipula fenómenos exteriores al servicio de los contenidos inconscientes, que disfraza como en los sueños simbolizando así sus conflictos. En el juego, el niño puede crear y usar toda su personalidad. En el niño la identificación será la precursora del simbolismo, ya que surge de las tentativas del infante por reencontrar en todos los objetos sus propios órganos y funciones. Como resultado de lo anterior el niño desea destruir los órganos, que representan los objetos, produciendo esto un temor hacia estos últimos, convirtiéndolos en objetos de angustia. Es así como la vida cotidiana esta expuesta a los símbolos, el niño se siente constantemente impulsado a formar nuevas simbolizaciones en otros objetos. Una cantidad suficiente de angustia es necesaria para que el niño simbolice en los diferentes objetos a su alrededor.

símbolos no se traducen se interpretan" (Rodríguez, 1996, citado por Pérezbiachelanni, 1996).

Perezbiachelanni (1996) a continuación expone brevemente el caso de una niña obesa de 10 años de edad en tratamiento psicoanalítico:

En el inicio del tratamiento se encuentran problemas de inseguridad, baja autoestima y obesidad. Inicialmente, Sofía se muestra tímida, pasiva con poca iniciativa y muy demandante, se le dificulta elegir juegos, hablar y relacionarse con la terapeuta, posteriormente dibuja figuras humanas y caricaturas muy gordas expresándose así por medio del dibujo. Sofía es una niña alta, obesa, inactiva, al inicio se mostraba como una niña muy pasiva, elegía juegos de mesa, si se le caían objetos no los levantaba hasta después de haber pasado bastante tiempo y con una actitud de flojera. Antes de levantarlos siempre esperaba que yo lo hiciera. Era incapaz de elegir juegos siempre preguntaba con inseguridad que "a que quería jugar", "si prefería uno u otro juego", etc. elegía un juego de mesa para toda la sesión en la cual había que estar sentadas con muy poco movimiento, también elegía dibujos y cuentos, sus dibujos eran de figuras de muñecos obesos con un toque infantil como caricaturesco.

Sofía con frecuencia quería prolongar el tiempo de su sesión haciendo tiempo y tardándose más, en acomodar lo que iba a guardar, equivocándose de lugar y buscando dónde guardarlo, estirándose, poniéndose el suéter, despidiéndose

varias veces, etc. Demostraba su demanda incesante con preguntas.

En casa comía a escondidas de sus padres, y las tardes la pasaba dormida. Los padres se preocupaban por su forma de comer aunque el motivo de consulta fue el que empezaba a tener problemas escolares de bajas calificaciones. En las actitudes de los padres se encontró que comunicaban dobles mensajes que confundían y angustiaban a Sofía como son el que la sometían a dietas rigurosas y al mismo tiempo la invitaban a restaurantes de comida chatarra. Durante el tratamiento Sofía fue cambiando sus actitudes eligiendo juegos más dinámicos como el baile, al mismo tiempo que a ido pasando de niña a preadolescente.

Por lo que se sugiere que una de las mejores alternativas para el tratamiento de la obesidad de origen psicológico en niños es el psicoanálisis, debido a que es una terapia profunda que atiende el síntoma desde el origen, evitando así que el niño vuelva a subir de peso, además de que es de un periodo más corto que en el adulto debido a que se encuentra en desarrollo.

Randy Stunkard (citado por Castelnuovo, 1988), convocó a 84 pacientes para que llevarán un tratamiento psicoanalítico, sólo se presentaron el 6% de los pacientes. A lo que da la siguiente explicación: la obesidad es sólo un síntoma que puede encontrarse en diferentes trastornos como son , histeria, obsesivo-compulsivos, borderline o psicosis, en las que el principal síntoma es que hay una incapacidad del yo para el manejo de la ansiedad y el control de impulsos, y no es capaz de percibir su patología, por lo que no se someten a tratamiento y cuando lo hacen tratan de quitar sólo el

síntoma físico, que es lo único que en ocasiones tienen consciente, atendiéndose únicamente con médicos o nutriólogos.

También el peso puede adquirir un valor simbólico de fortaleza, por lo que es común que tengan miedo de adelgazar y no se someten a un tratamiento de reducción (Gardner, 1985, citado por Pérez, 1992). Es muy importante que primero se trate dicho síntoma y posteriormente se le someta a un tratamiento integral que abarque tanto aspectos médico-dietéticos como un tratamiento psicológico, tratando de que el niño reduzca en forma gradual y sin excesivo esfuerzo, sobre todo de tipo emocional.

CAPITULO 3

AUTOESTIMA

3.1).-DEFINICIONES Y ORIGEN

Freud (1914,) en su obra *Introducción al Narcisismo*, se refiere a la autoestima como una expresión del tamaño del yo: "es irrelevante cuáles son los diversos elementos que determinan ese tamaño; todo lo que una persona posea o logre, todo resto de sentimiento de omnipotencia, que su experiencia ha confirmado, contribuye a aumentar su autoestima".

Fenichel (1964), expuso que la primera satisfacción es proporcionada por el mundo externo, el suministro de alimento constituye al mismo tiempo el primer regulador de autoestima, el niño pierde autoestima cuando pierde amor. Todo suministro de culpa decrece la autoestima, todo ideal que se cumple la eleva. Así, la autoestima es una función que esta sustentada por el propio autoamor por el logro de una meta con respecto a otros, a saber, ser amado por los demás como uno se ama a sí mismo.

La autoestima es la percepción de hasta que punto el individuo se acerca a la omnipotencia original. Fincan así Freud y Fenichel, la autoestima en la más temprana infancia, en la capacidad que obtuvo el yo del niño de responder a los estímulos del medio, primero siendo suministros de amor dados por la madre, y luego respondiendo de acuerdo con estos suministros, es decir teniendo fuentes internas de autoestima o careciendo de ellas.

Silverg (1952) dice que durante toda la vida la autoestima tiene dos fuentes: Una fuente interna, que la explica como el grado de eficacia en el manejo de la propia agresión, refiriéndose a la actividad general que lleva a la competencia, y una fuente externa, las opiniones de los demás hacia uno mismo. Ambas son importantes, pero la primera es más constante y más confiable, la segunda resulta siempre más incierta.

"La autoestima es aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo: la cual expresa una actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso" (Coopersmith, 1967 cit. por Verduzco, 1992).

La autoestima depende del trato que el niño recibe en su familia, siendo factores determinantes la aceptación del niño con sus cualidades y defectos, el respeto a el niño y sus intereses, la presencia de límites definidos y consistentes y el apoyo de las decisiones del niño para lograr sus propósitos.

Una autoestima positiva esta reflejada en la relación de ésta y los deseos del niño por aprender dentro de la escuela, se encuentra motivado para realizar sus tareas y mantiene buenas relaciones con sus compañeros, en cambio la baja autoestima en los niños en general implica fracasos escolares, delincuencia, drogadicción, depresión, ansiedad, apatía, aislamiento y pasividad.

Desde el punto de vista psicoanalítico la autoestima es una función que se atribuye a el "superyo" que es una subestructura psíquica de la personalidad en la que estan

grabadas las normas o límites de la conducta que han sido aprendidos del superyo de las figuras de autoridad en la infancia. En el superyo se encuentra el ideal del yo, que esta formado por aquellas normas que le indican al yo como debe ser. A mayor distancia del ideal del yo con la realidad hay una menor autoestima y mientras más se acerque a la realidad la autoestima es mayor. Si el ideal del yo no es satisfecho se experimenta "un sentimiento de culpa" o ansiedad social que se deriva de un temor de castigo paterno (pérdida de amor) (Fenichel, 1964).

Hartman (1964) dice que para que se lleve a cabo la función de autocrítica se requiere de la percepción tanto del mundo exterior, como del sí mismo, que son funciones que están localizadas en el "yo", otra subestructura psíquica que tiene diversas funciones como percibir, mantener el contacto con la realidad, protegernos de los estímulos externos excesivos, realiza funciones autónomas como son la de memoria y pensamiento, entre otras.

Spitz (1965) explica cómo al principio existe un yo que ayudaba al bebé con una barrera contra estímulos externos, que con ayuda de la madre (yo auxiliar), permiten una mayor sensación de bienestar. Posteriormente el yo del bebé se va fortaleciendo hasta lograr ser un mediador entre el mundo interno y el mundo externo.

González Nuñez (1991) La función yoica dominio-competencia es la capacidad de dominar el medio ambiente con recursos propios. El hombre se desenvuelve en una estructura social, dentro de la cual ejecuta varios roles, los cuales se ven influidos por las percepciones que tiene de sí mismo y por la forma como los demás lo ven y lo evalúan, en este

sentido se habla de autoestima alta o baja, en la medida en que el individuo ejecuta los roles asignados por la sociedad, o que la sociedad espera que realice. La autoestima es una parte fundamental de la personalidad del individuo, llevando implícito el autoconocimiento, así como las apreciaciones que los otros hacen acerca de él con respecto a sus habilidades, acciones, sentimientos y las relaciones que establece con su medio social.

En el nacimiento el individuo pasa de un estado de total equilibrio a una abrumadora estimulación, con muy poca protección, éste estado, es el modelo de toda angustia posterior. (Otto Rank, 1924, citado por Grotjahn, 1968 en Historia del Psicoanálisis)

Fenichel (1964) explica que La autoestima esta condicionada por la historia del individuo y se forma desde las primeras etapas del desarrollo mental. En el primer estadio las expresiones son sólo de excitación y relajamiento, gradualmente el "yo" se torna diferenciado bajo la influencia del mundo externo.

La sobreexcitación, ocasiona probablemente un acentuado displacer y provoca la primera tendencia mental a liberarse de dicha tensión, lo que logra con ayuda de la madre. Cuando se satisface tiende a dormirse. Nuevos estímulos como el hambre y el frío vuelven a despertarlo. En esta primera etapa no hay distinción entre el "yo" y "no yo", sino sólo entre mayor y menor tensión. Si fuera posible satisfacer en forma inmediata todas sus necesidades no se formaría un concepto adecuado de la realidad en el infante, por lo que siempre se requiere de un óptimo grado de frustración para una adecuada formación del "yo".

El cuerpo propio del infante se transforma en algo diferente del resto del mundo y va distinguiendo poco a poco entre lo que es él mismo y lo que no es él mismo. Esta percepción primitiva se caracteriza por ser parecida a la reacción motora. Percibir significa al inicio un cambio corporal, posteriormente hay toma de conocimiento de este cambio corporal, dando origen a una consciencia más diferenciada. Una vez completada esta diferenciación, el organismo se halla en situación de protegerse de la afluencia excesiva de estímulos mediante la interrupción de la función de la percepción, lo que puede observarse en el desmayo o en el sueño.

La excitación que no puede controlar el bebé lo conduce a movimientos incordiados de descarga que al ser observado por la madre en general es satisfecha su necesidad, al no distinguir que hay alguien en el medio externo, el infante atribuye omnipotencia a sus movimientos, estado al que se le denomina narcisismo primario. El narcisismo secundario se presenta cuando se da cuenta que alguien afuera lo satisface. La autoestima constituye la manera de hacerse cargo el individuo de la distancia que lo separa de la omnipotencia de estas primeras etapas de desarrollo. Cuando logra liberarse del estímulo displaciente, se produce una autoestima positiva.

La primera satisfacción proporcionada por el mundo externo es el suministro del alimento, constituye al mismo tiempo el primer regulador de la autoestima, por lo que cuando hay una madre que no satisface ni protege adecuadamente al niño, deja al bebé con su excitación por intervalos largos ocasionando en él ansiedad o frustración extremas que desde ese momento van debilitando la autoestima

por falta de atención. También hay madres que sobreprotegen al infante siendo común que antes de investigar porque esta incomodo su hijo y ante cualquier sentimiento de excitación por lo general se le proporciona alimento aunque no lo necesite, creando así una confusión de afecto-comida en el niño, él que posteriormente tratará de calmar la ansiedad por medio de la ingesta de comida creando así una necesidad emocional, más que fisiológica (Hartman, 1964).

A continuación Cámeron describe como se origina una autoestima deficiente en los niños: el rechazo o desprecio y el descuido paternal llevan casi inevitablemente a crear en el niño un sentimiento de inferioridad, de poco valer y de culpa crónica cuando un niño es castigado en exceso, se crean en él sensaciones de ser un niño malo y no de haber hecho algo malo. Piensan también que los descuidan porque valen poco y no lo consideran irresponsabilidad de parte de los padres. Aprenden a reaccionar a su conducta igual que sus padres lo hicieron, se autodesprecian, teniendo una autoestima baja que posteriormente tratan de recuperar con conductas adictivas y autodestructivas como son el alcoholismo y la ingesta excesiva de alimento.

Otra forma de crear en el niño una baja autoestima es por identificación con el superyo de un padre con sentimiento de culpa crónico, debido a que es normal y necesario que el niño se identifique con sus figuras de autoridad.

El rechazo de los padres también puede estar expresado por excesiva protección. Pueden hacer que su hijo este constantemente aprensivo, debido a que están continuamente a su alrededor, haciéndoles advertencias muy frecuentes sobre posibles peligros, se muestran alertas a ruidos o personas

extrañas, actuando con preocupación exagerada en situaciones cotidianas, provocando en el niño ansiedad crónica.

También hay padres perfeccionistas que obligan a sus hijos a tener aspiraciones y a ponerse metas para las que no tenían ni aptitudes, ni interés personal, tratando de conseguir siempre lo que se encuentra fuera de su alcance, sólo aceptan lo perfecto y por consiguiente hagan lo que hagan nunca encuentran satisfacción, manteniendo así una autoestima baja.

Los padres indulgentes que permiten mucha libertad, en realidad son padres que abandonan al hijo provocando en él culpa y ansiedad porque sienten que no valen lo suficiente para ser cuidados. Al poder hacer todo lo que quieran, el mundo se vuelve peligroso, debido a que hay muchas posibilidades para la acción y la imaginación, quedando finalmente desamparados.

Los mensajes que en las primeras etapas provienen del exterior (padres), se van convirtiendo en algo interno, y cuando se encuentran en una mayor edad ellos mismos se autorechazan. De tal forma que el aspecto físico influye en la personalidad pero en forma secundaria, en el obeso vienen a reforzar los conceptos que ya han internalizado en etapas más tempranas.

Moussen, Paul (1983) afirma acerca del aspecto físico que la belleza o la fealdad y la constitución corporal de una persona, características todas que dependen de la constitución genética y la alimentación, pueden ejercer un efecto indirecto sobre la personalidad y la autoestima. Hay personas que debido a su atractivo físico, tienen una mayor facilidad para alcanzar metas o posiciones y aquellas otras

que debido a su fealdad o deformidad, son tímidas o apartadas. En el mundo de los niños y adolescentes, la fuerza y la destreza físicas acarrearán prestigio y éxito. Los que tienen un desarrollo avanzado, que son altos y musculosos para su edad, con mayor probabilidad serán líderes permanentes y confiados en sí mismos. Los estudios sistemáticos de niños normales muestran que existen pocas relaciones, pero significativas, entre la constitución corporal y la personalidad. Entre los niños de 10 y 11 años, los niños pequeños, mal coordinados y relativamente débiles se inclinan a ser tímidos, asustadizos, pasivos, y por lo general, preocupados. Por el contrario, los niños altos, fuertes, llenos de energía, bien coordinados y de la misma edad, son juguetones, autoexpresivos, locuaces, productivos y creadores. Por lo que es muy probable que las aptitudes y habilidades físicas refuercen conceptos negativos o positivos para la autoestima en los niños.

3.2).-AUTOESTIMA Y OBESIDAD

Es común escuchar que el obeso carece de voluntad, que no tiene iniciativa para adelgazar, en realidad existen una serie de situaciones que influyen en la conducta, que incluso llegan a alterar o distorsionar las sensaciones corporales. La sensación interna de angustia puede llegar a ser transformada en señal de hambre y por lo tanto generar conductas compulsivas en la forma de ingerir los alimentos, que son involuntarias y en su mayoría inconscientes (Rocha, 1992).

Fenichel ubica a la obesidad como una adicción sin droga en la que el alimento viene a sustituir el afecto con el que se intenta compensar la baja autoestima. Los síntomas de las adicciones pueden presentarse también sin el empleo de ninguna droga, y por tanto sin las complicaciones acarreadas por los efectos químicos de las drogas, aunque sí con las complicaciones ya mencionadas anteriormente, debido a que en cuanto el alimento se consume en exceso se vuelve nocivo y realiza el papel de la droga química.

Lo que sucede en el adicto a la comida es que ningún desplazamiento ha transformado el primitivo objeto (alimento) de las ansias de gratificación de la autoestima. En etapas posteriores de desarrollo se van agregando otros significados inconscientes al alimento patológicamente anhelado, por lo que en casos graves, la comida termina por ser el único vínculo de interés que conecta a la persona con la realidad (Wulff, 1969 citado por Fenichel, 1964).

Cuando la madre no detecta y no responde adecuadamente a las necesidades de su hijo, éste no identificará tampoco

objetivamente lo que necesita, hay una incapacidad de reconocer la sensación de hambre y de saciedad, y de identificar la verdadera necesidad que es la falta de afecto (Haynal, P. 1984).

"En consecuencia el niño va a desarrollar un concepto de cuerpo que puede ser agradable o desagradable, sucio, repugnante y vergonzoso, lo cual implica una menor autoestima según las actitudes que incorpore de sus padres en relación con su imagen corporal" (Pérez E., 1995 cit. por Pérezbiachelanni, 1996).

El papel de la madre o sustituta en el niño obeso es el más importante, debido a que es quien enseña la calidad, cantidad y los momentos en que se ingiere el alimento. Es común que el comer en exceso y el sobrepeso traten de considerarse como el reflejo de un éxito económico e incluso la mayoría de las veces, la madre se siente feliz, en apariencia, de ver como su hijo come. En realidad son madres que pueden estar tratando de compensar la culpa que sienten por dejar abandonados a sus hijos o por maltratarlos ya sea física o emocionalmente. También se ha observado que algunas de las madres de niños obesos, tienen grandes esperanzas de que el hijo llegue a ser importante, debido a que su éxito podría compensar el fracaso del padre y se le cuida de acuerdo a las ambiciones del padre y no de él mismo, provocando que sea un individuo dependiente sin tener una autoestima apropiada, siendo la separación entre él y la madre un severo conflicto, ya que el estar acostumbrado a obedecerla le impide ser autosuficiente.

La madre constantemente le esta comunicando al niño, consciente e inconscientemente, que él es la imagen de la

familia y debe ser el mejor en todo, lo sobreprotege y manipula, reflejando en realidad los sufrimientos de su propia infancia mezclados con los conflictos de su familia de origen, y los que tiene con su pareja, o cuando falta la pareja se le compensa con el hijo, y es común que hacia éste la comida represente el cariño del ausente, tratando de evitar el sufrimiento, aunque en realidad lo único que se hace es repetir la historia.

A la obesidad del niño se asocian algunos rasgos característicos tales como la pasividad, la dependencia, la inseguridad, y la depresión. En general se muestran callados, apáticos, y tímidos. Otros síntomas que pueden asociarse son la enuresis (falta de control de esfínteres) y el fracaso escolar.

"La característica patológica esencial es que el niño es utilizado por uno de los padres o por ambos para satisfacer sus necesidades emocionales y como una compensación de los fracasos y frustraciones de su vida" (Bakwin. H. 1987).

Si la madre considera que su hijo es delicado, porque nació pequeño, puede considerar que su niño necesita una mayor cantidad de alimento sobreprotegiéndolo, pero en realidad a decir de Illingworth (1985), puede ser manifestación de rechazo por parte de la madre, que usa esos símbolos de cuidado maternal como substitutos del afecto.

En otras situaciones puede darse el caso de que el hijo llegue sin ser esperado, ni planificado por los padres, los que intentan borrar su sentimiento de culpa por el rechazo, sobrealimentándolo. Si en la familia del niño obeso, además existe un hijo favorito con quien rivaliza, demandará más

alimento tratando de compensar su sensación de que aquél le roba el cariño y la atención del grupo (Cref, A. 1981, Citado por Pérez, 1992).

La energía de la madre parece ir dirigida hacia un cambiar al niño, a hacerlo a su medida, dando un exceso de alimento para que crezca rápidamente y así compensar a través de él sus propias imperfecciones. El niño cuyas necesidades afectivas están reprimidas, insatisfechas, reacciona con una demanda alimenticia creciente y un deseo de satisfacción inmediato, el alimento equivalente del amor, tiene un valor de compensación y de alivio.

Es común en la familia del niño obeso que la madre sea ambiciosa, dominante y el padre sea dócil, por lo que es frecuente ver que los niños se encuentran muy cercanos a la madre, ya que esta les ofrece alimentos para seguir manteniéndolos cercanos, impidiendo que puedan socializarse. También al igual que se da una sobrealimentación, la madre viste y baña entre otras actividades a sus hijos, hasta edades donde sus hijos ya pueden realizarlas solos. Otra forma de impedir su independencia es sirviéndoles excesivamente a la hora de comer y obligarlos a terminarse todo. Si el padre toma la misma actitud que la madre, es dócil o ausente, entonces no podrá rescatar a su hijo de esa relación familiar, todo gira en torno del mensaje para el niño de "eres especial y poderoso", el cual se asociará más tarde con su volumen corporal. Por lo que posteriormente llenará su vida de ensoñaciones, debido a que al enfrentarse con la realidad se sentirá vacío. El niño contribuye a perpetuar el problema mostrándose dependiente, sumiso e inmaduro para controlar su medio ambiente como si fuera un bebé que necesita recibir cuidados maternos. El niño no puede

responsabilizarse por los cambios que tiene que ir enfrentando cuando va creciendo, por lo que se vuelve intolerante, demandante e insaciable. Además al sentirse infeliz puede hallar consuelo en la comida y así tratar de manejar su inseguridad, y su baja autoestima. Así la alimentación se liga a experiencias emocionales como hambre-displacer, saciedad-amor, estableciéndose un lazo simbólico en donde la alimentación representa amor, y seguridad que adquiere al imitar a su familia (Pérezbiachelanni, 1996).

En general la obesidad es vista como la respuesta a la ansiedad y depresión causadas por una mala adaptación. Esto sugiere que los obesos desde niños aprenden a lidiar con la ansiedad a través de la comida.

El recién nacido aún no capta los sentimientos en forma diferenciada como autoestima, únicamente siente tensión y cuando es satisfecho liberación de la tensión. El niño está en una etapa de alternación de hambre y sueño. Freud señala que el desarrollo infantil sigue varias etapas. Durante el primer año de vida transcurre la etapa oral, la boca representa para el niño, el instrumento mediante el cual logra su satisfacción, obteniendo dos objetivos a la vez, el primero que se refiere a la satisfacción de su hambre, y el segundo que es la estimulación de la mucosa oral, la cual le resulta placentera. Este segundo paso explica la succión del pulgar en el niño, pues si bien la succión es un reflejo innato, ligado en un principio a la función nutricia, después se independiza de ella, proporcionándole una satisfacción autoerótica.

La boca es muy importante durante esta etapa de la vida del niño, pues además de cumplir los requisitos anteriormente

mencionados, le sirve para relacionarse con el mundo exterior y para diferenciar su propio cuerpo del de su madre, el trato adecuado y cariñoso que reciba de su madre le será muy beneficioso para evitarle posibles trastornos alimenticios futuros, este trato adecuado deberá de prolongarse a lo largo de las demás etapas del desarrollo infantil, aumentando así su autoestima. Si las gratificaciones en este primer año de vida , están seguidas de frustraciones en las siguientes etapas, esto daría muy posiblemente lugar a fijaciones orales (retraso en el desarrollo afectivo, detención en el desarrollo), pues como sabemos , las fijaciones tienen su origen en experiencias de satisfacción instintiva (Pérez, 1992).

La regresión (es el retorno a un comportamiento más primitivo) y la fijación son dos mecanismos que están muy presentes en la obesidad, ambas son complementarias entre sí, y entre más fuerte sea una fijación, más fácilmente se podrá producir una regresión a la etapa de la previa fijación en cuanto surjan dificultades (Amar. 1978).

El desarrollo del obeso en la etapa oral está lleno de leche y gratificaciones. Así pues el obeso habiendo obtenido excesivas satisfacciones a nivel oral, ante niveles de excesiva frustración, tenderá a regresar a la etapa que tanta satisfacción le proporcionó, es decir; los mecanismos que utilizará con mayor frecuencia serán la fijación y regresión, dando como resultado el que coma con exceso ante la ansiedad.

La etapa oral (0-2 años aprox.) se divide en dos:

Etapas Orales:
Etapas Orales Pasivas: La madre se convierte en el objeto primario de gratificación, ya que le proporciona el alimento al niño,

ella es quien nutre y sus actitudes influyen significativamente en las relaciones de dependencia-independencia, en esta primera experiencia oral se establecen también las primeras imágenes que van integrando un autoconcepto corporal, lo que da inicio al desarrollo del yo. El bebé obtiene el placer por la zona de la boca, además del pezón o la mamila y succiona cualquier objeto que tiene cerca.

Etapa Oral Sádica: Cuando llega el momento del destete, el niño sigue obteniendo el placer por la boca, sólo que aparecen los dientes y el placer se encuentra en el masticar o devorar, en esta etapa del placer del morder, el niño ya no está centrado en el placer de su propio cuerpo, sino que empieza a relacionarse con los objetos y con las personas que le rodean, su relación con el medio externo a través de la zona oral.

En la etapa oral se da la ambivalencia aunque en la fase sádico-oral se presenta más marcadamente. La ambivalencia es la aparición de dos actitudes opuestas, una de amor y otra de agresión, a un mismo tiempo y con respecto al mismo objeto. El deseo y la actividad de amar, acompañados por el deseo de ser amado, es el ejemplo más claro (Tallaferro, 1987).

El deseo del niño por morder un objeto puede estar asociado al deseo de ser devorado por ese objeto, y en esa actitud el deseo instintivo en relación con el objeto significa devorar, se está incorporando, en un deseo de obtener una relación más íntima, de querer al objeto (la madre) completamente para sí.

Cuando las experiencias infantiles de deseos ambivalentes son frustrados pueden impedir que el niño utilice su agresividad para combatir y sobrevivir, revirtiendo entonces la agresividad en pasividad y depresión. Si una persona se queda con una fijación a la etapa oral, (como sucede con los niños que presentan problemas de obesidad) se vera una marcada dependencia, inseguridad, y demanda. Es común que el niño en esta etapa escupa o vomite por reflejo o con un propósito, siendo éstos actos y sus imágenes los que se convierten en modelos de proyección, representando así un rechazo simbólico logrando que algo interno lo vuelva externo. La demanda exagerada provoca rechazo por parte de los que lo rodean por lo que es frecuente que lo excluyan aumentando así su sensación de rechazo (Perezbiachelanni, 1996).

Fenichel (1964) observó que la aparición de una gula, particularmente intensa ya sea manifiesta o reprimida, puede hallar su explicación en la etapa oral.

Klein, Melanie (1979), dice que el impulso de ingerir algo bueno para incrementar la sensación interna de bienestar, esta vinculado a la introyección, defensa que se origina dado que el bienestar del lactante depende principalmente de su boca y de la leche, esto es, el proceso de incorporar y obtener, adquieren gran significación como medio de alejar el dolor y el peligro, lo que a su vez aumenta su autoestima, por sentirse protegido.

Grinberg (cit. por Huber, 1992) afirma que en el comer compulsivo se recalca una de las funciones especiales contenidas en el comer, que consiste en la negación implícita de la pérdida del objeto, mediante el acto de incorporar

repetida y continuamente el alimento que lo representa, negando de esta forma que perdió o destruyó al objeto (madre) y procurando mantener un contacto directo y continuo con sus substitutos, los alimentos, para poder creer en su existencia, logrando calmar la angustia determinada por la culpa que a su vez disminuye su autoestima. En cada acto alimenticio se presenta nuevamente la negación, como mecanismo de defensa en el obeso (niega sus carencias afectivas), que no logra satisfacer por lo que es insaciable a pesar de sobrealimentarse.

El obeso come compulsivamente ante la ansiedad, configurando un cuadro maniaco característico el cual pasan fácilmente de la alegría a la depresión, misma que tratan de evitar proporcionándose suministros externos, (alimentos).

Bruch, (Citado por Ajuriaguerra, 1991) afirma que el problema de la obesidad está básicamente centrado en la dependencia. La mayoría de las madres de obesos han dado un trato inadecuado a sus hijos fomentando la dependencia, de éstos niños hacia ellas, lo cual trae como resultado que estos niños siempre estén buscando ayuda y el apoyo materno. Estas madres sobreprotectoras hacen de sus hijos individuos víctimas constantes de la incertidumbre y la ansiedad, y como esas madres fueron incapaces de darles un afecto genuino que fortaleciera su autoestima e independencia, sino que se limitaron a apasiguar las necesidades del niño ofreciéndoles comida, la comida se convierte en un escudo contra la ansiedad. La comida para los obesos posee un exagerado valor que esta basado en el amor y la seguridad.

Fromm (cit. por Huber, 1992). La persona obesa siente que la fuente de todo bien se halla en el exterior y cree que

es la única manera de lograr lo que desea, ya sea algo material, sea afecto o amor para compensar su autoestima, conocimiento o placer es recibiendo de esa fuente externa. Muestran una especial lealtad, basada en la gratitud por la mano que les alimenta y el temor a llegar a perderla. Como en general necesitan de muchas manos para sentirse seguros, deben ser leales a numerosas personas, resultándoles difícil decir no.

Fenichel (1964) afirma que los obesos tienden a compensar su ansiedad, depresión y baja autoestima comiendo y bebiendo, es común que sus labios permanezcan abiertos como en estado de espera constante de alimentos. En sus sueños el ingerir alimentos es un símbolo frecuente de ser amado; el sufrir hambre, una depresión de frustración o desengaño. El obeso en general es optimista y cordial, tiene cierta confianza en la vida, debido a que compensa en forma maniaca a través del alimento, no teniendo en forma consciente sus carencias afectivas, lo que dificulta que se sometan a un tratamiento que llegue a las capas profundas del desarrollo, además de que la adicción en sí de sobrealimentarse es placentera, pero se tornan ansiosos y atolondrados cuando ven amenazada su fuente de abastecimientos. Su seguridad se basa en la acumulación y en el ahorro por lo que es también frecuente que padezcan estreñimiento tratando así de guardar en lo más posible el alimento. Su avaricia se refiere tanto al dinero y otros objetos como a los sentimientos y pensamientos. Una situación que ejemplifica esto, se da cuando se desea comer "algo" pero no se sabe de que es de lo que se desea comer, se trata de un momento de vacío y ansiedad que se intenta cubrir con comida compensando la sensación de vacío, se suple el "vacío" del estómago con la

comida para sentirse "bien" como proyección del vacío psicológico.

Los dos mecanismos más utilizados por el obeso son la compensación y la negación; la negación de su trastorno, por lo que en apariencia, se considera alegre y feliz tratando de ocultar, en forma inconsciente su vacío interno de amor, el que trata de compensar con alimentos, hasta llegar a la obesidad, creandose una sensación ilusoria de bienestar.

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO 4 METODOLOGÍA

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la presente investigación se intentó establecer si existe una autoestima baja en los niños con obesidad comparada con la autoestima de niños con peso normal.

Debido a que un niño con obesidad que no es de origen hormonal, sino por excesos en la alimentación, teóricamente es un hijo rechazado por los padres o sustitutos, por lo que desarrolla una autoestima baja por falta de afecto, e intenta obtener dicho afecto por medio de la sobrealimentación. Como el alimento en realidad no es afecto no logra calmar su ansiedad por lo que cada vez necesita de una mayor cantidad de comida que incrementa su peso y deforma su figura ocasionándole alteraciones fisiológicas graves y aún más conflictos emocionales, ya que por lo general debido a su peso presentan menor rendimiento físico y una figura corporal diferente a la de sus compañeros, siendo rechazados socialmente, ocasionando a su vez que la obesidad disminuya aún más su autoestima. Por lo que es importante ver si existe correlación entre autoestima y obesidad en niños de peso normal y niños con obesidad.

4.2 JUSTIFICACIÓN

En México casi no existen datos epidemiológicos de la obesidad infantil y menos aún de autoestima en niños con este padecimiento, por lo que se realiza la presente investigación para poder enfatizar la importancia, sus orígenes, causas y consecuencias en niños mexicanos. Contribuyendo así a que pueda darse un tratamiento adecuado al paciente, ya que en nuestro país casi no se atienden los factores psicológicos en este padecimiento, aún y que son el origen del 95% de los casos de obesidad (Hernández, 1995).

Al iniciar la investigación se encontró que casi no existen programas o clínicas para el tratamiento de la obesidad infantil en México, ni en hospitales pediátricos de gobierno ni en particulares, quizá debido a que en apariencia la obesidad en el niño no causa complicaciones y culturalmente se le considera un niño sano porque come en abundancia, además de que los principales mecanismos de defensa que utiliza el obeso son la negación de las verdaderas necesidades de afecto y la compensación por la sobrealimentación, siendo la mayor preocupación dirigida a los niños con desnutrición, reportándose numerosos estudios por parte de hospitales como el Instituto Nacional de la Nutrición, el Instituto Nacional de Pediatría y sección de pediatría del Hospital General de México, y no se encontraron ni programas ni investigaciones dirigidas al niño obeso, que probablemente se encuentren en altos índices en las grandes ciudades de la República Mexicana como el Distrito Federal, quizá debido a que los sujetos se encuentran ante mayores recursos económicos para adquirir los alimentos en exceso que en las zonas rurales, agregando a esto el sedentarismo y un mayor estrés por la contaminación ambiental y el recorrido de

las grandes distancias que aumentan la ansiedad y disminuyen el ejercicio físico (Urbina y Ortega, 1985).

4.3.-OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la autoestima en niños de siete a once años de edad con obesidad comparados con niños de peso normal de la misma edad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Evaluar la autoestima en los siguientes ocho grupos diferentes, en base a la obesidad y el peso normal:

a).-Grupo de varones con obesidad que se encuentren cursando sus estudios en una escuela primaria de gobierno.

b).-Grupo de varones con obesidad que se encuentre cursando sus estudios en una escuela primaria particular.

c).-Grupo de varones con peso normal que se encuentren cursando sus estudios en una escuela primaria particular.

d).-Grupo de varones con peso normal que se encuentren cursando sus estudios en una escuela primaria de gobierno.

e).-Grupo de niñas con obesidad que se encuentren cursando sus estudios en una escuela primaria de gobierno.

f).-Grupo de niñas con obesidad que se encuentren cursando sus estudios en una escuela primaria particular.

g).-Grupo de niñas con peso normal que se encuentren cursando sus estudios en una escuela primaria de gobierno.

h).-Grupo de niñas con peso normal que se encuentren cursando sus estudios en una escuela primaria particular.

4.4.-VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Autoestima en niños obesos de 8 a 11 años de edad que se encuentren cursando la primaria.

VARIABLE DEPENDIENTE: Obesidad en niños de 8 a 11 años de edad que se encuentren cursando la escuela primaria.

OTRAS VARIABLES INDEPENDIENTES:

Edad y sexo

Escuela Particular

Escuela de gobierno

4.4.1 DEFINICION DE VARIABLES

Autoestima: "Es aquella evaluación más o menos estable que el individuo hace de sí mismo; la cual expresa una

actitud de aprobación o desaprobación, e indica el grado en el que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso" (Coopersmith, 1967).

Obesidad: Es la acumulación excesiva de grasa corporal (tejido adiposo), generalmente debida a la ingestión de un exceso de alimento en relación a la actividad física y desarrollo del individuo, manifestándose por un aumento del 20% más del peso ideal (es aquel que favorece una mayor longevidad) (Hernández, M., 1995).

4.4.2 DEFINICIONES OPERACIONALES DE VARIABLES.

Autoestima: Para usos prácticos en su concepción y manejo operacional la autoestima se considerara de acuerdo al concepto utilizado en el Inventario de autoestima de Coopersmith que se refiere al grado en que el individuo se cree capaz, significativo, exitoso y valioso; el que dependiendo de el puntaje obtenido puede ser:

- Muy inferior a lo normal
- Inferior a lo normal
- Ligeramente inferior a lo normal
- Normal
- Ligeramente superior a lo normal.

Obesidad: Se considerará a un niño obeso si excede en más de un 20% su peso ideal para lo que se aplicará la siguiente fórmula que se utiliza para el diagnóstico de la obesidad en niños:

$$\text{Peso Relativo} = \frac{\text{Peso actual (kg.)}}{\text{Peso ideal para la talla (kg.)}} \times 100$$

Criterios diagnósticos:

Mayor a 120 = obesidad

De 90 a 110 = peso normal.

Para definir el peso ideal se utilizaron las tablas de talla y peso de indicadores antropométricos de (Hernández, M. 1995).

4.5.-HIPOTESIS

Hipótesis de Investigación

H

Existe diferencia en la autoestima en niños con obesidad en comparación con la autoestima de los niños de peso normal.

H0

Hipótesis de Investigación Nula

No existe diferencia en la autoestima en niños con obesidad en comparación con la autoestima de los niños de peso normal.

Es importante mencionar que la Hipótesis de Investigación es de tipo reversible debido a que la variable independiente ocasiona la variable dependiente y a su vez la variable dependiente ocasiona la variable independiente (Párdinas, 1977)

Una autoestima baja puede causar obesidad, pero a su vez la obesidad puede causar baja autoestima.

HIPOTESIS ALTERNAS

H1

Existe diferencia en la autoestima de varones obesos comparados con la autoestima de niñas obesas.

H01

No existe diferencia en la autoestima de varones obesos comparados con la autoestima de niñas obesas.

H2

Existe diferencia en la autoestima de varones de peso normal comparados con la autoestima de niñas de peso normal.

H02

No existe diferencia en la autoestima de varones de peso normal comparados con la autoestima de niñas de peso normal.

H3

Existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas obesos de escuela de gobierno .

H03

No existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas obesos de escuela de gobierno.

H4

Existe diferencia en la autoestima de varones y niñas con peso normal de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

H04

No existe diferencia en la autoestima de varones y niñas con peso normal de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas de escuela de gobierno.

H5

Existe diferencia en la autoestima de varones obesos, comparados con la autoestima de varones con peso normal.

H05

No existe diferencia en la autoestima de varones obesos, comparados con la autoestima de varones con peso normal.

H6

Existe diferencia en la autoestima de niñas obesas, comparadas con la autoestima de niñas de peso normal.

H06

No existe diferencia en la autoestima de niñas obesas, comparadas con la autoestima de niñas de peso normal.

H7

Existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela particular.

H07

No existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela particular.

H8

Existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

H08

No existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

4.6.-METODO

4.6.1 SUJETOS

Se seleccionaron 80 niños en edad de 8 años cumplidos y a niños de 11 años 0 meses, 40 con obesidad y 40 con peso normal.

Para unificar la muestra se tomaron 40 de una escuela primaria particular y 40 de una escuela primaria de gobierno. De los 40 de cada escuela fueron 20 con obesidad y 20 con peso normal, tomando de cada 20, 10 de sexo femenino y 10 de sexo masculino.

4.6.2.-MUESTRA

El tipo de muestreo fue no probabilístico. Es un muestreo por juicio, en el que se eligió la muestra seleccionando los elementos que al investigador le parecieron importantes (Párdinas, 1977). Se eligieron a los niños primero por observación, tomando de cada grupo aquellos que sean visiblemente obesos y con peso normal. Se tomó el peso y la talla de cada uno y se aplicó la fórmula de Peso Relativo para el diagnóstico de la obesidad infantil y se seleccionó a los que obtenían más de 120 de peso relativo (obesidad) y entre 90 y 110 de peso relativo (peso normal) hasta completar la muestra requerida.

No se incluyeron ni a niños con bajo peso menores a 90 ni a niños con sobrepeso entre 110 y 120.

Una vez seleccionada la muestra se aplicó el cuestionario del Inventario de autoestima de Coopersmith en bloques de 10.

MUESTRA

	Niñas	Varones	Total
E. Particular			
Obesos	10	10	20
Normales	10	10	20
E. Gobierno			
Obesos	10	10	20
Normales	10	10	20
Total	40	40	80

4.6.3 INSTRUMENTO

Para evaluar la autoestima se utilizó, el Inventario de Autoestima de Coopersmith para niños. Dicho test fue desarrollado durante una investigación sobre los antecedentes de la autoestima llevada a cabo por Stanley Coopersmith en 1967.

La autoestima en los niños ha sido poco estudiada en México por no contar con los instrumentos apropiados para medirla, por lo que Angélica Verdusco y col. (1989) realizaron la validación del cuestionario de Coopersmith,

adaptándolo a niños mexicanos, en la División de Investigaciones Clínicas del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Se seleccionaron 1223 niños, 663 niñas y 610 niños de edades entre 8 y 14 años, de 18 escuelas, (9 particulares y 9 públicas) de la ciudad de México.

Las escuelas se seleccionaron sobre la base de que representaran a los diferentes niveles socioeconómicos y de acuerdo a las facilidades que las mismas proporcionaron para la realización del estudio. Obtuvieron un coeficiente de .77 de confiabilidad muy aceptable.

Angélica Verduzco, (1992) aplicó por primera vez en niños mexicanos el test de Coopersmith en su estudio "La autoestima en niños con trastornos por déficit de atención" realizando una readaptación del test, introduciendo algunos cambios en la redacción de ciertos reactivos, en base a los anteriores.

El procedimiento utilizado para la adaptación del instrumento se compone de dos fases:

En la fase 1 se hizo por primera vez la traducción del inventario por el procedimiento de traducción doble (traducción al español por una persona de habla española y, posteriormente, la traducción de esa versión al inglés por una persona de habla inglesa), tratando de ajustar el vocabulario para que fuera comprensible para los niños.

En la segunda fase, el inventario ya traducido fue presentado a un grupo de especialistas en salud mental, que trabajan con niños (un psiquiatra, tres psicólogos, dos trabajadores sociales y dos maestras de educación especial),

para adaptar el lenguaje del inventario a la población infantil y ver que tanto estaban relacionados los conceptos del mismo con el aspecto de autoestima. Después de esto, se modificaron cinco reactivos y, posteriormente, se aplicó esta versión a diez niños entre los ocho y diez años de edad, de los cuales cinco tenían problemas de aprendizaje, para ver si comprendían la prueba. Finalmente se modificaron algunas palabras de dos de los reactivos y se hizo la versión final. Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación del inventario en los salones de clase de la escuela seleccionada a 292 niños, 128 mujeres y 164 hombres.

El Inventario de Coopersmith consta de 58 reactivos agrupados en diferentes escalas de la siguiente manera:

Deseabilidad social:

6, 13, 20, 27, 34, 41, 48, 55

Social:

4, 11, 18, 25, 32, 39, 46, 53

Escolar:

7, 14, 21, 28, 35, 42, 49, 56.

Hogar:

5, 12, 19, 26, 33, 40, 47, 54.

Self General (incluye todas las áreas):

1, 2, 3, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 22, 23, 24, 29, 30, 37, 38, 43, 44, 45, 50, 51, 52, 57, 58.

La calificación de los reactivos se hace de la siguiente manera:

SI corresponde a 1 y NO corresponde a 0 en los siguientes reactivos:

2, 4, 5, 9, 10, 11, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 45, 47, 48, 52, 55, 57.

SI corresponde a 0 y NO corresponde a 1 en los reactivos siguientes:

1, 3, 6, 7, 8, 12, 15, 17, 22, 25, 26, 30, 31, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 46, 50, 51, 53, 54, 56, 58.

Se obtiene la suma de los puntajes obtenidos y se multiplica por 2 dicho puntaje constituye la calificación final. La cual puede tener las siguientes categorías:

PUNTAJE CRUDO	CATEGORIA
0 a 35	Muy inferior a lo normal
36 a 45	Inferior a lo normal
46 a 57	Ligeramente inferior a lo normal
58 a 81	Normal
82 a 92	Ligeramente superior a lo normal

Para esta investigación se utilizará el puntaje de Self General debido a que es el que abarca todas las áreas de autoestima en el niño.

APLICACION DEL TEST

Puede ser administrado de manera individual o grupal. Durante la administración los comentarios intruductorios o explicativos se reducen al mínimo. Generalmente se empieza diciendo: "Buenos Días, hoy vamos a llenar un cuestionario. Sus respuestas me van a ayudar a conocerlos, a saber lo que les gusta o lo que no les gusta". Esto evita respuestas sesgadas que puedan invalidar el inventario. Una vez que se distribuyen los inventarios y que los examihados han llenado la información de identificación como nombre, edad, etc.

Las instrucciones se leen en voz alta y los estudiantes van siguiendo el texto en su prueba y se les pide que contesten el ítem de ensayo.

Al estar seguros que han entendido la tarea, se les dice que empiecen. A los grupos o individuos que puedan tener dificultad para leer los ítems, se les pueden leer en voz alta.

El tipo de respuesta es dicotómica, el niño solo tiene que marcar con una cruz, si es cierta o falsa (Vérdusco, 1992).

4.6.4 Diseño de Investigación

El tipo de investigación fue Ex-post-facto debido a que es una búsqueda sistemática, en la cual no se tuvo control directo sobre las variables porque ya acontecieron sus manifestaciones y por tanto la obesidad y la autoestima en los niños no son manipulables (Kerlinger, 1986).

Es un estudio de campo porque se realiza en el medio natural que rodea al individuo, en este caso en los salones de clases de las escuelas (Pick, 1990).

4.6.5 Procedimiento

Se eligieron dos escuelas, una particular y otra de gobierno en una colonia de la zona norte del D.F., debido a la facilidad de transportarse a ese lugar por su ubicación.

Se seleccionó a los niños primero por observación directa de la obesidad y el peso normal.

Posteriormente se tomó el peso y la talla de los niños de acuerdo con las recomendaciones Vargas y Casillas (1993).

REGISTRO DEL PESO

1).-Se pesó a los niños con una báscula nueva para evitar que no se encontrara dañada, ya que es común que después de un uso constante y comúnmente en los baños, las básculas de resortes se oxiden y ya no sean exactas para dar un peso correcto.

2).-Se peso al niño antes de ingerir su lunch.

3).-Se pesó al niño descalzo y con la menor cantidad posible de ropa, despojándosele de sweter o abrigo y en los casos necesario se pidió que vaciarán sus bolsillos.

4).-El niño estuvo de pie en posición de firmes, es decir con la columna vertebral extendida y los brazos colgantes paralelos al eje del cuerpo.

REGISTRO DE LA ESTATURA DE LOS NIÑOS

1).-Se fijó una cinta métrica de tela de plástico sobre la pared. El cero de la cinta métrica debía de coincidir con la superficie en la que se apoyarán los pies, la que en éste caso fue una hoja de acrílico. Se tomó la medida con una escuadra de madera que nos permitiera hacer un ángulo de 90 grados.

2).-Se cuidó que la niña que iba a ser medida no tuvieran diademas o moños que impidieran registrar la estatura.

3).-Se solicitó al niño que apoyará su espalda contra la pared en que se encontraba la cinta métrica. La postura que debía guardar el niño es la de firmes sin estirar la columna vertebral, ni subir los hombros.

Una vez obtenidos los datos, se aplicaron la fórmula del peso relativo para el diagnóstico de la obesidad (Hernández, N., 1995). Se procedió a aplicar los test psicológicos únicamente a los niños que cubrían los requisitos para la muestra.

Posteriormente se calificaron los test y se aplicó el diseño estadístico por comparación de medias, se elaboraron cuadros, se obtuvieron y analizaron los resultados. Finalmente se realizaron las conclusiones a que llevo dicho trabajo.

4.6.6 DISEÑO ESTADÍSTICO

Se realizó una comparación entre las medias o promedios de los siguientes subgrupos, para poder definir si es que hay una relación entre la autoestima y la obesidad en niños de edad escolar que se encuentran cursando la primaria.

1).-Autoestima en niños con obesidad en comparación con la autoestima en niños con peso normal.

2).-Autoestima en varones obesos, comparados con la autoestima de niñas obesas.

3).-Autoestima de varones y niñas obesos de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas obesos de escuela de gobierno.

4).-Autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

5).-Autoestima de varones obesos, comparados con la autoestima de varones con peso normal.

6).-Autoestima de niñas obesas, comparadas con la autoestima de niñas con peso normal.

7).-Autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela particular.

8.-Autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

CAPITULO 5

5.1 PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

CUADRO No. 1

	ESCUELA PARTICULAR		ESCUELA DE PUBLICA	
	OBESOS	NORMALES	OBESOS	NORMALES
VARONES				
	*1.-40	1.-66	*1.-52	*1.-58
	2.-66	2.-68	*2.-58	2.-68
	3.-72	3.-68	3.-64	3.-70
	4.-74	4.-70	4.-66	4.-72
	5.-78	5.-72	5.-70	5.-74
	6.-78	6.-80	6.-72	6.-74
	7.-80	7.-80	7.-74	7.-74
	8.-82	8.-82	8.-76	8.-80
	9.-84	9.-82	9.-78	9.-86
	10.-92	10.-86	10.-80	10.-86
MEDIA	74.6	75.4	69	74.2
NIÑAS				
	*1.-58	*1.-58	*1.-48	1.-62
	2.-66	2.-62	*2.-54	2.-62
	3.-72	3.-74	*3.-60	3.-64
	4.-72	4.-76	*4.-60	4.-72
	5.-78	5.-80	5.-70	5.-78
	6.-80	6.-82	6.-76	6.-80
	7.-80	7.-82	7.-82	7.-82
	8.-84	8.-84	8.-84	8.-84
	9.-84	9.-84	9.-84	9.-84
	10.-90	10.-86	10.-84	10.-84
MEDIA	76.4	76.8	70.2	75.2

De acuerdo a las medias obtenidas de el cuestionario de Coopersmith se observa que, de el total de los 80 casos los 10 niños más bajos en autoestima (señalados con un *), se obtuvo que el 80% = 8, son obesos y 20% = 2, son de peso normal.

- 4 niñas obesas de escuela de gobierno
- 2 niños obesos de escuela de gobierno
- 1 niño obeso de escuela particular
- 1 niña obesa de escuela particular
- 1 niño de peso normal de escuela particular
- 1 niña de peso normal de escuela particular.

CUADRO No. 2

MEDIAS POR GRUPO	
Obesos	X=72.5 autoestima normal
Normales	X=75.4 autoestima normal
Obesos	X=71.8 autoestima normal
Obesas	X=73.3 autoestima normal
Varones P. Normal	X=74.8 autoestima normal
Niñas P. Normal	X=76 autoestima normal
Obesos Esc. Part.	X=75.5 autoestima normal
Obesos Esc. Gob.	X=69.6 autoestima normal
Normales Esc. Part.	X=76.1 autoestima normal
Normales Esc. Gob.	X=74.7 autoestima normal
Varones obesos	X=71.8 autoestima normal
Varones normales	X=74.8 autoestima normal
Niñas obesas	X=73.3 autoestima normal
Niñas normales	X=76 autoestima normal
Obesos Esc. Part.	X=75.5 autoestima normal
Normales Ec. Part.	X=76.1 autoestima normal
Obesos Esc. Gob.	X=69.6 autoestima normal
Normales Esc. Gob.	X=74.7 autoestima normal

Autoestima normal fue tomada del rango 58 a 81 puntos= autoestima normal según cuadro de calificación del test de Coopersmith.

H Varones y niñas obesos comparados con varones y niñas de peso normal:

Varones obesos de escuela particular =74.6
Niñas obesos de escuela particular =76.4
Varones obesos de escuela de gobierno=69
Niños obesos de escuela de gobierno =70.2

media =72.5

rango de autoestima normal

Varones de peso normal de escuela particular=75.4
Niñas de peso normal de escuela particular=76.8
Varones de peso normal de escuela de gobierno=74.2
Niñas de peso normal de escuela de gobierno=75.2

media =75.4

rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación es decir que, no existe diferencia en la autoestima en varones y niñas obesos en comparación con la autoestima de varones y niñas de peso normal.

H1 Varones obesos comparados con niñas obesas

Varones obesos de escuela particular=74.6
Varones obesos de escuela de gobierno=69

media=71.8
rango de autoestima normal

Niñas obesas de escuela particular=76.4
Niñas obesas de escuela de gobierno=70.2

media=73.3
rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de varones obesos comparados con la autoestima de niñas obesas.

H2 Varones de peso normal comparados con niñas de peso normal.

Varones de peso normal de escuela particular=75.4
Varones de peso normal de escuela de gobierno=74.2

media=74.8
rango de autoestima normal

Niñas de peso normal de escuela particular=76.8
Niñas de peso normal de escuela de gobierno=75.2

media=76

rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de varones de peso normal, comparados con la autoestima de niñas de peso normal.

H3 Varones y niñas obesos de escuela particular comparados con varones y niñas obesos de escuela de gobierno

Varones obesos de escuela particular=74.6

Niñas obesas de escuela particular=76.4

media=75.5

rango de autoestima normal

Varones obesos de escuela de gobierno=69

Niñas obesas de escuela de gobierno=70.2

media=69.6

rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas obesos de escuela de gobierno.

Aunque ambos grupos se encuentran en el rango de autoestima normal, este es el grupo que presenta una mayor discrepancia a favor de los niños de escuela particular.

H4 Varones y niñas de peso normal de escuela particular comparados con varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

Varones de peso normal de escuela particular=75.4

Niñas de peso normal de escuela particular =76.8

media=76.1

rango de autoestima normal

Varones de peso normal de escuela aparticular=74.2

Varones de peso normal de escuela de gobierno=75.2

media=74.7

rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de varones y niñas con peso normal de escuela particular, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

H5 Varones obesos comparados con varones de peso normal

Varones obesos de escuela particular=74.6

Varones obesos de escuela de gobierno=69

media=71.8

rango de autoestima normal.

Varones de peso normal de escuela particular=75.4

Varones de peso normal de escuela de gobierno=74.2

media=74.8

rango de autoestima normal.

No se encuentra diferencia, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de varones obesos, comparados con la autoestima de varones con peso normal.

H6 Niñas obesas comparadas con niñas de peso normal

Niñas obesas de escuela particular=76.4

Niñas obesas de escuela de gobierno=70.2

media=73.3

rango de autoestima normal

Niñas de peso normal de escuela particular=76.8
Niñas de peso normal de escuela de gobierno=75.2

media=76
rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de niñas obesas, comparadas con la autoestima de niñas de peso normal.

H7 Varones y niñas obesos de escuela particular comparados con varones y niñas de peso normal de escuela particular.

Varones obesos de escuela particular=74.6
Niñas obesas de escuela particular=76.4

media=75.5
rango de autoestima normal

Varones de peso normal de escuela particular=75.4
Niñas de peso normal de escuela particular=76.8

media 76.1
rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela particular.

H8 Varones y niñas obesos de escuela de gobierno comparados con varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

Varones obesos de escuela de gobierno=69

Niñas obesas de escuela de gobierno=70.2

media=69.6

rango de autoestima normal

Varones de peso normal de escuela de gobierno=74.2

Niñas de peso normal de escuela de gobierno=75.2

media=74.7

rango de autoestima normal

No se encuentra diferencia por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación, es decir que, no existe diferencia en la autoestima de varones y niñas obesos, comparados con la autoestima de varones y niñas de peso normal de escuela de gobierno.

5.2 INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

De los 80 niños, se obtuvo que sólo 4 casos presentaron autoestima inferior a lo normal y de estos todos son obesos. Esto es que el 100% de todos los niños que presentaron baja autoestima son obesos, lo que indica que la autoestima es una variable importante, aunque no es la única determinante en la obesidad, ya que no todos los niños con obesidad presentan baja autoestima.

Es importante mencionar que todas las hipótesis se rechazaron, por lo que se obtuvo en este estudio que no hay diferencia en la autoestima de niños obesos y niños con peso normal, presentándose todos los grupos con autoestima en rango normal, quizá debido a que la prueba utilizada para medir la autoestima, es un test a nivel consciente, que no toma en cuenta proyecciones del inconsciente, la prueba sólo valora como se percibe conscientemente el niño.

No hay consciencia de la baja autoestima, ni consciencia que la obesidad es una enfermedad, ya que por el contrario se interpreta como signo de fortaleza, y se aplicó un test a nivel consciente, por lo que probablemente no se detectó la autoestima baja en obesos, ya que como se afirma en el marco teórico, la obesidad es sólo un síntoma que puede encontrarse en diversos trastornos, como pueden ser obsesivo-compulsivos, borderline o en psicosis, en las que la principal característica es que hay una incapacidad del yo para percibir su propia patología.

En la hipótesis 3, que presenta al grupo de autoestima de varones y niñas con obesidad de escuela particular comparados con la autoestima de varones y niñas de escuela de

gobierno se obtuvo que, aunque ambos grupos se encuentran en rango de autoestima normal, es el grupo que presenta una mayor discrepancia a favor de los alumnos de escuela particular que presentan una mayor autoestima por 5.9 puntos más.

Lo que puede deberse tal vez a que como menciona Molero, 1996, que obtuvo en su investigación que los niños de escuela particular presentan una madurez sensiblemente mayor que las escuelas de gobierno.

Bernandint (1974 cit. por Molero, 1996) afirma que "Las escuelas en el suburbio son insuficientes para acoger a todos los niños del barrio, además son incapaces de aportar una continuidad educativa y especialmente de desempeñar una función social y civil decisivas, necesarias en determinados ambientes. Las escuelas particulares generalmente poseen edificios, instalaciones y material didáctico adecuado, lo que puede estar influyendo en la autoestima de los niños que al sentirse con una atención más personalizada, probablemente aumentan su autoestima.

5.3 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las comparaciones sólo se limitaron a niños de peso normal y niños con obesidad, por lo que recomendaría que en estudios posteriores se realizará dicha investigación con niños con desnutrición, bajo peso, de peso normal, con sobrepeso, y con cada uno de los diferentes grados de obesidad, de primero, segundo, tercero y cuarto grado, para poder identificar si la autoestima es baja tanto en niños con bajo peso como en niños con exceso de peso y definir si a mayor desnutrición y a mayor obesidad hay una menor autoestima en los niños y si en los niños de peso normal predomina una autoestima normal.

La muestra se limita sólo a una escuela particular y a una escuela de gobierno ubicadas en la misma colonia y a 80 niños. Por lo que sería conveniente incluir más escuelas de las diferentes zonas de la ciudad y una muestra mayor de niños para poder así obtener datos epidemiológicos representativos de la obesidad en México ya que no se conoce ni siquiera cuantos niños con obesidad hay por escuela ni existen tablas de peso y talla para niños mexicanos, siendo así difícil énfatizar la importancia de la obesidad infantil. Sin datos epidemiológicos que respalden la gravedad de dicho padecimiento es muy difícil que se dirijan programas educativos, dietéticos, médicos y psicoterapéuticos a los niños con este problema.

La investigación no puede generalizarse a adultos por lo que sería importante realizar investigaciones también en ésta edad.

En éste estudio no se descartaron a los niños con obesidad de tipo hormonal por falta de recursos económicos,

aunque teóricamente sólo son un 5% del total de los obesos. Sería importante que un médico endocrinólogo realizara una evaluación de tipo hormonal a todos los niños para descartar trastornos de origen físico y así poder realizar comparaciones en la autoestima en niños con obesidad de tipo hormonal y niños con obesidad de origen psicológico.

El diagnóstico de la obesidad en los niños se realizó con observación directa y con la relación de estatura y peso con la edad (Índice Nutricional), pero no se utilizó la medición del pliegue cutáneo, por lo que se recomendaría que se complementara en la siguiente investigación, ya que el exceso de peso puede no deberse al exceso de grasa (obesidad) sino que también puede deberse a retención de líquidos (edema) o a agrandamiento muscular (hipertrofia muscular) en atletas y deportistas. Sin embargo es importante mencionar que el porcentaje de este tipo de sobrepeso es muy bajo (Cormillot, 1988).

CONCLUSIONES

1.-En este estudio no se reporto diferencia en la autoestima de niños con peso normal y niños con obesidad, ni en ninguno de los subgrupos. Tal vez debido a que la prueba que se utilizó fue una prueba a nivel consciente, y la obesidad es un síntoma que se presenta en patologías mentales como borderline y psicosis, que tienen como característica principal que tienen una incapacidad para percibir su propia patología. Presentan un estado de aparente bienestar, debido a que compensan en forma maniaca, a través del alimento, no teniendo en forma consciente sus carencias afectivas, además de que la acción de sobrealimentarse les es muy placentera, y les sirve como un mecanismo de defensa de negación, para ocultar sus verdaderas necesidades, lo que impide que lleguen a un tratamiento psicológico profundo. Se sugiere que se realice una investigación utilizando como instrumento psicométrico un test proyectivo, que si pueda valorar las áreas inconscientes de la personalidad.

2.-El niño obeso de origen psicológico (95 % de los casos, Hernández, 1995), presentan una grave confusión de alimento-afecto siendo así el comer una necesidad más que física, de tipo psicológica. Se sobrealimentan para satisfacer su hambre de afecto. Debido a que el alimento no es afecto, no logran satisfacerse nunca, por lo que se quedan fijados en esa conducta, con la esperanza de algún día encontrar ese amor que les fue negado, siendo así insaciables, por lo que se presenta la compulsión a comer en forma de adicción, dándoles una sensación ilusoria de aparente bienestar, por lo que no se reporta autoestima baja a nivel consciente en este estudio.

3.-Es común que la obesidad infantil no se considere como un padecimiento debido a que como se mencionó anteriormente, los pacientes y los padres de éstos, no presentan consciencia de enfermedad y por el contrario, tienden a interpretar la obesidad como signo de abundancia, buen nivel social, amor, protección o fortaleza, motivo por el que es muy difícil que lleguen a tratamiento. Por lo que se sugiere la realización de programas educativos para sensibilizar o concientizar a los pacientes y así se pueda realizar prevención y un tratamiento adecuado a los niños que padecen obesidad.

4.-El grupo que mostró una discrepancia mayor en la autoestima fue el grupo que se comparó por tipo de escuela, aunque en ambas se obtuvieron rangos de autoestima normal según el test de Coopersmith, se presentó una mayor autoestima a favor de los niños de escuelas particulares en comparación con la autoestima de niños de escuelas de gobierno. Quizá debido a que los niños de escuelas particulares presentan un nivel de madurez mayor y hay también en forma general, mejores instalaciones y material didáctico más completo, lo que puede hacer que el niño se sienta mejor atendido elevando así su autoestima.

5.-Como mejores alternativas para el tratamiento de la obesidad infantil se sugiere que el niño lleve un tratamiento psicológico que llegue a las capas más profundas del desarrollo, apoyo nutricional y si lo requiere (sólo del 5% al 10% de los casos (Hernández, 1995) tratamiento hormonal. Se sugiere que el tratamiento psicológico sea de tipo psicoanalítico, ya que es el que trata la obesidad desde el origen y trata de resolver los conflictos que provocan en el

niño la compulsión a comer, disminuyendo en forma indirecta el peso y evitando así que vuelvan a recuperarlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, A.; Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños; Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1978.
- Ajuriaguerra, J.; Manual de Psiquiatría Infantil; Masón, Barcelona, España, 1991.
- Amar, A. et. al.; La Psicología Moderna de la A a la Z; Mateu Cromo, S.A., Bilbao, España, 1978.
- Bakwin, H. Morris; Desarrollo Psicológico del niño; Paidós, Argentina, 1987.
- Behrman, R. et. al.; Nelson Tratado de Pediatría; Interamericana, México, 1986.
- Bourges, Héctor; Obesidad; Se hereda o se aprende?; Cuadernos de Nutrición, vol. 15, No.1, 1992: 21,22.
- Bray, G. et. al.; Obesidad: Aspectos Básicos y Aplicaciones Clínicas; Clínicas Médicas de Norteamérica, vol. I, Interamericana, México, 1989.
- Cameron, Norman.; Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad; Trillas, México, 1990.
- Campollo, O.; Bases Fisiopatológicas y Tratamiento de la Obesidad; Porrúa, México, 1995.

- Casas, S.; Perfil de Autoconcepto de Mujeres Obesas; (Tesis)
UNAM, México, 1984.
- Casanueva, E.; Nutriología Médica; Editorial Médica
Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1995.
- Castelnuovo, Pietro; Compulsive Eating: Obesity and Related
Fenomena. Journal of the American Psychoanalytic
Association, vol. 36 no. 1, Madison, ct., 1988:163-165.
- Castro, L.; Diseño Experimental sin Estadística; Trillas.
México, 1987.
- Coggiola, Yolanda.; La Ansiedad expresada por medio de la
Obesidad, en Niños Mexicanos de 8 a 11 de edad; (Tesis)
UNAM, México, 1987.
- Cormillot, A.; El Arte de Adelgazar; Javier Vergara Editor,
Argentina, 1988.
- Deseusa, Miranda, M. G.;.; Diferencia entre los niveles de
adaptación en niños y niñas obesos en comparación con
niños y niñas no obesos; (Tesis)U.F.M. México, 1995.
- Dicaprio, N.; Teorías de la Personalidad; Mc. Graw Hill,
México, 1993.
- Fenichel, O.; Teoría Psicoanalítica de las Neurosis; Paidós.
Buenos Aires, Argentina, 1964.
- Frayle, Brigitte; Descubra el Cáncer sin temor a tiempo;
Instituto Nacional de Nutrición, México, 1991.

- Freud, S.; Tres Ensayos para una Teoría Sexual; Obras Completas; Tomo II, Biblioteca Nueva Madrid, España. 1973.
- Freud, S; Introducción al Narcisismo; Obras Completas; Tomo I, Biblioteca Nueva. Madrid, 1948.
- Gastineau, et. al.; Obesidad: Peligros, Causas y Tratamientos; Clínicas Médicas de Norteamérica, Interamericana, México, 1972.
- Gómez, Guido; Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española. Fondo de Cultura Económica. México, D.F. 1988.
- González, Barranco; ¿Obesidad se hereda o se aprende?; Cuadernos de Nutrición, vol. 15 No. 1, 1992: 18, 27.
- González, Nuñez,; La Autoestima del Hombre Casado Mexicano; Alétheia, IIPCS, No.10 México, 1991.
- González, R.; Alimentación del Deporte; Manual Moderno, México, 1988.
- Grotjahn et. al.; Historia del Psicoanálisis; Tomo 1, Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1968.
- Guyton, Arthur.; Tratado de fisiología Médica; Interamericana. México, 1987.

- Halpern, S.; Manual de Nutrición Clínica; Limusa, México, 1984.
- Hartman, H.; Ensayos sobre la Psicología del Yo; Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
- Haynal, A.; Anorexia and Obesity; De. I.P.C., Boston, 1984.
- Hernández, M.; Alimentación Infantil; Ediciones Martinez Roca, Barcelona, España, 1995.
- Hoffmans, M et. al.; Body mass index al age of 18 and its effects on 32 year mortality from coronary heart disease and cancer; Journal of Clinical Epidemiology, 1989, 42: 513-520.
- Huber, Patricia; Aspectos Psíquicos y Somáticos de la Obesidad; (Tesis) UNAM, México, 1992.
- Illingworth, R.; El niño normal; El manual moderno, México, 1985.
- Isselbacher, et.al.; Harrison Principios de Medicina Interna; Vol. 1, Interamericana, México, 1994.
- Kaufer; Tratamientos para la Obesidad; Cuadernos de Nutrición, vol. 12, no. 6, 1989, 17-32 p.p
- Kerlinger, F.; Investigación del Comportamiento. Técnica y Metodología, Interamericana, México, 1986.

- Kerschner, V; Nutrición y Terapéutica Dietética; Manual Moderno, México, 1983.
- Kirmey, J. y Aostrommen, E.; Psicología del Desarrollo: Edad Escolar, Manual Moderno, México, 1982.
- Kirschenbaum et. al.; Tratamiento de la Obesidad en Niños y Adolescentes, Ediciones Martínez Roca, Barcelona, España, 1989.
- Klein, M; Amor, Odio y Reparación; Emociones Básicas del Hombre, Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1979.
- Kleinman, R.; Manual de Nutrición en Pediatría; Panamericana, Montevideo, Uruguay, 1990.
- Krause, et. al.; Nutrición y Dietoterapia, Interamericana, México, 1995.
- Kuppinen, K y Uvori Y.; Man in the Sauna; Ann Clin Res, No. 18, 1986; 85, 173.
- Lara, P. y De León M.; Actualización en Nutrición y Dietética Ediciones Fundación Cavendes, Venezuela, 1988.
- Laren, M. D. et. al.; La Nutrición y sus Trastorno; Manual Moderno, México, 1993.
- Lebow, M.; Obesidad Infantil; Paidós, Argentina, 1986.

- Lisker, Rubén; Genética y Nutrición en el Ser Humano;
Cuadernos de Nutrición, Vol. 1 No. 1, 1986, 3-5
p.p.
- Maier, H.; Tres Teorías sobre el Desarrollo del Niño,
Ammoroutu Editores, México, 1971.
- Marrize, E.; Modern Nutrition in Health and Disease; De.
Lea, Febiger, 1988.
- Molero, López; Estudio comparativo en el nivel de madurez en
niños de una escuela particular y una oficial. (Tesis)
U.F.M., 1996.
- Mussen, P.; Desarrollo Psicológico del Niño, Trillas México,
1983.
- Padilla, Teresa; El simbolismo del juego en la psicoterapia
psicoanalítica de niños; Alétheia, IIPCS, No. 14, 1995:
11-12.
- Papalia, Diane; Desarrollo Humano; Mc. Graw-Hill
Interamericana, S.A., Bogota, Colombia, 1982.
- Párdinas, F.; Metodología y Técnicas de Investigación en
Ciencias Sociales; Siglo XXI Editores, México, 1977.
- Pérez, J.; Relaciones Familiares y Obesidad. Alétheia,
IIPCS, No. 11. México, 1992.

Pérezbiachelanni, Soraya; Implicaciones emocionales en la obesidad infantil; Alétheia, IIPCS, No. 15, 1996, Pags. 97-102

Piaget, J.; Seis Estudios de Psicología; Seix Barral, S.A. Barcelona, Caracas, 1983.

Pick, S. y López A. Como Investigar en Ciencias Sociales. Trillas. México. 1990.

Rocha, S.; ¿Obesidad se hereda o se aprende?; Cuadernos de Nutrición, Vol. 15 No. 1, 1992: 26,27, p.p.

Scheider, W.; Conceptos Básicos de Nutrición; Mc Graw Hill, México, 1985.

Shaper, A. et. al.; British Regional Heart Study, Cardiovascular risk Factors in middle-age men; British Medical Journal, Julio, 1981, 283: 78-186.

Silverg, W.V.; Childhood experience and personal destiny; Springer, N.Y., 1952

Spitz, R.A.; El primer año de vida del niño; Fondo de Cultura Económica, México, 1965.

Suriguer, F.; La Obesidad; Monografía de la Sociedad Española de Endocrinología. Ediciones Díaz de Santos. Madrid, España. 1994.

Tallaferro, A.; Curso Básico de Psicoanálisis; Paidós, Argentina, 1987.

Urbina, S y Ortega A.; Estres Ambiental Urbano, Revista Mexicana de Psicología. Vol. II, México, 1985.

Vargas, L y Casillas L.; Antropometría: Como detectar el déficit o el exceso de peso con base en la relación altura/peso; Instituto de Investigaciones Antropológicas, Cuadernos de Nutrición, Vol. 16, No. 5, 1993:38, 39.

Verduzco, M. et. al.; Un estudio sobre la autoestima en niños de edad escolar; Rev. Salud Mental, Vol. 12 No.3 1989:50-54.

Verduzco, M.; La autoestima en niños con trastornos por deficit de atención; (Tesis) UNAM, México, 1992.

Wilson, J. y Foster,; Endocrinología; Tomo II, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina, 1989.

ANEXOS
 IVENTARIO DE COOPERSMITH - N

Nombre _____ fecha _____
 Escuela _____ Grado _____
 Fecha de nacimiento _____ Estatura _____ Peso _____

Por favor marca cada oración de la siguiente manera:

Si la oración dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (X) abajo de "sí" en la misma línea.

Si la oración NO dice cómo te sientes, casi siempre, pon una cruz (x) ABAJO DE "NO" en la misma línea.

Ejemplo:

Soy muy trabajador

Si eres muy trabajador marca SI SI NO

Si no eres muy trabajador marca NO SI NO

No hay respuestas ni buenas ni malas.

1.-Me gusta mucho soñar despierto SI NO

2.-Me siento seguro de mí mismo SI NO

3.-Muchas veces me gustaría ser otra persona SI NO

4.-Le caigo bien a la gente. SI NO

5.-Mis padres y yo nos divertimos mucho. SI NO

6.-Soy despreocupado. SI NO

7.-Me cuesta mucho trabajo hablar enfrente de la gente. SI NO

8.-Me gustaría ser más chico. SI NO

9.-Me gustaría poder cambiar muchas cosas de mí.	SI	NO
10.-Puedo escoger fácilmente lo que quiero	SI	NO
11.-Soy simpático.	SI	NO
12.-En casa me enoja fácilmente.	SI	NO
13.-Siempre hago lo que esta bien.	SI	NO
14.-Me gusta como hago el trabajo de la escuela.	SI	NO
15.-Siempre necesito que alguien me diga lo que tengo que hacer.	SI	NO
16.-Me cuesta trabajo acostumbrarme a lo nuevo.	SI	NO
17.-Muchas veces me arrepiento de las cosas que hago.	SI	NO
18.-Casi todos mis compañeros me escogen para jugar.	SI	NO
19.-A mis papas les importa mucho lo que yo siento.	SI	NO
20.-Siempre estoy contento.	SI	NO
21.-Hago mi trabajo lo mejor que puedo.	SI	NO
22.-Me doy fácilmente por vencido.	SI	NO
23.-Generalmente me cuido solo.	SI	NO
24.-Soy muy feliz.	SI	NO
25.-Prefiero jugar con niños más chicos que yo.	SI	NO
26.-Mis padres me piden que haga más de lo que puedo.	SI	NO
27.-Me cae bien toda la gente que conosco.	SI	NO
28.-Me gusta que me pregunten la clase.	SI	NO
29.-Yo entiendo como soy.	SI	NO
30.-Odio como soy.	SI	NO
31.-Mi vida es muy difisil.	SI	NO
32.-Mis compañeros casi siempre hacen lo que les digo.	SI	NO
33.-En mi casa me ignoran .	SI	NO

34.-Me regañan muy poco.	SI	NO
35.-Me gustaría hacer mejor el trabajo de la escuela.	SI	NO
36.-Cuando escojo hacer algo, lo hago.	SI	NO
37.-Me disgusta ser hombre (mujer).	SI	NO
38.-Me choca mi manera de ser.	SI	NO
39.-Me choca estar con otras personas.	SI	NO
40.-Muchas veces me gustaría irme de mi casa.	SI	NO
41.-Pocas veces me da vergüenza.	SI	NO
42.-Me disgusta la escuela.	SI	NO
43.-Muchas veces me avergüenzo de mi mismo.	SI	NO
44.-Soy más feo(fea) que los demás.	SI	NO
45.-Siempre digo lo que quiero.	SI	NO
46.-A los niños les gusta molestarte.	SI	NO
47.-Mis padres me comprenden.	SI	NO
48.-Siempre digo la verdad.	SI	NO
49.-Mi maestro me hace sentir que soy inútil	SI	NO
50.-Me da igual lo que me pase.	SI	NO
51.-Todo lo hago mal.	SI	NO
52.-Me molesta mucho que me regañen.	SI	NO
53.-A los demás los quieren más que a mí.	SI	NO
54.-Mis padres son muy exigentes.	SI	NO
55.-Siempre se que contestarle a la gente.	SI	NO
56.-Me aburre la escuela.	SI	NO
57.-Los problemas me afectan muy poco.	SI	NO
58.-Quedo mal cuando me encargan algo.	SI	NO