



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO CLAVE DE
INCORPORACIÓN 8852-25

**“ PRINCIPALES CAUSAS Y CONSECUENCIAS
PSICOLÓGICAS DE LA OBESIDAD
INFANTIL ”**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
MARÍA EVELIA RIVERA DEL RÍO

DIRIGIDA POR:
DR. JOSE RAMÓN COMAS VIÑAS



ACAPULCO, GUERRERO

2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme la oportunidad de realizar esta investigación y el sueño de mi vida.

A la Universidad Americana de Acapulco por conocer gente muy importante en mi vida, como mis profesores y amigas.

A la directora de la facultad: Adriana Gómez Díaz por facilitar y brindar el mejor de los desarrollos educativos.

Mi más grato agradecimiento a mis profesores Julieta Álvarez y José Ramón Comas, por su asesoría y atenciones realizadas.

A mi hermana por su paciencia durante mis horas de trabajo.

A mis amigas por su apoyo y ayuda brindada.

DEDICATORIA

A mis padres principalmente por su apoyo, cariño y motivación, ya que sin ellos no sería lo que soy.

A mis hermanas por su paciencia aún en las situaciones difíciles.

A mis maestros por su asesoría y participación durante la elaboración de mi tesina.

A mi novio por su comprensión, apoyo, entusiasmo y cariño, a pesar del tiempo y de la distancia que nos separan.

A mis amigas Analine, Yetín y Estefania por su amistad y cariño.

A mi prima Laura por ser una persona dedicada y apasionada.

ÍNDICE

Portada

Agradecimientos

Dedicatoria

Introducción.....1

Capítulo 1. Antecedentes

de la obesidad7

1.1 Conceptos de obesidad7

1.2 Estudios e investigaciones.....9

1.3 Tipos de obesidad.....17

1.4 Principales causas y consecuencias de la
obesidad.....19

Capítulo 2.Causas de la obesidad

infantil.....24

2.1 Factores genéticos.....24

2.2 Factores sociales.....24

2.3 Factores Psicológicos.....25

Capítulo 3. Consecuencias de la obesidad infantil.....29

3.1 Problemas fisiológicos.....30

3.1.1 Problemas Cardiovasculares.....30

3.1.2 Problemas Dermatológicos.....31

3.1.3 Problemas Metabólicos.....32

3.1.4 Problemas Osteoarticulares.....33

3.2 Problemas sociales.....33

3.3 Problemas psicológicos.....35

Capitulo 4. Tratamiento para la obesidad infantil.....37

4.1 Psicoterapia.....38

4.2 Dietas y ejercicio físico.....41

4.3 Fármacos.....42

4.4 Consejos para ayudar a su hijo a superar la obesidad.....44

4.5 Recomendaciones adicionales para niños de diferentes grupos de edad.....45

Conclusiones.....48

Propuesta.....49

Bibliografía.....65

Introducción

En la actualidad, el padecimiento de la OBESIDAD INFANTIL es un verdadero problema, ya que un niño obeso será un adulto obeso, con todos los problemas que la obesidad conlleva, tales como: hipertensión, colesterol elevado y resistencia a la insulina desde la infancia o pubertad y continúan con el riesgo en la etapa adulta. En varones, aumenta el riesgo de aterosclerosis, infartos al miocardio, accidentes vasculares cerebrales, diabetes así como cáncer de colon. Las mujeres en cambio, son proclives de padecer artritis degenerativa, aumento de la presión arterial en el embarazo y predisposición de fracturas de cadera.¹

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad en México han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de

¹ Calzada León, Obesidad en niños y adolescentes, Editores de Textos Mexicanos, México, 2003, pp: 81-83,112.

obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares.

Podemos encontrar cientos de causas de la obesidad infantil como la genética, la publicidad, los malos hábitos alimenticios, falta de cultura, el sedentarismo, etc.

Pero esto no resuelve el problema, la cuestión no es encontrar una causa, sino prevenir esta condición que muchos no saben pero es una enfermedad y en algunos casos se puede tornar grave. El problema de la obesidad infantil se puede evitar con la prevención, ayudando y enseñando a los niños a que mantengan el control de sus cuerpos y ayudar a los padres para que tomen decisiones adecuadas relacionadas con la nutrición y el ejercicio².

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

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa

² Islas, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. México, D.F., pp:94-97.

corporal (IMC = peso en kg /talla en m²). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del centil 85.³

La obesidad infantil aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus.

La obesidad es una amenaza para la vida, es una enfermedad progresiva y crónica de proporciones epidémicas que afecta a todo el mundo.³

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud.

El problema empieza desde la forma y el tipo de alimentación de la madre antes de concebir al niño, continua con la forma y el tipo de alimentación de la madre durante el embarazo, la forma y el tipo de la alimentación de la madre durante la lactancia, la introducción de la alimentación del bebe y así sigue esta cadena.

³ Vela-Amieva M, Gamboa-Cardiel S, Pérez-Andrade M E et al. Epidemiología del hipotiroidismo congénito en México. Salud Pública Mex 2004;46:Pp131-148

El problema de obesidad infantil le provoca al niño inseguridad, baja su autoestima, discriminación escolar, discriminación social, fatiga fácil, probable hipertensión, probablemente hipercolesterolemia, estrías y muchas enfermedades crónicas como: la diabetes.⁴

La gordura no es sinónimo de salud o felicidad. "La popular imagen del gordo feliz", no es más que un mito, porque la mayoría de los niños obesos son intensamente desdichados. No solo tienen que enfrentar a las burlas y rechazos de los otros niños sino que, además, se ven a sí mismos como algo desagradable. Llegan a vivir su gordura como una especie de desgracia, la gordura está motivada por malos hábitos adquiridos poco a poco. Si recibe un chocolate cuando está triste, papas fritas cuando se cae en la plaza y, cuando se aburre, el niño puede llegar a confundir cualquier sensación desagradable con el hambre. Con este aprendizaje erróneo, la ansiedad, el aburrimiento o la depresión, lo llevarán inexorablemente a la cocina, donde encontrará un consuelo inadecuado.

⁴ Toussaint Georgina. Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano; Bol Med Hospital Infantil de México, vol 57 noviembre; 2000; num11:pp658,659

La obesidad en la infancia y en la adolescencia es cada día un motivo de consulta más frecuente. El aumento en la prevalencia de esta enfermedad, que ha sido considerada como una epidemia por la organización mundial de la salud, es preocupante. La obesidad es una enfermedad compleja, cuya etiología está todavía por esclarecer debido a los múltiples factores implicados: ambientales, genéticos, conductuales y de estilo de vida, neuroendocrinos y metabólicos.⁵

El tratamiento de la obesidad es complicado y son pocos los pacientes que acuden regularmente a las consultas de seguimiento. Para realizar un tratamiento adecuado se requiere un equipo multidisciplinar compuesto de pediatras, nutriólogos, enfermeras, psicólogos y psiquiatras. El tratamiento con éxito de la obesidad reside en la disminución de la ingesta calórica en relación con el gasto energético, enseñando a la vez hábitos de alimentación y de estilo de vida apropiados que promuevan a largo plazo el mantenimiento del peso ideal.

Cuando la obesidad se presenta en edades muy tempranas o cuando el tiempo que se ha estado padeciendo es prolongado, el riesgo de presentar eventos cardiovasculares en la edad adulta es muy elevado.

⁵ Casanueva Esther, , Nutriología médica, Fundación Mexicana para la Salud, México, 2001, Ed. Kaufer-Horwitz et al pp:605.

Los médicos aconsejan que para prevenir la obesidad en los niños es bueno que la dieta sea variada y elástica, reduciendo las grasas de la bollería, pastelería y la comida industrial en general. También es fundamental que hagan ejercicio y que aprendan con el ejemplo que deben tener una alimentación sana.

Es importante conocer las diversas causas y consecuencias de la obesidad infantil para evitar daños psicológicos como son: el rechazo social, baja autoestima, problemas familiares, pobre desempeño en actividades deportivas y enfermedades físicas como son: diabetes e hipotiroidismo, que muchas veces pueden ser permanentes por eso es importante conocer los diferentes factores que propician la obesidad y tomar precauciones.

Actualmente existen muchos programas y medidas preventivas para tratar este tipo de enfermedad por eso es importante que la sociedad afectada o familiares de los afectados tengan conocimientos acerca de dichos programas.

La obesidad puede ser un trastorno temporal si se trata a tiempo, es responsabilidad de cada persona eliminar este problema que puede poner en riesgo la vida, es decisión de cada uno elegir morir o llevar una vida saludable.

Por lo tanto, la siguiente investigación tiene la finalidad de fomentar una alternativa para **prevenir** y tratar la obesidad infantil, dando a conocer cuáles son las causas y consecuencias que propician la obesidad infantil y qué medidas preventivas y programas existen para este trastorno.

En el capítulo 1 se explican los antecedentes de la obesidad infantil, su concepto, estudios e investigaciones que se han realizado en diversos países, así como los tipos de obesidad que existen para poder detectarla y saber cuáles son las causas y consecuencias de la obesidad infantil.

En el capítulo 2, se explica de manera más detallada las causas de la obesidad en los niños; En el capítulo 3 que hace mención de las consecuencias que puede provocar el padecimiento de esta enfermedad y así finalmente prevenir y/o tratar dicho padecimiento con los diferentes tratamientos y técnicas que se describen en el capítulo 4.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD INFANTIL

En este capítulo se explican los conceptos que existen de la obesidad infantil, así como los diversos estudios e investigaciones recientes que se han realizado acerca de esta enfermedad para poder dar a conocer la seriedad de este padecimiento, además se mencionan los tipos de obesidad que existen y las principales causas y consecuencias que provoca esta enfermedad.

1.1 Conceptos

La historia natural de la obesidad indica que los padres obesos de niños pequeños deben someterse a consejería para prevenir la obesidad, sin importar el peso del niño.

“La obesidad es una alteración de naturaleza metabólica, caracterizada por un aumento excesivo de la grasa del cuerpo. Un niño se considera obeso cuando su peso es superior al 20% del ideal”.¹

¹ Bray GA. Riesgos de obesidad. Ed. North Am. 2003;32(4):pp78-84

“La obesidad infantil es un proceso metabólico en el que se produce una acumulación de grasa excesiva en relación con el promedio normal para su edad, sexo y talla”.²

“La obesidad aparece porque el aporte de energía (ingresa de alimentos) supera al gasto de energía y el excedente se almacena en el organismo como tejido graso. La ingesta calórica es un acto voluntario sometido a influencias ambientales, socioculturales y genéticas”.³

Sin embargo la obesidad se presenta no sólo en la "forma física " sino también en las actitudes y emociones.

Las actitudes y emociones que se presentan tienen que ver con las ansiedades y depresiones que generalmente llevan a una alimentación compulsiva y excesiva.

² Nelson JK, Maxness KE, Lensen MD, Gastineau CE. Dietética y Nutrición: Manual de la clínica mayo. 7 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1997:pp 33-35

³ Bueno M. Obesidad. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. Barcelona: ed.EXPASX;1994:Pp.19-30.

La obesidad no se detiene comiendo menos o solo haciendo dietas. Requiere un abordaje integral y sistemático que genere verdaderas cambios internos y estructurales.

1.2 Estudios e investigaciones

“Alrededor de una tercera parte de la obesidad adulta inicia en la niñez. Se ha encontrado que ésta se asocia con una obesidad más severa que aquella que aparece en la edad adulta”. Así mismo el adolescente que persiste con su obesidad hasta la edad adulta tiene mayores riesgos de morbilidad.

La severidad de la obesidad y la edad de comienzo determinan si la enfermedad va a continuar durante la vida de adulto. Así mismo mientras más cerca esté el niño de la edad adulta tiene mayor riesgo de que persista dicha obesidad.

La obesidad en los padres aumenta el riesgo de ser un adulto obeso a cualquier edad. En un estudio acerca de la historia natural de dicha enfermedad en niños y adolescentes demostró que si ambos padres padecen la enfermedad el riesgo de ser obeso en la edad adulta es mucho mayor, sin importar el peso del niño. A medida que avanza la edad del niño, “el efecto del peso de los padres va disminuyendo, así

como el efecto de la obesidad presente en el niño y su persistencia aumenta el riesgo de obesidad”.⁴

Diversos estudios señalan que México se encuentra en transición epidemiológica -proceso en el cual se observa un descenso dramático de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y un aumento modesto en la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas.⁵

El país ha experimentado un descenso en sus tasas de fecundidad a partir de la década de los setenta, así como una reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas, y un aumento relativo en enfermedades crónicas a partir de los años cincuenta. Asimismo, cabe considerar los factores que intervienen en este proceso: por un lado, el desarrollo socioeconómico no es homogéneo en todas las regiones del país.

“De acuerdo con el índice de marginación elaborado por el Consejo Nacional de Población, los estados del sur y el centro de la República Mexicana tienen niveles más altos de marginación que los estados del norte y el Distrito Federal”.⁶

⁴ Blasi, Alfred, “Obesidad Infantil”, www.tusalud.com México, D.F., 2006

⁵ Rodler I, Zajkas G. Nutrición saludable y la prevención del cáncer. Ed. Orv Hetil. 2003; 144(9):pp.413-417

⁶ Brajinsky J. Actualización en obesidad y diabetes, Ed. Tucuman, 2001; pp.15-22

Por el otro lado, diversas regiones de México se encuentran en distintas etapas del proceso de transición epidemiológica. Este fenómeno, conocido como polarización epidemiológica, refleja grandes disparidades en las condiciones de salud de distintos grupos sociales en el país.

En México, en general, se ha prestado mayor atención a los problemas de desnutrición que a los de mala nutrición por exceso. Sin embargo, los cambios que el país ha experimentado y el proceso de transición epidemiológica por el cual atraviesa, indican que la malnutrición por exceso también puede constituir un problema de salud pública importante. La creciente urbanización y el desarrollo económico producen cambios en las condiciones y en los estilos de vida. Estos cambios pueden generar modificaciones en la dieta y en los patrones de actividad física de la población, lo que puede aumentar el riesgo de obesidad.

“Información procedente tanto de países desarrollados como en desarrollo, indica que el riesgo de sufrir obesidad no es homogéneo entre los distintos estratos socioeconómicos y educativos de la población. En los Estados Unidos, hasta antes de 1980, la prevalencia de obesidad en niños era mayor entre estratos socioeconómicos altos”. Sin embargo, recientemente se ha detectado un aumento en la prevalencia en preescolares de bajos ingresos. Del mismo modo, se

han encontrado prevalencias más altas entre niños de bajos ingresos, hispanos o indios americanos, en comparación con las de otros grupos étnicos. La obesidad entre adultos en los Estados Unidos es más frecuente entre personas de bajos recursos económicos y entre la población afroamericana y México norteamericana.⁷

La obesidad infantil es el problema más grande de salud que tenemos en México, ya que tiene la prevalencia de estar en el 30 por ciento en los adolescentes y en los niños que asisten a la primaria en edad escolar tiene la prevalencia del 25 por ciento de la población y no sólo está en aumento, sino quienes lo tienen no se están curando, y lo que es peor el problema se está agravando.

Eso coloca a México como el segundo país del mundo en incidencia del problema, pero primero en velocidad de crecimiento. Existen estudios que demuestran que si un niño trata su obesidad a los 5 años de edad, su riesgo de permanecer obeso el resto de su vida es del 20 por ciento; pero si la enfermedad se trata después de la adolescencia el riesgo aumenta hasta el 80 por ciento. (García, 2008)⁸

⁷ Emery EM, Schmid TL, Kahn HS, Filozof PP. A review of the association between abdominal fat distribution, health outcome measures, and modifiable risk factors. *Am J health promot.* 1993 May-Jun;7 (5):pp.342-353

⁸ Francisco Gonzalez García, Causa Obesidad muerte en niños, 2008 22-May , Segob

Los siguientes estudios recientes, que se mencionan en los siguientes párrafos de epidemiología de la obesidad en México, demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, “hasta alcanzar cifras de 10% a 20% en la infancia, 30% a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos”.⁹

“Según reconoce el Plan Nacional de Salud (UNICEF) 2008 La cantidad de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años en México ha subido a 4.1 millones de escolares. El 40% de los niños de edad preescolar padecen obesidad infantil”.¹⁰

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

La Prevalencia nacional de obesidad en niños 5 a 11 años es de: 5.3%(1999) ,9.4%(2006) y 77.0%(incremento de 1999 a 2006).

⁹ Dr, Ivor Toledo, Boletín de Práctica Médica (SSA) Noviembre 2006

¹⁰ Éctor Jaime Ramírez Barba Otras voces: **Obesidad infantil y ambiente escolar** Martes, 26 de Febrero de 2008

La Prevalencia nacional de obesidad en niñas de 5 a 11 años es de 5.9%(1999) 8.7%(2006) y 47.0%(incremento de 1999 a 2006) La Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años es de: 18.6%(1999) 26.0% (2006) y 39.7%(incremento de 1999 a 2006)".¹¹

“La obesidad infantil es un creciente problema de salud en los países occidentales. En un estudio realizado en los EE.UU. entre los años 1973 y 1994 se ha demostrado un aumento progresivo de la obesidad entre los 5 y 14 años, en un porcentaje que ha pasado de un 15% de obesos en 1973 a más de un 30% en 1994”.

En España, un reciente estudio sitúa la prevalencia de la obesidad entre escolares del norte de España en un 7 por ciento.

A corto plazo sus consecuencias más frecuentes son alteraciones psicosociales: incluso en edades tempranas el niño obeso es descrito despectivamente por sus compañeros, tiene problemas de aislamiento y relación y menores expectativas académicas. Mención

¹¹ Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006

especial merece la repercusión psicológica de la obesidad, e incluso de un mínimo sobrepeso, sobre los adolescentes como coadyuvante de importantes problemas de alimentación como la bulimia-anorexia nerviosa.

En Chile casi el 30 por ciento de los niños en edad escolar son obesos. Un niño obeso tiene 10 veces más probabilidades de ser un adulto obeso.

Las investigaciones actuales acusan que la gente con sobrepeso no es precisamente la más bella de acuerdo a lo que establece la sociedad, y por lo mismo, no es la más saludable, y que los kilos de más son desfavorables para vivir bien.

La obesidad alcanza al 20 % de la población infantil del país, lo que fue considerado como una epidemia por el ministro de Salud de Chile, Ginés González García. “Este mal en la población infantil alcanza niveles endémicos e implica un alto costo para el sistema sanitario. Esto se debe a que está asociada con otros problemas: la hipertensión, la diabetes y los accidentes cardiovasculares”, advirtió en Salta el funcionario nacional, durante la reunión del Consejo Federal de Salud (Cofesa)

Según los datos de la encuesta nacional de nutrición _que

difundieron en el encuentro del Cofesa_, los índices más preocupantes de obesidad infantil se registran en la provincia de Buenos Aires y en la Patagonia.

“En Tucumán, tanto la obesidad como la desnutrición afecta del 15 al 20% de los niños más pobres e, incluso, a los de la clase media baja, porque comen mal”, indicó a LA GACETA el presidente de la Sociedad de Obesidad de Tucumán y jefe del Departamento de Nutrición del Hospital de Niños, Víctor Gallo. Añadió que la obesidad infantil es pandémica; que afecta a todo el mundo, y que, en Europa, cerca del 30% de los menores padece obesidad.

La encuesta nacional también mostró que uno de cada 100 menores de cinco años sufre de carencias alimentarias agudas, lo que fue calificado por González García como moralmente inaceptable. “Además, destacó la política que está desarrollando su cartera para combatir la desnutrición infantil.”.

Una reciente investigación sobre la obesidad infantil, realizada en la Universidad de Glasgow y publicada en British Medical Journal, revela algunos factores que ya sospechaban los expertos, y que ahora quedan corroborados. “Participaron 8.234 niños de 7 años, realizándose un estudio adicional más profundo en otros 909 niños, que incluía a los padres. En el grupo mayor se encontraron cuatro factores que podían asociarse al riesgo de obesidad a los siete años: peso alto al nacer, obesidad de los padres, ver mucho la televisión (más de ocho horas a la

semana, a los tres años de edad), y dormir poco (menos de 10,5 horas al día, a la misma edad). En el estudio adicional se encontraron otros cuatro factores: tamaño corporal en los primeros meses de vida, aumento rápido de peso durante el primer año, mayor crecimiento hasta los dos años y desarrollo temprano de grasa corporal (en los años preescolares, es decir, antes que los otros niños)”¹²

Si bien el estudio es interesante, los propios investigadores advierten que el mecanismo de actuación de estas variables para aumentar el riesgo de obesidad es complejo. Por ejemplo, la obesidad de los padres puede favorecer la de los hijos, pero habría que estudiar en qué medida es por vía genética o ambiental (como costumbres o preferencias alimenticias que se inculcan a los hijos, o adquieren éstos al verlas en sus padres)

De la misma forma, dormir poco puede afectar a la secreción de la hormona del crecimiento, o bien aumentar las horas durante las que el niño puede comer más. O quizá ocurre que los niños que más se mueven están más cansados y duermen más. Y ver la televisión puede ser una buena medida del sedentarismo del niño, pero también puede

¹² Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM: Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999–2004. Ed.JAMA 2006; 295:Ed.1549–1555

hacerle "picar" más mientras la ve, tomando más calorías y adquiriendo malos hábitos alimenticios.¹³

1.3 Tipos de obesidad

Según la distribución del tejido adiposo, se distinguen dos tipos de obesidad con diferente pronóstico, respecto a las complicaciones clínicas a largo plazo.

a) Estas variantes son, por un lado, la distribución androide o central: el tejido adiposo se localiza en la mitad superior del cuerpo, sobre todo en la región abdominal.

- La forma androide es más frecuente en los hombres.
- El depósito de grasa sobre todo visceral se asocia con mayor riesgo cardiovascular (hipertensión) y alteraciones metabólicas (dislipidemias, además de intolerancia a la glucosa y diabetes tipo 2)

b) En la distribución glúteo-femoral, la grasa se acumula en la mitad inferior del cuerpo, correspondiente aquella región.

- Este depósito en caderas y glúteos predomina en las mujeres.

¹³ Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E, Intervenciones para tratar la obesidad infantil.. ed Oxford 2002 Pp.424-430.

□ Las complicaciones más frecuentes de la acumulación en caderas y glúteos son las alteraciones de la movilidad por artrosis de columna, de rodillas y problemas venosos (várices y úlceras varicosas)

Ambos tipos de depósito pueden presentarse en ambos sexos y existen también formas combinadas.

1. Obesidad hipercelular: En este tipo de obesidad el número de células grasas puede triplicarse o quintuplicarse. El número de adipositos aumenta más rápidamente al final de la infancia y durante la pubertad e incluso durante la vida adulta. Este tipo suele empezar en la infancia.

2. Obesidad hipertrófica: En ésta hay crecimiento de las células grasas por depósitos de lípidos. Se inicia durante la vida adulta. A menudo este tipo de obesidad coexiste con trastornos metabólicos como intolerancia a la glucosa, hiperlipidemia, hipertensión arterial y coronariopatía.

3. Obesidad mixta: En este tipo de obesidad existe crecimiento y aumento del número de células grasas.

4. Obesidad neuroendocrina: Es poco frecuente.

5. Obesidad hipotalámica: “Rara, por afección del hipotálamo ventromedial por un traumatismo craneal, un tumor (el craneofaringioma es el más común asociado a obesidad) o una enfermedad inflamatoria. Se acompañará de hipertensión intracraneal (cefaleas, alteraciones de la visión y papiledema), otras manifestaciones endocrinas (amenorrea, impotencia, diabetes insípida e insuficiencia tiroidea o suprarrenal) y de síntomas neurológicos o fisiológicos, como convulsiones, coma, somnolencia y alteraciones de la regulación de la temperatura corporal”.

6. Obesidad hipofisaria: “por déficit de hormona de crecimiento (GH) se asocia a un incremento de la grasa corporal, o exceso de producción de ACTH que determina un aumento excesivo de la producción suprarrenal de cortisol y se asocia a un incremento de peso”.

7. Obesidad suprarrenal: como en el síndrome de Cushing, que es una de las enfermedades endocrinas asociadas con mayor frecuencia a la obesidad.

8. Hipotiroidismo grave: Puede acompañarse de un incremento de peso, sobre todo a causa de edemas, que se reducen con el tratamiento hormonal sustitutivo.

9. Síndrome de ovarios poliquísticos. A menudo coexisten aunque su relación no está clara. Se caracteriza por trastornos menstruales o amenorrea, hirsutismo y obesidad que se desarrolla normalmente en mujeres jóvenes después de la menarquía. Puede ser causa de infertilidad.¹⁴

1.4 Principales causas y consecuencias de la obesidad infantil

Causas:

Sedentarismo y malos hábitos alimentarios causan principalmente sobrepeso y obesidad, razones de ser de una serie de

¹⁴ Salvador Rodríguez, Javier y Mutis, Alvaro Obesidad: Salud para todos, [4ta.ed](#), Royce, Madrid 2004, pp.52-58

trastornos metabólicos y psicológicos que afectan la calidad de vida de los niños.

Esta problemática se debe principalmente al desequilibrio entre la nutrición y la actividad física. La modernidad trae consigo que los niños se diviertan cada vez más de forma sedentaria. La televisión, la computadora, los videos juegos. Las nuevas comodidades han disminuido considerablemente la actividad física ya sea en juegos al aire libre, excursiones deportes etc. Sin mencionar las pocas horas destinada en los colegios a la educación física, todos estos factores sumados a una dieta de mala calidad (comida chatarra, dulces) se transforma en obesidad temprana.

La causa es la conversión del exceso de alimento ingeridos en grasas que quedan almacenadas en el organismo.

Las causas de la obesidad son complicadas e incluyen factores genéticos, biológicos, del comportamiento y culturales. “Básicamente, la obesidad ocurre cuando una persona come más calorías que las que el cuerpo quema. Si un padre es obeso, hay un 50 por ciento de probabilidad de que los niños sean también obesos. Sin embargo, cuando ambos padres son obesos, los niños tienen un 80 por ciento de probabilidad de ser obesos. Aunque algunos desórdenes médicos pueden causar la obesidad, menos del 1 por ciento de todos los casos

de obesidad son causados por problemas físicos". La obesidad en los niños y adolescentes puede estar relacionada con:

- hábitos de comer pobres
- sobrecomer o perder la capacidad para parar de comer.
- Falta de ejercicio (ej: los niños que se pasan acostados en el sofá)
- historial de obesidad en la familia
- enfermedades médicas (problemas endocrinológicos o neurológicos)
- medicamentos (esteroides y algunos medicamentos psiquiátricos)
- cambios en la vida que les causan mucho estrés (separaciones, divorcio, mudanzas, muertes, abuso)
- problemas familiares o de los pares
- baja autoestima
- depresión u otros problemas emocionales.

Entre los factores que intervienen en una obesidad infantil se encuentran:

- La conducta alimentaria
- Consumo de energía
- Factores hereditarios
- Factores hormonales
- Factores psicosociales y ambientales

“Un niño se considera obeso cuando su peso sobrepasa al 20% de su peso ideal”.¹⁵

“Los niños que comienzan con una obesidad entre los 6 meses y siete años de vida el porcentaje de los que seguirán siendo obesos en la edad adulta es de 40% mientras para los que comenzaron entre los 10 y 13 años las probabilidades son 70%, porque las células que almacenan grasa (adipositos) se multiplican en esta etapa de la vida por lo cual aumenta la posibilidad del niño de ser obeso cuando adulto”.

¹⁵ Gutierrez- Fisac JL, Regidor E, Tendencias de la obesidad y factores determinantes, Ed.Saude . 2003; Pp19-23

Las consecuencias inmediatas de la obesidad infantil:

Problemas familiares:

- Baja autoestima.
- Rechazo por la actividad física.
- Discriminación y rechazo por parte de sus compañeros.

Consecuencias posteriores:

- Obesidad crónica
- Problemas de tipo coronarios
- Hipotiroidismo
- Hipertensión
- Problemas óseos

16

Con toda esta información, acerca de este padecimiento de la obesidad infantil, no es suficiente con saber sus conceptos o sus diversas investigaciones, sino que además, es importante conocer con mayor profundidad cuáles son las causas que originan esta terrible enfermedad. Es necesario entonces conocer con más detalle las causas de la obesidad infantil.

¹⁶Chinchilla moreno, Alfonso, obesidad y psiquiatría., Ed. Masson 2005 p.p 44-53

CAPÍTULO 2.

CAUSAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

En este capítulo se menciona más detalladamente las causas de la obesidad infantil, esto es, dando a conocer los diferentes factores genéticos, sociales y psicológicos de dicha enfermedad.

2.1 Factores genéticos

“Se ha demostrado una cierta relación familiar. El riesgo de llegar a ser obeso cuando los miembros de la familia son obesos es del 27.5% para el varón y del 21.2% para la mujer. Habiéndose identificado el gen que codifica la obesidad en el cromosoma 6, denominado gen ob”.

Factores Hormonales. “Donde intervienen hormonas tales como: Insulina (suele encontrarse elevada), Hormona del crecimiento (puede encontrarse disminuida), leptina (puede estar disminuida), hormonas esteroideas y las hormonas tiroideas”.

2.2 Factores sociales

El comer en exceso puede representar una dinámica familiar alterada. Los padres tienden a sobrealimentar a sus hijos como una

forma de disipar sus culpas, como expresión de sus propias necesidades no satisfechas o como manifestación deformada de cariño. Las madres obesas tienden a servir raciones mayores que las madres no obesas y a esto se une la regla común de que el niño debe acabarse forzosamente todo lo que se sirva en el plato. La obesidad y la hipoactividad pueden surgir de estrés o duelo por ruptura de la unidad familiar, presiones o fracasos escolares o laborales.

2.3 Factores psicológicos

Aprendizaje por imitación y de reforzamiento: los padres no sólo suministran los genes que predisponen a la obesidad, sino también influyen modelando actitudes y comportamientos relativos a la alimentación. En consecuencia, el niño que crece en este tipo de ambiente familiar puede aprender, mediante observación, a comer en exceso o a utilizar el alimento como un medio para afrontar su activación emocional. La aprobación social que un niño recibe por la cantidad de alimento consumido variará en función de los criterios establecidos por los padres referentes a la cantidad de alimento que el niño debería ingerir durante las comidas y entre ellas. El niño que consume toda la comida que se le suministra puede recibir una gran cantidad de reforzamiento social por parte de sus padres y de otras personas. Mientras el no hacerlo así puede dar lugar a la supresión de reforzamiento positivo o incluso castigo.

En ocasiones el alimento puede funcionar como un instrumento de presión social, el sujeto manipula y es manipulado mediante el alimento. Son los niños en quienes desde pequeños la comida se utiliza para premiar, calmar, amenazar o controlar su conducta.

Teorías Psicodinámicas: la teoría psicoanalítica ha conceptualizado la obesidad como una fijación en la fase oral del desarrollo, o como una regresión a la misma. “Bruch utiliza el término obesidad del desarrollo para referirse a un estado asociado con alteraciones emocionales y de personalidad graves, La etiología de este trastorno se consideró debida a una alteración fundamental de la relación madre- niño producida por los problemas emocionales severos experimentados por la madre. Luego define la obesidad reactiva como un tipo de obesidad menos importante producido por factores ambientales estresantes”. Por otro lado, diversos autores realizaron investigaciones y llegaron a la conclusión de que los adolescentes obesos se caracterizaban por tener una baja autoestima, estar deprimidos y tener una pobre autoimagen.¹

Hallazgos sobre imagen corporal: la imagen corporal puede definirse como la percepción y evaluación del propio cuerpo. “En estudios realizados, el grupo de adolescentes obesos expresó una mayor insatisfacción concerniente a sus características físicas,

¹Jose Cueli, Teorías de la personalidad. 4ta. ed, trillas, pp, 218-222

mostrándose intensamente a disgusto con sus cuerpos, sin embargo no se puede concluir que exista un mayor grado de alteraciones psicológicas en todas las personas obesas de comienzo juvenil". Una persona cuya obesidad se iniciara en la vida adulta puede haber desarrollado una imagen corporal más positiva durante el período formativo adolescente, de modo que no resulte tan afectada por un aumento de peso durante la etapa adulta de su vida.²

“En la teoría cognitiva, Synnott A, considera que los cuerpos han sido diferentes siempre, no solo físicamente sino socialmente, señala que el cuerpo puede ser amado u odiado, bello u horrible, sagrado o profano. Las ideas sobre lo que es, lo que significa, su valor moral, el valor sobre sus partes constitutivas, sus límites, su utilidad social y valor simbólico, como se define, física y socialmente varían ampliamente de cultura a cultura, y han cambiado dramáticamente en el tiempo". La palabra cuerpo puede significar diferentes realidades o diferentes percepciones de realidad. A través de la historia se han propuesto distintas formas de explicar el cuerpo, algunas de las cuáles aún parecen dar explicación a costumbres relacionadas con la alimentación y a casos asociados con alteraciones en la conducta alimentaria”.³

²Basilio Moreno Esteban OBESOS: LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI, ed.Díaz de Santos, 2000,pp37-42

³ Synnott A. Tomb, temple, machine and self: the social construction of the body. BJS, 1992; 43(1):79-110.

Hoy en día, los gimnasios, los parques y distintos lugares dedicados a la cultura del cuerpo (salas de masajes, centros de cirugía plástica), se encuentran llenos de personas, tanto hombres como mujeres, en constante lucha y competencia por desarrollar un cuerpo perfecto. Tal vez, la distinción con la época griega es que actualmente el cuerpo no se goza, se sufre. Una característica de algunos pacientes con obesidad, es la percepción del cuerpo como impuro; permiten que su peso se incremente a tal grado que pierden la forma del cuerpo femenino, con lo que se protegen de distintas amenazas.

Tras la primera Guerra Mundial principalmente en Estados Unidos, se empezó a institucionalizar el cuerpo bello.

De tal forma, el sujeto, ha recibido y recibe señales ambivalentes: el cuerpo es malo y es bueno, hay que castigarlo y hay que cuidarlo, es enemigo y es aliado, es hermoso y es horrible, hay que gozarlo y hay que incapacitarlo.

Las personas con sobrepeso u obesidad se refieren a los alimentos no solamente como sabrosos, sino como algo que no pueden dejar, como una protección, un proveedor de bienestar emocional, un castigo, una fuente de culpa⁴.

⁴ Idem.

En la obesidad infantil intervienen diversos factores que ya se mencionaron anteriormente y que son importantes para entender la aparición de esta enfermedad, pero es también importante conocer las consecuencias que provoca esta enfermedad, ya que pueden aparecer enfermedades irreversibles en algunos casos, y problemas sociales y psicológicos severos que impiden el desarrollo sano y normal de los infantes que padecen obesidad.

CAPÍTULO 3.

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD INFANTIL

En el presente capítulo, se aborda con mayor amplitud las consecuencias de la obesidad infantil, explicando los problemas fisiológicos que incluyen los tipos cardiovasculares, dermatológicos, metabólicos y osteoarticulares, igualmente se explican los problemas sociales y psicológicos que pueden aparecer por la presencia de esta enfermedad.

Queda demostrado que en la mayoría de los casos de OBESIDAD, encontraremos un origen multifactorial y esto nos lleva de la mano a que siendo el origen multifactorial, el tratamiento es la mayoría de las veces más complicado de lo que uno creería.

La OBESIDAD, no es un problema social y cosmético, sino una enfermedad que a su vez es un factor de alto riesgo para otras enfermedades.

“La severidad de estas secuelas estará dada por el grado de OBESIDAD que tenga la persona, entre más alto sea su ÍNDICE DE

MASA CORPORAL, mayor será el riesgo y la severidad de las secuelas”.¹

En las siguientes líneas se presentan estas secuelas:

3.1 Problemas fisiológicos

3.1.1 Cardiovasculares

Existe una relación muy estrecha entre la hipertensión arterial y la obesidad, siendo esta uno de los factores más importantes para el desarrollo de la hipertensión arterial.

“La insuficiencia cardiaca se presenta cuando el corazón es insuficiente para poder llevar por todo el organismo a la sangre, teniendo que hacer un gran esfuerzo contra la resistencia que le ofrece un cuerpo con obesidad.

La arterosclerosis es el endurecimiento de las arterias, que junto con la obesidad y el exceso de grasa circulante en la sangre, ocluye

¹ F, Escobar Jimenez, M. Fernandez Soto. prevalencia de la obesidad. Ed. Diaz de Santos 2003;22(2):137-43.

mas rápidamente y de manera más importante todas las arterias coronarias, que son las que irrigan al corazón.

La obesidad provoca que las venas, especialmente de los miembros inferiores tengan que hacer un gran esfuerzo para llevar la sangre de la periferia al corazón y cada vez se van haciendo más insuficientes presentándose la insuficiencia venosa que se manifiesta con las várices ya que cada vez se van debilitando mas y más las paredes de las venas”.

3.1.2 Dermatológicos

“En la obesidad, la acumulación de grasa se da en el tejido subcutáneo en donde se va depositando. La piel esta compuesta por elastina lo que le proporciona a esta una cierta capacidad para su elasticidad y dar cabida a este exceso de grasa, pero llega a cierto limite y entonces este tejido se rompe y aparecen las estrías, que según el grado de obesidad y la genética de cada individuo, será de diferente distribución y de diferente intensidad.

Igualmente al romperse la piel se va pigmentando en esas zonas, ya que la melanina lo utiliza como un medio de defensa al rompimiento de la piel.

Durante el proceso de la obesidad, también se dan cambios en el sistema endocrino, tanto en las glándulas centrales como en las glándulas sudoríparas y sebáceas en la piel, dando como resultado crecimiento de mayor vello en diversas regiones del cuerpo y esto se conoce como hirsutismo. Igualmente aumenta la sudoración y debido a la obesidad se presentan en las zonas de roce los furúnculos y en las zonas de pliegues empiezan a aparecer infecciones por hongos”.²

3.1.3 Metabólicos

Una de las enfermedades más serias y que tienen mayor impacto en la salud y la calidad de vida de las personas es la diabetes mellitus ,”niveles de glucosa (azúcar) circulantes altos en la sangre, y dicha enfermedad a veces es detectada cuando ya aparecen los síntomas como son poliuria nocturna (orinar mucho durante la noche), polidipsia (tomar mucho agua), polifagia (comer mucho) y pérdida de peso. Generalmente la aparición de estos síntomas se presenta entre 8 y 10 años después de tener los niveles de glucosa circulantes en la sangre por arriba de los niveles normales”.

La obesidad provoca que se presente una resistencia a la insulina, provocando un aumento de producción de insulina para

²Nelson JK, et. Al. Op. cit..

compensar el exceso de glucosa circulante en sangre y dicha producción al ser insuficiente provoca el deterioro de las células beta del páncreas que son las productoras de insulina.

“También es importante saber que la obesidad con un alto índice de masa corporal, como una proporción cintura cadera por arriba de 0.80, así como el sedentarismo predisponen a la presentación de la diabetes”.³

3.1.4 Osteoarticulares

Debido al sobrepeso por la obesidad, cada vez es mayor la dificultad para la movilización, es más difícil desplazarse de un lado a otro, subir y bajar escaleras. Los músculos que se encargan de sostener y movilizar nuestro cuerpo que son conocidos como músculos esqueléticos se van debilitando y su volumen va disminuyendo presentando hipotrofia muscular.

El mismo problema de sobrepeso causado por la obesidad va desgastando las articulaciones y disminuyendo su movilidad y por lo mismo disminuye la circulación del líquido sinovial y disminuye el aporte nutritivo de estas causando una artritis tanto de los miembros inferiores

³ . Erbas T. Metabolic syndrome. Acta Diabetol. 2003;40 Suppl 2:S401-4.

y de la columna vertebral, pudiendo presentar fácilmente una hernia de disco intervertebral.⁴

3.2 Problemas sociales

De las secuelas más importantes definitivamente son las que tienen implicaciones sociales, ya que en la sociedad actual la persona con obesidad no es aceptada y más aun si es mujer.

“En el ámbito laboral, los patrones generalmente no desean tener gente con obesidad, sobre todo al nivel de trabajo de oficina, recepción, ventas, etc., ya que dicen que la primera imagen que percibe el cliente es la que se percibe de la empresa, a veces ni tan siquiera les interesan los conocimientos y las virtudes de sus empleados sino la apariencia física de los mismos.

Ni que hablar de lo que sucede a escala escolar, ya que como sabemos los niños no se callan nada y siempre el agredido es el que presenta obesidad, no se le permite que juegue con los demás y siempre es objeto de burlas y segregación, provocando en los niños,

⁴ Arluk SL, Branch JD, Swain DP, Dowling. la relación de la obesidad infantil y el tiempo gastado con la conducta sedentaria. Medicina Militar 2003Ed. EAL pp. 583-586

grandes complejos que requerirán tarde o temprano de ayuda profesional para resolver toda la problemática señalada en los párrafos anteriores.

Y todo esto los lleva al aislamiento, a separarse de la gente, a encerrarse en las cuatro paredes y para reconfortarse de todas estas situaciones recurren a la comida y lo que esto va haciendo es hacer más grave este problema”.⁵

Otras limitaciones que se encuentran los obesos son las sillas en las salas de espera, cines, camiones, aviones, etc. los excusados, escaleras y rampas, que han sido diseñadas para personas con peso normal y no para obesos, causándoles molestias, incapacidades, y limitaciones.

3.3 Problemas psicológicos

Uno de los factores que son más importantes y que además retroalimentan el problema de la obesidad, es la pérdida de la autoestima, que cada vez va siendo mas y más intensa y como consecuencia se desencadena un cuadro de depresión y aislamiento que en la mayoría de los casos es causado por el rechazo social y esto provoca una disminución severa de autoestima que a su vez conlleva a una profunda depresión, algunas personas tratan de compensar dicha

⁵ Bueno M. et. Al. Op.cit.

situación usando a la comida como un aliciente para su problema y eso consecuente mas este problema creando un circulo vicioso.⁶

Los trastornos psicopatológicos también se hacen presentes debido al problema de la obesidad, tales como trastornos de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastornos de ánimo y somáticos. “Estudios recientes afirman que los niños con problemas de obesidad crónica tienden a presentar el trastorno de desorden desafiante de oposición y el trastorno de ansiedad por separación”.⁷

Ahora podemos confirmar que las consecuencias que acarrea la obesidad infantil son más severas de lo que se estiman, y como ya hemos mencionado anteriormente todo esto repercute seriamente en el sano desarrollo de los niños que lo padecen, tanto en el aspecto físico, social y sobre todo psicológico. Es importante, que los padres de familia realicen el primer paso para evitar o frenar esta enfermedad, y esto es con el reconocimiento de dicha enfermedad, para así continuar con las diferentes opciones de tratamiento para los diferentes casos que lo requieran.

⁶ Martínez CA. sobre peso y obesidad en niños y adolescentes de ciudades corrientes o normales relacionados con los riesgos de factores cardiovasculares. Medicina Buenos Aires 2001;61(3):308-14

⁷ Mustillo, S. Worthman, Angold, A , Costello Ej; Obesity and Psychiatric Disorder :developmental trajectories, Paediatrics, 2003;111: 851-859.

CAPÍTULO 4.

TRATAMIENTO PARA LA OBESIDAD INFANTIL

En este último capítulo se expone el tratamiento de la obesidad infantil, que incluye la psicoterapia, dietas y ejercicio físico, se explica también la existencia de los fármacos, y algunos consejos recomendaciones para ayudar a superar la obesidad infantil en diferentes edades.

Partiendo de la base de que muchos obesos adultos inician su enfermedad en la infancia-adolescencia, los grandes esfuerzos dedicados a la prevención deben centrarse en esta etapa.

En general, se considera obesidad infantil la que se inicia a partir de los 3 años de edad, ya que los excesos de peso antes de esta edad no se consideran un factor de riesgo para la obesidad en el adulto.

Todavía hay muchos interrogantes por resolver. No existe un tratamiento único para la obesidad; este dato es un reflejo de la dificultad que entraña la resolución del cuadro. Se sabe que no todas las personas responden de igual forma a un tratamiento y, aún más, que un paciente también puede responder de forma distinta a un mismo

tratamiento realizado en distintos tiempos. Cualquier actuación terapéutica tiene que ser multidisciplinaria. El objetivo que se persigue es mejorar la salud del paciente reduciendo los riesgos secundarios. Muchas veces el objetivo será corregir las alteraciones metabólicas, aunque la reducción de peso no sea moderada y oscile entre un 5 y un 10%.¹

El planteamiento del tratamiento del obeso infantil difiere notablemente del que se realiza en el adulto. En primer lugar, es muy importante que los padres entiendan que la base del tratamiento es conseguir que la familia cambie los hábitos alimentarios. No se puede pretender que dentro del núcleo familiar sólo el niño cambie de hábitos mientras el resto de la familia continúa con los antiguos. Los hijos tienden a identificarse con sus padres, lo que les lleva a imitar el comportamiento de sus progenitores; por consiguiente, en el futuro los hijos reproducirán los hábitos de sus padres y no aquellos que los padres han intentado inculcarles. Esto conlleva que es importante que toda la familia siga una alimentación lo más equilibrada posible, de cara a evitar el exceso de peso de los niños.

4.1 Psicoterapia

El soporte psicológico es básico en el tratamiento de la obesidad; someterse a una dieta baja en calorías supone prescindir de muchos

¹ Ardern CI, Katzmarzyk PT. Programa Nacional de Educación para el colesterol del Adulto : implicaciones for Canada. Can J Cardiol. 2003; AEL 19(10):1171-7.

hábitos de forma rápida. Las visitas, al principio, deben efectuarse con una frecuencia de aproximadamente 15 días, para posteriormente ir espaciándolas en función de la evolución clínica. El resultado final de un tratamiento sólo será exitoso si se consigue modificar la conducta alimentaria.

Uno de los enfoques mas utilizados para el tratamiento de la obesidad infantil es la terapia cognitivo conductual. Consiste en reconocer el pensamiento distorsionado y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más objetivas, el paciente aprende a modificar sus malos hábitos alimenticios, además, de un mejor concepto de sí mismo: distorsión corporal y baja autoestima, proporcionándole conductas asertivas para atacar el problema.

En la terapia cognitivo- conductual, se puede entrenar al niño para que obtenga destrezas, así como habilidades sociales: saber responder ante las burlas, la marginación, responder a la agresión, encarar enojo justificado e injustificado, además de lograr un mejor manejo de sentimientos, alternativas contra la depresión, alternativas contra la baja autoestima, el estrés y de planeación.

La terapia de conducta en los niños empieza con el aprendizaje de autocontrol. Para que la dieta sea efectiva es necesario que el niño reciba estímulos y refuerzo social, a través de palabras positivas,

elogios para que puedan mejorar su autoestima y sentirse más seguros de sí mismos. El trabajo inicial se basa especialmente en el combate a la ansiedad y al abatimiento, sentimientos que pueden provocar un aumento de peso.

Otra opción de tratamiento es la terapia interpersonal, se basa en el supuesto de que las alteraciones emocionales y conductuales son consecuencia de conflictos en las relaciones interpersonales. “Las pérdidas de reforzadores, es decir, de relaciones o de cualquier elemento que nos resultaba gratificante y nos ayudaba a ser felices, se considera un importante factor estresante que, en ocasiones, favorecen la depresión”.

“Todo ello puede llevarnos a estados de agotamiento o de ansiedad, y las pérdidas experimentadas como muy importantes pueden llevarnos a estados de tristeza y abatimiento que pueden llegar a convertirse en una depresión”.²

El agente más importante en el tratamiento de la obesidad infantil son los padres. Cuando los progenitores colaboran directamente en el tratamiento apoyando psicológicamente al niño e introduciendo los

² Ellis, Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva para superar la ansiedad y la depresión. Editorial Paidós. 2000

cambios de hábitos a todo el núcleo familiar los resultados son mejores.

3

Los padres deben estar conscientes de que la obesidad es una enfermedad clínica y, como tal, debe tratarse con un plan alimenticio, ejercicio y en algunas ocasiones, medicamentos. Es controlable en todos los casos cuando se logra el cambio en el estilo de vida, sólo se requiere paciencia y disciplina.

La terapia agresiva utilizada en niños con obesidad mórbida y que presenten complicaciones se basa en dietas de proteínas modificadas y el tratamiento farmacológico valorado por especialistas médicos.

4.2 Dietas y ejercicio físico

Los tratamientos que se deben aplicar a los niños se reducen a preparar una dieta global para toda la familia en las comidas que se hagan conjuntamente, planificar las comidas regulares que se hacen individualmente, como son por la de media mañana y la merienda y aconsejar el aumento de ejercicio físico, pero respetando la voluntad del paciente por pequeño que éste sea. La parte de la dieta que sea

³ Jakicic JM. Ejercicio en el tratamiento de la obesidad. Ed. Elsevier Chile 2003; 32(4):967-980.

conjunta con el resto de la familia tendrá que ser pactada con el paciente y la familia y las comidas que realice de forma individual serán negociadas con el niño; se aconseja ceder en algún punto para que tenga algún aliciente y éste esté más motivado.

Hay que pensar que el objetivo principal no tiene que ser necesariamente perder peso, ya que esta etapa de la vida coincide con el crecimiento y si se consigue un peso estable el factor altura irá corrigiendo progresivamente la obesidad. El objetivo final del tratamiento de la obesidad infantil es conseguir un adulto con peso normal y con unos hábitos de vida y alimentarios correctos. Es importante no magnificar el problema de peso y hacerle ver al niño que el médico está para ayudarle.⁴

4.3 Fármacos

“Probablemente el primer fármaco utilizado específicamente para el manejo del sobrepeso fue la anfetamina. Su uso clínico inicial fue para el tratamiento de la narcolepsia, observándose que los pacientes que la utilizaban disminuían su ingesta de alimentos y mostraban una mejoría de su estado anímico. Estas observaciones motivaron su administración en sujetos que deseaban bajar de peso pero carecían de la voluntad para mantener un régimen dietético. En un principio los resultados fueron muy alentadores; sin embargo, fue evidente que

⁴ Boekhoudt C, Fun L, Kappel S. La comida y los ejercicios físicos en los niños escolares de Aruba. 1998, Informe Oficial de la Dirección de Salud Pública 1998

también se desarrollaba una tolerancia pocas semanas después de iniciar el tratamiento, por lo que se requería aumentar la dosis para tratar de mantener el mismo efecto inicial; dicho efecto disminuía constantemente creando un estado de adicción. Sus efectos anorexigénicos y de alerta se hallan mediados por la liberación de noradrenalina de las neuronas noradrenérgicas centrales. Los efectos colaterales incluyen depresión, estados de pánico, tendencia suicida u homicida, confusión, agresividad, libido aumentada, ansiedad, delirio, alucinaciones paranoides, que pueden observarse en cualquier individuo que ingiere cantidades suficientes durante un periodo prolongado. Los efectos sobre el sistema cardiovascular incluyen cefalea, calosfríos, palidez, rubor, palpitaciones, arritmias, dolor anginoso, hipertensión, hipotensión y colapso circulatorio. Los efectos sobre el aparato digestivo incluyen mucosas orales secas, gusto metálico, náuseas, vómitos, diarrea o dolor abdominal. En la actualidad, no está autorizado su empleo en nuestro país debido a varios accidentes algunos de ellos fatales relacionados con su uso y en menores de edad hay una total contraindicación.⁵

“El único medicamento aprobado para uso en adolescentes arriba de 16 años es sibutramina en combinación con

⁵ Revista: PRODUCTOS MEDIX, S. A. de C. V.Reg. Núm. 87750, SSA IIIIGEAR-04361203260/RM2004

restricción calórica y un programa de comportamiento basado en la familia”.⁶

Posteriormente se han desarrollado varios fármacos nuevos denominados de tipo anfetamina por su acción a nivel del sistema nervioso central similar a la anfetamina. Son utilizados como auxiliares en la aceptación de un régimen dietético con ingesta calórica restringida pero se observa tolerancia a la dosis máxima recomendada en un lapso de 8 a 12 semanas, aproximadamente, por lo que no se recomienda su administración por periodos de tiempo mayores. El mecanismo de acción y los efectos adversos de estos agentes son muy semejantes entre sí y no se observa ventaja de alguno de ellos para su elección. En México se encuentran disponibles la anfrepamona, clobenzorex, dexfenfluoramina, dietilpropión, fenproporex, fentermina, mazindol y propilhexedrina”.

4.4 Consejos para ayudar a su hijo a superar la obesidad

“La clave para conseguir que los niños de todas las edades mantengan un peso saludable consiste en implicar a todos los miembros de la familia. Es la idea de "predicar con el ejemplo". Haga de

⁶Ebbeling CB, Pawlak DB. American Dietetic Association, CDR Self Study-Module. Certificate of Training in Childhood and Adolescent Weight Management, AEL USA 2003 Pp. 126-127

la alimentación saludable y de la práctica de ejercicio físico un asunto familiar. Pida a su hijo que colabore en la elección y preparación de comidas saludables y lléveselo con usted cuando haga la compra para que aprenda a escoger alimentos saludables”.

Evite caer en algunas de las trampas más comunes relacionadas con los alimentos y el acto de comer:

- **No recompense a su hijo por su buena conducta ofreciéndole golosinas o dulces ni intente frenar el mal comportamiento castigándole a no tomarlos.** Piense en otras formas de impartirle disciplina para modificar su comportamiento.
- **No imponga la norma de "dejar siempre el plato limpio".** Tenga en cuenta las fluctuantes curvas de hambre de los niños. Hasta los bebés que giran la cara en la dirección contraria a la del biberón o el pecho de sus madres están enviando señales de que ya han comido bastante. Si su hijo ya está satisfecho, no le obligue a seguir comiendo. Refuerce la idea de que sólo debe comer cuando tenga hambre.
- **No hable sobre "alimentos prohibidos" ni elimine por completo todos los dulces y tentempiés favoritos de la dieta de un niño con sobrepeso.** Los niños pueden rebelarse y comer cantidades excesivas de esos

alimentos prohibidos cuando están fuera de casa o traerlos a casa a escondidas”.⁷

4.5 Recomendaciones adicionales para niños de diferentes grupos de edad

- **“Desde el nacimiento hasta el año de edad:** La lactancia materna, aparte de las muchas ventajas que aporta a la salud de los lactantes, es posible que ayude a prevenir el sobrepeso. Aunque no se conoce exactamente el mecanismo implicado, los bebés amamantados son más capaces de controlar su propia ingesta y de dejarse guiar por los mecanismos internos que les indican cuándo tienen o no tienen hambre.
- **Entre los dos y los seis años:** Inicie los buenos hábitos desde el principio. Fomente la tendencia natural de los niños a estar activos y ofrezca a su hijo un amplio repertorio de alimentos saludables. Un niño puede necesitar que le ofrezcan un alimento nuevo 10 veces o más antes de aceptarlo, de modo que no tire la toalla demasiado pronto.

⁷ Borra ST, Kelly L, Shirreffs MB, Neville K, Geiger CJ. Developing health messages: qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity. *J Am Diet Assoc.* 2003;103(6):721-728.

- **Entre los siete y los 12 años:** Anime a su hijo a practicar ejercicio físico cada día, se trate de un deporte de equipo organizado o de jugar a la pelota o al escondite a la hora del recreo. Mantenga a su hijo activo también en casa proponiéndole actividades como pasear y/o jugar en el patio o el jardín. Déjele participar cada vez más en las elecciones de alimentos saludables.

- **Entre los 13 y los 17 años:** A los adolescentes les encantan los establecimientos de comida rápida, pero trate de guiar a su hijo hacia restaurantes donde sirvan comidas más saludables como, por ejemplo, ensaladas y pollo asado, y raciones más pequeñas. Anímele a estar activo cada día. Si no le van los deportes de equipo, sugiera actividades menos competitivas que pueden ayudarle a mantenerse en forma, como el yoga o el método Pilates, o deportes alternativos como el monopatín, el patinaje o la bicicleta de montaña”.⁸

- **Todas las edades:** “Reduzca el tiempo que su hijo pasa delante del televisor, la computadora y las videoconsolas y evite que coma mientras ve la televisión. Prepárele un amplio repertorio de alimentos saludables y coman en familia siempre que sea posible. Trate de incluir cinco raciones de frutas y

⁸ . Bruss MB, Morris J, Dannison L. Prevencion de la obesidad infantil. Ed. Diaz de Santos 2003;103(8):1042-5.

verduras al día en la dieta de su hijo, prepare meriendas y tentempiés saludables y anime a su hijo a desayunar cada día. Instele a probar diversas actividades. No le obligue a practicar un deporte o actividad en concreto -ayúdele a encontrar una actividad que le guste y luego apóyelo en sus esfuerzos.

Si usted, en calidad de padre, come bien, hace ejercicio regularmente e incorpora hábitos saludables en el estilo de vida de toda la familia, proporcionará a su hijo un buen ejemplo a seguir de por vida. Hable a su hijo sobre la importancia de comer bien y hacer ejercicio, pero hágalo siempre con naturalidad, sin hacer de ello una montaña y convierta este tema en un asunto que no sólo le incumbe a él, sino a toda la familia. Y, sobre todo, transmita a su hijo el mensaje de que usted le quiere -independientemente de lo que pese- y que lo que desea es ayudarlo a ser feliz y a estar sano”.⁹

En este capítulo hemos abordado las perspectivas que existen para atacar esta enfermedad, es una decisión personal elegir o ignorar estas recomendaciones, el tratamiento para la obesidad infantil difiere en cada persona y en cada situación, pero es importante reconocer que

⁹ Giles-Corti B, Macintyre S, Clarkson JP, Pikora T, Donovan RJ. Environmental and lifestyle factors associated with overweight and obesity in Perth, Australia. Am J Health Promot. 2003;18(1):P.93-102.

es un mal que se puede curar y atacar si se hace con tiempo, con la ayuda de médicos, psicólogos pero sobre todo con la participación voluntaria de los padres de familia, ya que ellos son el detonante para que el niño supere este padecimiento.

CONCLUSIONES

La obesidad constituye un problema de salud pública y es uno de los padecimientos epidémicos de los países desarrollados, en los últimos años por imitación y consumo de alimentos con alto valor energético se han incrementado su frecuencia en México. En los países en desarrollo la población más afectada es la de clase media.

Es importante desaparecer la idea o creencia de que la “gordura” en los niños es sinónimo de salud, o que con la edad reducirán de peso. Para evitar la obesidad es conveniente que desde los primeros meses de la vida los niños adquieran un buen hábito alimentario.

Es común que se piense que será transitoria y tan solo una expresión del crecimiento y desarrollo del individuo, desafortunadamente esta opinión no sólo es aceptada por la mayoría de las personas, sino por algunos médicos, que no le dan la debida importancia cuando la detectan.

Por todo esto es importante que los padres acudan con el médico para evitar la obesidad en sus hijos ya que en la actualidad es un problema que se está agravando y siendo más frecuente. Hay que recordar que los padres son el principal factor para ayudar y prevenir a

un niño con sobrepeso, por eso es importante que el niño obeso acuda con él médico y lleve a cabo su tratamiento tal como se marca, con ayuda de un terapeuta y principalmente por sus padres.

PROPUESTA

La propuesta de esta tesina para la problemática de la obesidad infantil es el siguiente taller:

TALLER PARA PADRES

“ALIMÉNTAME CON AMOR”

El motivo de éste taller como propuesta para evitar la obesidad infantil es la participación de padres e hijos como unidad, ya que el trabajo en equipo para atacar o prevenir este problema garantiza mejores resultados. Es importante que los padres fomenten a sus hijos desde pequeños como llevar un estilo de vida saludable, a través de la alimentación y la actividad física.

El problema principal de un niño obeso es la de tener mayor propensión a ser marginado y burlado por la sociedad y sobre todo en la institución educativa en la que acude regularmente, todo esto afecta su vida obteniendo serias consecuencias como baja autoestima, problemas de imagen corporal, problemas conductuales y de relaciones interpersonales.

Por esto, con esta propuesta de taller para padres con hijos que padecen de obesidad infantil, llamado “Aliméntame con amor”, se pretende aportar apoyo psicológico, con el fin de mejorar las respuestas emocionales que se presentan ante este problema, trabajando el aprendizaje de conductas como: la aceptación de la imagen corporal y la autoestima de los participantes de este taller, ya que son aspectos importantes y fundamentales para el óptimo desarrollo de los niños pequeños, mejorar las relaciones interpersonales y desempeñarse ante la sociedad.

La única limitación de esta propuesta sería la no participación y cooperación de los padres y niños con este problema, ya que la no aceptación del problema es uno de los factores claves para no solicitar una ayuda profesional.

Propuesta:

Cómo evitar la obesidad infantil.

Taller para padres que desean prevenir la obesidad infantil que padecen sus hijos.

Taller para instituciones educativas de sección preescolar.

Título:

“Aliméntame con amor”

Objetivo general:

Su objetivo es que los padres reaprendan a valorar positivamente la salud y conozcan la relación de esta con la alimentación y la actividad física y el aspecto psicológico para un mejor desarrollo en el niño. El taller se llevara a cabo en instituciones educativas de sección preescolar.

Dirigido a: Este taller va dirigido a padres de niños de preescolar, que padecen de obesidad infantil, orientado al fomento de un estilo de vida saludable. La educación se empieza desde el hogar y los padres son esenciales para la educación y el sano desarrollo del niño.

No. de participantes: Mínimo 10, máximo 20.

Duración y distribución de tiempo: La duración del taller será de 6 sesiones (una por semana), con una duración de dos horas.

Metodología: Este taller será aplicado en instituciones educativas de sección preescolar. El taller es de tipo vivencial y

teórico, ya que se presentarán actividades prácticas tanto a padres como a hijos. Así mismo se les dará las bases teóricas, esto es, la retroalimentación o reeducación en cuanto a salud nutricional, salud física y apoyo psicológico que deberán brindar a sus hijos.

Temario general:

- 1- Salud
- 2- Nutrición
- 3- Actividad Física
- 4- Apoyo psicológico
- 5- Cierre

Material necesario:

- Libros de información (incluido en el paquete)
- Hojas blancas (incluido en el paquete)
- Láminas ilustrativas (incluido en el paquete)
- Lápices, borrador, sacapuntas y colores
- Cuentos
- Láminas para pintar

- Ropa cómoda
- Bolsa de recreo que contiene implementos para juegos activos

Obligaciones bilaterales de los participantes:

- Seguir los requerimientos impuestos en el taller
- Puntualidad y asistencia
- Seguir el temario establecido
- Pago al inicio del taller
- Brindar la información necesaria
- Entablar una comunicación clara y directa
- Dar respuestas ante las dudas que se presenten
- Participar en todas las actividades

MARCO TEÓRICO

TEMA 1. AUTOESTIMA

- La autoestima es un sentimiento de valoración y aceptación de la propia manera de ser que se desarrolla desde la infancia, a partir de las experiencias del niño y de su interacción con los demás.

- Rechazarse a sí mismo o partes de uno mismo produce un enorme dolor que nos daña emocionalmente. La forma en que uno se percibe y se valora a sí mismo puede cambiar, curándose así las heridas causadas por el auto rechazo. Este cambio no siempre es fácil. La autoestima no es un estado fijo o rígido, sino que cambia en relación a las experiencias y sentimientos.

- La autoestima es esencial para la supervivencia emocional, sin cierta dosis de autoestima la vida puede resultar enormemente penosa, haciendo imposible la satisfacción de muchas necesidades básicas. El límite entre la completa salud y la enfermedad no es preciso. La tendencia social desde la última década del siglo XX es a encuadrar cualquier problema o trastorno de salud como enfermedades, por ejemplo, el **sobrepeso**.

TEMA 2. LA SALUD

- La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de afecciones y enfermedades.

- Podemos definir salud como aquella manera de vivir autónoma, solidaria y alegre (J. Gol).

- La salud está directamente relacionada con nuestro estado emocional, mental y estructura psicológica, es decir, con nuestra forma de ser, pensar y actuar; nuestra manera de enfrentar la vida y por nuestra constitución genética.

- La enfermedad es la alteración del estado de la salud normal de un individuo. Una enfermedad es cualquier trastorno anormal del cuerpo o de la mente que provoca malestar y alteración de las funciones normales. Las enfermedades son entidades creadas por el hombre, en su afán de clasificar el conocimiento, en la que se agrupan una serie de componentes que la definen y que se debe distinguir de los síndromes y los síntomas. En ocasiones, algunos síndromes o síntomas se denominan erróneamente como enfermedades, especialmente en casos de psiquiatría. Debido

a que cada ser humano es único y que el componente emocional y socio ambiental se añade al componente físico, siempre se ha dicho que no existen las enfermedades sino los enfermos, por lo que cada persona tiene una forma de enfermar diferente a otra, a pesar de padecer la misma enfermedad.

TEMA 3. NUTRICIÓN

- La nutrición es el conjunto de interacciones entre un organismo y los alimentos que consume.

- Las personas necesitan nutrientes esenciales para el crecimiento y mantenimiento de los tejidos corporales, así como para el funcionamiento normal de todos los procesos orgánicos. Los nutrientes son compuestos químicos, orgánicos e inorgánicos que se encuentran en los alimentos y que se necesitan para el funcionamiento de todo el organismo.

- Una ingesta adecuada de alimentos consiste en el equilibrio de nutrientes esenciales, que debe incluir carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. En este taller se utilizará la pirámide nutricional impuesta por la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA).

- Existe abundante evidencia epidemiológica que indica una estrecha relación entre la alimentación, el ambiente y la salud. Estas interacciones son cada vez más complejas a medida que crece el número de habitantes y cambia su capacidad de compra. El ambiente y la agricultura pueden afectar la salud en el corto plazo, pero el aumento de las

demandas en la agricultura puede producir cambios acumulativos ambientales en el mediano plazo que, a su vez, ponen en peligro la disponibilidad de alimentos y la salud humana.

TEMA 4. LA ACTIVIDAD FÍSICA

- La actividad física es cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal. Sin embargo, la cantidad real que se necesita de actividad física depende de los objetivos individuales de salud, ya sea que se esté tratando de bajar de peso y que tan sano se esté en el momento.

- La actividad física puede ayudar a: quemar calorías y reducir la grasa corporal, reducir apetito, mantener y controlar el peso.

- La actividad física funciona mejor cuando también se reduce la ingesta de calorías.

- La actividad física contribuye a la salud gracias a la reducción de la frecuencia cardiaca, la disminución del riesgo de una enfermedad cardiovascular y la reducción de la cantidad de pérdida ósea asociada con la edad y la

osteoporosis. La actividad física también ayuda al cuerpo a quemar calorías de una forma más eficiente, facilitando así la pérdida y el mantenimiento del peso. Puede aumentar la tasa metabólica basal, reducir el apetito y ayudar a la reducción de grasa corporal.

TEMA 5. APOYO PSICOLÓGICO

- En la actualidad hay muchas causas por las cuales las personas sufren. El apoyo psicológico, es una ayuda que se brinda con el fin de “mejorar” las respuestas emocionales ante diferentes circunstancias que acontecen en nuestra vida cotidiana.

- El apoyo psicológico que se brindará en el taller se enfoca en el trabajo de conductas saludables, aceptación corporal: modificar las ideas de la imagen corporal, fortalecer la autoestima en los participantes, promover y mantener un peso y estilo de vida saludables; mantener una dieta equilibrada que favorezca el crecimiento y desarrollo; establecer modificación en los hábitos negativos; incrementar la actividad física; y sobre todo favorecer la integración de la familia.

- Considerando que en la etapa preescolar y escolar es cuando se forman los hábitos alimentarios y actitudes que predominarán durante toda la vida, es importante actuar modificando el estilo de vida desde etapas tempranas y de esta forma evitar ó retrasar la aparición de enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedad cardiovascular, las cuales se han estado presentando a edades más tempranas. Además de evitar repercusiones psicológicas como depresión, ansiedad,

baja autoestima y trastornos de adaptación social, que afectan la calidad de vida y el dinamismo social de la persona, impidiéndole obtener resultados favorables en la disminución de peso. Por esto es de suma importancia no sólo atacar a la obesidad de forma física sino también en el aspecto psicológico.

- En este taller se empleará la terapia cognitivo-conductual con el fin de modificar las conductas no saludables en saludables, dirigidas tanto a padres como a los hijos: como el fortalecimiento de la autoestima, ideas negativas sobre la imagen corporal con el fin de propiciar la aceptación. Hay que recordar que la conducta de los niños es más fácil de cambiar que la de los adultos, por lo que la educación en la infancia es fundamental para el resto de su vida. También es importante considerar que cada niño es diferente y así deberá tratarse, sin comparaciones, burlas, regaños o castigos que en lugar de ayudar ocasionan mayor problema. Se ha comprobado que un ambiente de mucho estrés provoca mayor riesgo de padecer obesidad infantil, es importante que la dinámica familiar sea adecuada, esto implica tener buena comunicación, respeto, confianza, por tal motivo se requiere la integración familiar para ayudar a prevenir y tratar la obesidad infantil.

- La mayoría de los escolares se pasan más de tres horas al día frente al televisor o a la computadora, no tienen ejercicio diario, en las escuelas no hay programas

deportivos, tienen ingesta excesiva de refrescos y productos chatarra, consumen menos de cinco piezas de fruta al día, y que uno o los dos padres sean obesos. Salvo las dos últimas que son por genética, todas estas conductas son modificables o evitables

- Un aspecto importante que hay que tomar en cuenta, para el desarrollo de cualquier terapia o tratamiento de la obesidad infantil, es que los pacientes obesos tienden a subestimar la ingesta calórica en comparación de personas normales, a esto se le llama mecanismo de minimización, por esto es importante el trabajo de ciertos mecanismos de defensa como el de la minimización calórica o la negación. Es importante conocer los hábitos alimentares y conductuales del niño y de la familia. Saber lo que comen, los intervalos de una comida a otra, el ejercicio que realizan, bien como sus costumbres cuanto al ocio. A partir de eso se puede detectar mejor lo que provoca la obesidad del niño. Los cambios de hábitos a través de la terapia conductual es un componente imprescindible en el tratamiento del niño con sobrepeso.

No	TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA	TIEMPO	MATERIAL
1	Autoestima	<p>I. Presentar e integrar a los miembros del grupo para crear un ambiente agradable.</p> <p>II. Establecer las reglas que se tomarán en cuenta para la realización del taller. Así mismo entablar un compromiso mutuo entre participante y terapeuta.</p> <p>III. Conocer la diferencia que existe entre ideas y conceptos de sí mismo y relacionarlo con la autoestima.</p> <p>IV. Comparar los modelos físicos y emocionales que se reflejan en la autoestima.</p> <p>V. Ayudar a los participantes a entender el significado de consultar al organismo para nuevas informaciones y conceptos.</p>	<p>I. Presentación de los participantes del grupo y colaboradores del taller.</p> <p>II. Integración del grupo mediante una dinámica de integración grupal, donde se harán equipos de 3 a 4 personas de acuerdo a los intereses y expectativas que se tienen acerca del taller. Posteriormente se expresarán dichos intereses y expectativas para compartirlas y analizarlas dentro del grupo.</p> <p>III. En base a los equipos establecidos se llevará a cabo una lluvia de ideas sobre el tema de Autoestima para llegar en común acuerdo a una definición establecida por el grupo y posteriormente se revisará el concepto de Autoestima que se manejará en el material didáctico.</p> <p>IV. Se llevará a cabo una dinámica de sensibilización llamada: "Descubriendo mis necesidades y motivación"</p> <p>Objetivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> Autodescubrir los motivos personales. Sensibilizar al participante en el uso asertivo de la seguridad personal a través de la auto evaluación. <p>Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> El instructor solicita a los participantes que identifiquen a nivel individual cuáles son los elementos o hechos que les proporcionan seguridad en la familia, el trabajo y la sociedad (cinco por lo menos en cada área), y que lo expresen por escrito en hojas tamaño carta. Se forman equipos de 4 ó 5 personas pidiéndoles que lleguen a conclusiones sub-grupales y que las anoten en hojas de rotafolio que al terminar se cuelgan de las paredes. El instructor pasa entonces a tabularlas según los conceptos de la pirámide de necesidades de A. Maslow, contabilizando y sacando porcentajes de cada uno de ellos. Se propicia la reflexión y se trata de llegar a conclusiones. <p>V. Retroalimentación del grupo: compartir si aprendieron algo nuevo, cómo se sintieron dentro del grupo, plantear dudas. En general, compartir emociones vividas dentro de todo el proceso.</p>	<p>I. Presentación de los participantes del grupo 20 min.</p> <p>II. Integración 20 min.</p> <p>III. Lluvia de ideas 20</p> <p>IV. Dinámica 40 min.</p> <p>V. Retroalimentación del grupo. 20 min.</p>	<p>1- folletos</p> <p>2- laminas ilustrativas sobre el tema de autoestima</p> <p>3- hojas blancas</p> <p>4- lápices y plumones</p> <p>5- hojas de rotafolio</p>

No- 2.	TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TECNICA	TIEMPO	MATERIAL
2	Salud	<p>I. Revisión del concepto de salud.</p> <p>II. Favorecer la valoración positiva de la salud y conceptualizar la salud como bienestar integral y no solo como ausencia de enfermedad.</p> <p>III. Conocer de qué manera influye en nuestra salud la expresión de nuestras emociones.</p>	<p>I. Revisión del concepto de Salud mediante la utilización de tarjetas y láminas ilustrativas. Así mismo revisar de manera individual el concepto de salud que tienen los participantes.</p> <p>II. Realizar un cuestionario con preguntas relacionadas a la salud con el fin de que se evalúen y conozcan que tan saludables se encuentran en este momento. Y posteriormente se revisará el cuestionario con el fin de comparar las respuestas del grupo.</p> <p>III. Se llevará a cabo una dinámica de sensibilización llamada: "Cómo expreso mis sentimientos".</p> <p>Objetivo: Que el participante aprenda a describir y a expresar emociones y a establecer conductas deseadas para mantener cuerpo y mente sana.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1- Se pide a los participantes que digan los sentimientos que experimentan con más frecuencia (Tormenta de Ideas). El instructor los anota en hoja de rotafolio.</p> <p>2- El instructor integra subgrupos de 5 personas y les indica que cada uno de los miembros deberá expresar a las otras personas tantos sentimientos como pueda (10 minutos).</p> <p>3- Al terminar de expresar los sentimientos todos los miembros del subgrupo se analizan cuáles son los sentimientos que mejor expresan y en cuales tienen mayor dificultad.</p> <p>4- Se organiza una breve discusión sobre la experiencia.</p> <p>* Referencia: http://www.clubdomingosavio.cl/recursos/dinamicas/autodescubrimiento.doc</p>	<p>I. Revisión del concepto de salud 30 min.</p> <p>II. Cuestionario 20 min. Y revisión del cuestionario 10 min.</p> <p>III. Dinámica 60 min.</p>	<p>1- Láminas ilustrativas</p> <p>2- tablero de la salud, tarjetas relacionadas con la salud</p> <p>3- libros de actividades.</p> <p>4- hojas de rotafolio para el instructor.</p>

Nº3	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA	TIEMPO	MATERIAL
3	Nutrición	<p>I. Conocer la relación entre alimentación y salud, aprender a consumir y dar alimentos según la calidad y cantidad.</p> <p>II. Relacionar la forma en cómo comemos y procesamos los alimentos, con la manera en que procesamos y asimilamos nuestras ideas y las experiencias que acontecen en nuestra vida diaria.</p>	<p>I. Retroalimentación sobre la experiencia de la sesión pasada.</p> <p>II. Crear equipos de 3 a 4 personas a los que se les dará información escrita sobre Nutrición, posteriormente se pedirá a un integrante de cada equipo que exponga la información que se les brindó.</p> <p>III. Se llevará a cabo una dinámica llamada: "Confianza en nuestro organismo".</p> <p>Desarrollo:</p> <p>1- Se les da a los participantes un trozo de zanahoria y les pide que la coman como ellos acostumbraban hacerlo.</p> <p>2- Terminada la actividad anterior se les da otro trozo de zanahoria y se les pide que lo mastiquen hasta que esté líquido y que entonces lo traguen.</p> <p>3- Se pide que describan la sensación que tuvieron al comer la zanahoria lentamente, y cómo creen ellos que es el mejor procedimiento para asimilarla.</p> <p>4-El instructor comenta a los participantes que la forma o estilo de comer se relaciona íntimamente con la de asimilar nuevas ideas, nueva información y nuevos conceptos.</p> <p>5. Se divide a los participantes en grupos de 4 y se les pide que comenten la comparación que existe entre su forma de comer con la de tomar nuevas ideas.</p> <p>6- se le pide a los grupos que también comenten los efectos que tienen en el organismo: ¿Cuál método permite asimilar mejor?</p> <p>7- Se le pide a los grupos que sugieran qué autoconcepto podrá tener una persona que come rápidamente o que traga sin masticar y lo hace de la misma manera con las ideas o información.</p> <p>IV. Compartir los sentimientos y emociones experimentadas durante la dinámica.</p> <p>* Referencia: http://www.clubdomingosavio.cl/recursos/dinamicas/autodescubrimiento.doc</p>	<p>I. Retroalimentación 15 min.</p> <p>II. Exposición de los equipos (20 min. de preparación del tema y 25 min. de exposición)</p> <p>III. Dinámica 40 min.</p> <p>IV. Compartir 20 min.</p>	<p>Pirámide de alimentos (SAGARPA), láminas, juego de tarjetas relacionadas con alimentos saludables y alimentos no saludables, libros de actividades.</p>

Nº 4	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA	TIEMPO	MATERIAL
4	Actividad Física	<p>I. Conocer la relación entre actividad física y salud.</p> <p>II. Estimular la práctica deportiva, para combatir el estrés que nos genera la vida diaria y mantenernos saludables.</p>	<p>I. Relacionar la salud física y mental con la actividad deportiva.</p> <p>II. Realizar equipos de acuerdo a los deportes que desean realizar.</p> <p>III. Llevar a cabo un calentamiento previo a la actividad física que se vaya a realizar.</p> <p>IV. Ejercicios al aire libre: llevar a cabo una actividad deportiva al aire libre como: Volley ball, fútbol, basket ball y natación.</p> <p>V. Técnica de relajación mediante la respiración diafragmática e imaginaria.</p> <p>Objetivo: Relajar a los participantes después de haber realizado su actividad física para evitar el agotamiento y enseñar una adecuada actividad física.</p> <p>Desarrollo: Una vez terminada la actividad física, se reúne a todos los participantes para que se realice la relajación mediante la respiración diafragmática y la imaginaria. Se les pedirá que concentren toda su atención en su respiración y que la realicen con el diafragma, que tensen y relajen cada uno de sus músculos, que perciban la sensación de tensión y relajación, que dejen toda esa energía negativa que sacaron a la hora de realizar su actividad física y que puedan sentir una nueva energía positiva y libre de tensión.</p>	<p>I. relación de salud física con la actividad deportiva 10 min.</p> <p>II. Equipos 5 min.</p> <p>III. Calenta-miento 20 min.</p> <p>IV. ejercicios 50 min</p> <p>V. técnica de relajación 35 min.</p>	<p>Libro de actividades, libro de dinámicas relacionadas con la actividad física. Balón de fútbol, basket y volley</p>

N5	TEMA	OBJETIVO ESPECIFICO	TÉCNICA	TIEMPO	MATERIAL
5	Apoyo Psicológico	<p>I. Propiciar conductas saludables, estimular la aceptación corporal y fortalecer la autoestima.</p> <p>II. Conocer para qué nos sirve el apoyo psicológico ante diversas circunstancias de nuestra vida.</p>	<p>I. Crear una lluvia de ideas sobre el concepto que tiene el grupo sobre el Apoyo psicológico y cuándo debe existir (ante que circunstancias).</p> <p>II. Reforzar el tema de la Autoestima y aplicar una evaluación personal sobre el concepto que tenemos sobre uno mismo. Así mismo, analizar que acepto de mí mismo y que deseo y puedo cambiar para mejorar.</p> <p>III. Dinámica corporal llamada: "Acentuar lo positivo"</p> <p>Objetivo: Lograr que las personas puedan derribar las barreras impuestas por ellas mismas debido a que no les permiten tener un buen concepto propio; mejorar la imagen de ellas mismas mediante el intercambio de comentarios y cualidades personales.</p> <p>Desarrollo: 1. Muchos hemos crecido con la idea de que no es "correcto" el autoelogio o, para el caso, elogiar a otros. Con este ejercicio se intenta cambiar esa actitud al hacer que equipos de dos personas compartan algunas cualidades personales entre sí. En este ejercicio, cada persona le da a su compañero la respuesta a una, dos o las tres dimensiones siguientes sugeridas: Dos atributos físicos que me agradan de mí mismo. Dos cualidades de personalidad que me agradan de mí mismo. Una capacidad o pericia que me agradan de mí mismo.</p> <p>2. Explique que cada comentario debe ser positivo. No se permiten comentarios negativos. (Dado que la mayor parte de las personas no ha experimentado este encuentro positivo, quizá necesiten un ligero empujón de parte de usted para que puedan iniciar el ejercicio).</p> <p>3. Se les aplicará unas preguntas para su reflexión: ¿Cuántos de ustedes, al oír el trabajo asignado, se sonrió ligeramente, miró a su compañero y le dijo, "Tú primero"? ¿Fue difícil señalar una cualidad al iniciar el ejercicio?</p>	<p>I. Lluvia de ideas 20 min.</p> <p>II. Reforza-miento de la autoestima 20 min. Y evaluación personal 20 min.</p> <p>III. dinámica 40 min.</p> <p>IV. Compartir 20 min.</p>	<p>Material didáctico sobre hábitos y conductas saludables, dinámicas sobre autoestima y aceptación</p>

			<p>¿Cómo considera ahora el ejercicio?</p> <p>IV. Compartir los sentimientos y emociones experimentados durante la dinámica.</p> <p>* Referencia: http://www.clubdomingosavio.cl/recursos/dinamicas/autodescubrimiento.doc</p>		
--	--	--	---	--	--

No	TEMA	OBJETIVO ESPECÍFICO	TÉCNICA	TIEMPO	MATERIAL
6	Cierre	<p>I. Aplicación de una evaluación para ver el nivel de aprendizaje obtenido.</p> <p>II. Llevar a cabo un convivio de despedida donde se consuman alimentos saludables y se pueda pasar un momento agradable.</p>	<p>I. Se llevará a cabo un examen escrito sobre los temas vistos en el taller para dar a conocer una calificación y obsequiar un reconocimiento por su participación.</p> <p>II. posteriormente se llevará a cabo un convivio donde se les pedirá a cada equipo conformado por 3 personas que lleven comida saludable para compartir en el grupo y se pueda pasar un momento agradable. De esta forma poder cerrar el taller mediante la convivencia.</p>	<p>I. Examen 30 min.</p> <p>II. convivio tiempo restante.</p>	<p>Hojas blancas y lápiz</p> <p>Platos, cubiertos y vasos desechables, alimentos saludables (pescado, frutas, ensaladas, etc.)</p>

Bibliografía:

1. Basilio Moreno Esteban, **obesos: la enfermedad del siglo xxi**, ed. Díaz de Santos, pp37-42, 2000
2. Brajinsky J. **Actualización en obesidad y diabetes**, Ed, Tucuman ; p.p 15-22, 2001
3. Bray GA., **Riesgos de obesidad**. Ed. North Am. 2003; ed, 5ta. Madrid, p.p 78-84, 2003
4. Bruss MB, Morris J, Dannison L. **Prevención de la obesidad infantil**. 2003; Ed Díaz de Santos 2003; 103(8):1042-5
5. Bueno M. **Obesidad**. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. Barcelona: Ed. EXPASX; 1994; p.p 719-30.
6. Calzada León, **Obesidad en niños y adolescentes**, Editores de Textos Mexicanos, México, pp: 81-83, 112, 2003.
7. Casanueva Esther, Kaufer-Horwitz et al, **Nutriología médica, Fundación Mexicana para la Salud**, México, pp: 605, 2001.
8. Chinchilla Moreno, Alfonso, **obesidad y psiquiatría** ed 1ra. Ed Masson , p.p 44-53, 2005.
9. Dominique Carlos, **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición**, 2006
10. Ellis, **Usted puede ser feliz. Terapia racional emotiva para superar la ansiedad y la depresión.**, Editorial Paidós., 2000
11. Erbas T. **Metabolic syndrome**. Acta Diabetol. 40 Suppl 2; p.p 401-4, 2003.
12. Escobar Jimenez, F, M. Fernandez Soto. **prevalencia de la obesidad**. Ed. Diaz de Santos ; 22(2):137-43, 2003.

13. Fisac JL, Regidor E, **Tendencias de la obesidad y factores determinantes**, Ed.Saude , Pp19-23, 2003.
14. Gutiérrez Moro M C. **Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables**. Rev Foro Pediátrico, vol II.sup 1:54 -59, 58, 2005.
15. Islas, Instituto Nacional de Salud Pública. **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición** .México, D.F., pp:94-97, 2006.
16. Jakicic JM.**Ejercicio en el tratamiento de la obesidad**, Ed.Elsevier Chile; 32(4):967-980,2003.
17. José Cueli, **Teorías de la personalidad**. 4ta. Ed ed Trillas. P.p 218-222
18. Martínez CA. **sobre peso y obesidad en niños y adolescentes de ciudades corrientes o normales relacionados con los riesgos de factores cardiovasculares**. Medicina Buenos Aires,p.p 308-314, 2001
19. Mustillo, S. Worthman, Angold, A , Costello Ej; **Obesity and Psychiatric Disorder :developmental trajectories**, Paediatrics, 111: 851-859, 2003.
20. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM: **Prevalence of overweight and obesity in the United States**, 1999–2004.Ed. JAMA 2006; 295:p.p1549–1555.
21. Rodler I, Zajkas G. ,**Nutrición saludable y la prevención del cáncer**,ed.Ed. Orv Hetil,p.p 413-417, 2003.
22. Rodriguez, Javier y Mutis, Alvaro, **Obesidad: Salud para todos** 4ta.ed, Royce, Madrid ,pp.52-58, 2004.
23. Summerbell CD, Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters E, **Intervenciones para tratar la obesidad infantil**.. ed Oxford , Pp.424-430, 2002.

24. Synnott A. Tomb, **temple, machine and self: the social construction of the body**, BJS, 43(1):79-110, 1992.
25. Toussaint Georgina. **Patrones de dieta y actividad física en la patogénesis de la obesidad en el escolar urbano**; Bol Med Hospital Infantil de México, vol 57 noviembre,num11:p.p658,659, 2000.
26. Vela-Amieva M, Gamboa-Cardiel S, Pérez-Andrade M E et al. **Epidemiología del hipotiroidismo congénito en México**, Salud Pública Mex, 46:131-148, 2004.
27. Venegas HL, Perez CM, Suarez EL, Guzman M. **prevalencia de la obesidad** . ,22(2), 2003

Hemerografía:

1. Arluk SL, Branch JD, Swain DP, Dowling. la relación de la obesidad infantil y el tiempo gastado con la conducta sedentaria. Medicina Militar ,Ed. EAL, pp. 583-586,2003.
2. Ashton V, Campbell KJ, Edmunds L, Kelly S, Waters, **Intervenciones para tratar la obesidad infantil** Summerbell CD, E 1994
3. Borra ST, Kelly L, Shirreffs MB, Neville K, Geiger CJ.Developing health messages: qualitative studies with children, parents, and teachers help identify communications opportunities for healthful lifestyles and the prevention of obesity. J Am Diet Assoc. 2003;
4. Ebbeling CB, Pawlak DB American Dietetic Association, CDR Self Study-Module. **Certificate of Training in Childhood and Adolescent Weight Management**, USA,2003 .
5. Emery EM, Schmid TL, Kahn HS, Filozof PP. A review of the association between abdominal fat distribution, health outcome measures, and modifiable risk factors. Am J health promot., May-Jun; ,1993.
6. Francisco Gonzalez García, Causa Obesidad muerte en niños,Segob, Queretaro 22-May, 2008.
7. Lensen MD, Gastineau CE. Dietética y Nutrición: 6ta.ed ,pp 68-72, 1993.
8. Martínez CA. sobre peso y obesidad en niños y adolescentes de ciudades corrientes o normales relacionados con los riesgos de factores cardiovasculares. Medicina Buenos Aires 2001;
9. Nelson JK, Maxness KE, Lensen MD, Gastineau CE. Dietética y Nutrición: Manual de la clínica mayo. 7 ed. Madrid: Harcourt Brace; 1997 .
10. PRODUCTOS MEDIX, S. A. de C. V.Reg. Núm. 87750, SSA IIIGEAR-04361203260/RM2004

Web:

1. Arden CI, Katzmarzyk PT. Programa Nacional de Educación para el colesterol del Adult : implications for Canada. Can J Cardiol. 2003; ; AEL 19(10)
2. Blasti, Alfred, "Obesidad Infantil", www.tusalud.com Marzo 2006
3. Boekhoudt C, Fun L, Kappel S. La comida y los ejercicios físicos en los niños escolares de Aruba. 1998, Informe Oficial de la Dirección de Salud Pública. marzo 2006
4. Dr, Ivor Toledo, Boletín de Práctica Medica (SSA) Noviembre 2006
5. Éctor Jaime Ramírez Barba Otras voces:Obesidad infantil y ambiente escolar Martes, 26 de Febrero de 2008
6. Giles-Corti B, Macintyre S, Clarkson JP, Pikora T, Donovan RJ. Environmental and lifestyle factors associated with overweight and obesity in Perth, Australia. Am J Health Promot. Marzo 2006

