

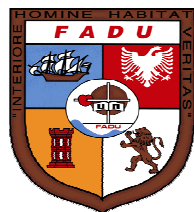
CENTRO DE ESTUDIOS AGUSTINIANO
"FRAY ANDRES DE URDANETA"

NIVEL LICENCIATURA
CLAVE DE INCORPORACIÓN
UNAM, 8853-25
PSICOLOGÍA

EFFECTOS PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN NIÑOS EN
EDAD DE 6 A 12 AÑOS CON PROBLEMAS DE OBESIDAD.

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
JANETTE SOLANO RIVERA



ASESOR DE TESIS: LIC. CARLOS EDUARDO CALVO GARCÍA.

COACALCO, EDO. DE MÉX. 2013



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

El ver, terminado este trabajo ha sido gracias a un esfuerzo y lucha constante día a día, mes con mes, año tras año, y no lo hubiese logrado sin la ayuda de mi familia y catedráticos.

A MIS CATEDRATICOS...

Agradezco al Lic. Ricardo Popoca Pastrana, al Lic. Carlos Eduardo Calvo García, al Lic. Ricardo A. Ramírez Martínez, quienes con su sabiduría, conocimiento, paciencia y dedicación supieron guiarme para hacer de este proyecto una realidad.

A MI PADRE...

Papá, hoy no estás con migo físicamente, pero estas con migo siempre, en mi corazón y en mi mente, este proyecto te lo dedico, muy en especial a ti. Te agradezco infinitamente tu apoyo incondicional hasta el último día de tu vida, tus buenos consejos, los valores que me inculcaste, y siéntete orgulloso de la hija que tienes porque a pesar de las tempestades seguí con este proyecto que al fin lo veo realizado. Nunca me cansaré de darte las gracias por todo lo que me diste. ¡Te Amo!

A MI MADRE...

Mamá, te quiero agradecer muy en especial a ti, tu apoyo incondicional que constantemente me brindas, tu paciencia, tu ternura, tus consejos, tu dedicación, tu optimismo para con migo, sabes lo que me ha costado llegar hasta aquí, y siempre estas a mi lado apoyándome, en las buenas o malas decisiones que he tomado. Hoy te dedico este proyecto que, es el inicio de muchos más que emprenderé en mi vida profesional. Te agradezco tu confianza e inmenso apoyo y no te defraudare. ¡Te amo!

A MIS HIJOS...

Damián y Mayte, les pido una disculpa en este momento de su vida, porque por entregarme a este proyecto he descuidado otras que son muy importantes para ustedes, pero espero que cuando estén grandes y lean esto, entiendan y comprendan porque lo hice. Solo quiero decirles que las cosas cuestan trabajo, pero con mucho esfuerzo y dedicación se pueden llegar a lograr grandes cosas en la vida. ¡Los amo ¡

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I. NUTRICION Y OBESIDAD

1.1.	Antecedentes internacionales.....	1
1.2.	Antecedentes nacionales.....	3
1.3.	Concepto de nutrición.....	9
1.4.	El problema de la nutrición en México.....	10
1.5.	Desnutrición.....	10
1.6.	La obesidad como problema de salud pública.....	11

CAPITULO II ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD

2.1.	Obesidad o IMC y sobrepeso.....	14
2.2.	Historia de la obesidad	15
	2.2.1. La obesidad en el mundo antiguo.....	15
	2.2.2. La obesidad en la edad media.....	16
2.3.	Historia de la obesidad (Visión histórica y antropológica)	17
2.4.	Obesidad infantil.....	19

CAPITULO III NIÑO ESCOLAR DE 6 A 12 AÑOS

3.1.	Crecimiento y desarrollo en el niño escolar	22
	3.1.1. Crecimiento	22
	3.1.2. Desarrollo.....	22
3.2.	Teorías de la psicología del desarrollo.....	22
	3.2.1. El desarrollo como sucesión de fases.....	22
	3.2.1.1 Teoría psicoanalítica.....	22
	3.2.1.2 Teoría madurativa de Gesell.....	24
	3.2.1.3 Teoría genético-cognitiva de Piaget	25
	3.2.2 El desarrollo como crecimiento.....	26

3.3	Desarrollo del niño por áreas.....	26
3.3.1	Área motora.....	26
3.3.2	Área cognitiva.....	27
3.3.3	Área emocional y afectiva.....	28
3.3.4	Área social.....	28
3.4	Niño obeso en el ámbito escolar.....	29
3.5	Estudios de H. Bruch sobre la obesidad del niño.....	29
3.6	Los conflictos inconscientes de H. Bruch	30
3.7	Alteraciones del desarrollo de personalidad.....	31

CAPITULO IV
FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES
DE LA OBESIDAD INFANTIL

4.1.	Etiología de la obesidad.....	32
4.1.1.	Factores genéticos y ambientales.....	32
4.1.2.	Factores psico-sociales.....	33
4.1.3.	Estilo de vida.....	35
4.2.	Consecuencias de la obesidad.....	36
4.2.1.	Repercusiones médicas.....	36
4.2.2.	Repercusiones psico-sociales.....	37
4.2.2.1	Repercusiones en la escuela, con sus compañeros y amigos	39
4.2.2.2	Repercusiones con los profesores.....	39
4.2.2.3	Repercusiones en la familia....	39
4.3.	Modelos psicológicos de la obesidad.....	39
4.4.	Teorías de la psicología.....	40
4.4.1.	Teoría psicoanalítica (H. Bruch).....	40
4.4.2	Teoría conductual.	41
4.4.3.	Teoría cognitiva (Synnott)	43

CAPITULO V METODOLOGIA

5.1.	Justificación.....	46
5.2.	Planteamiento del problema.....	46
5.3.	Delimitación del problema.....	47
5.4.	Objetivo general.....	47
5.5.	Objetivo particular.....	47
5.6.	Objetivo específico.....	47
5.7.	Hipótesis.....	47
	5.7.1. H. de investigación.....	47
	5.7.2. H. alterna.....	47
	5.7.3. H. nula.....	47
5.8.	Variables	47
	5.8.1. Variable independiente.....	47
	5.8.2. Variable dependiente.....	48
5.9.	Diseño de investigación.....	48
	5.9.1. Tipo	48
5.10.	Criterios de inclusión	48
5.11.	Criterios de exclusión	48
5.12.	Método.....	48
5.13.	Procedimiento.....	48
5.14.	Muestreo.....	48
5.15.	Escenario.....	49
5.16.	Materiales.....	49
5.17.	Sujetos.....	49
5.18.	Fases, sesiones y actividades.....	50
5.19.	Resultados.....	66
5.20.	Conclusiones.....	88
5.21.	Glosario.....	90
5.22.	Bibliografía.....	91
5.23.	Anexos	

INTRODUCCIÓN.

La nutrición es fundamental para todo ser vivo, ya que de los alimentos, el organismo obtiene la energía y nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

Hasta mediados del siglo XX el problema nutricional más importante era la desnutrición, sin embargo a principios del siglo XXI, las estadísticas de las encuestas nacionales de enfermedades crónicas y salud revelan que el principal problema de salud es ahora la obesidad.

La obesidad es considerada hoy en día, como una epidemia mundial, debido al crecimiento excesivo en todo el mundo, y donde México ocupa el segundo lugar de dicha enfermedad.

Según, (Donal 1993), (Pick 1995) y (Formiguerra 1998) la obesidad, es una enfermedad que se caracteriza por un depósito excesivo de grasa en el cuerpo. (Braier 1988) ¹

El exceso de grasa se llega a confundir con exceso de peso, sin embargo, estos son muy distintos.

Existen dos periodos en el que se presenta la obesidad en la infancia, el primero es en el primer año de vida y este no predice de forma necesaria la posibilidad de ser obeso durante la vida adulta; y el segundo periodo de aparición de la obesidad se sitúa entre los 4 y los 11 años, a esta edad puede haber un aumento progresivo de peso hasta superar el límite máximo considerado normal para la edad. Sin embargo del 10 a 25% de los niños son obesos y el 80% de ellos se convierte en adultos obesos. (Keith 1991) ²

La etiología de la obesidad se establece por diversos factores: como factores genéticos, ambientales, familiares, neuroendocrinos y estilo de vida; y con ello tienen repercusiones médicas y psicosociales. (Trull 2003) ³

Los medios de comunicación, se han encargado de difundir dichas repercusiones medicas, como la Diabetes, Hipertensión, enfermedad Cardiovascular y ciertos Cánceres dejando un poco de lado las repercusiones psicosociales, en la que los niños suelen tener estigmatización y discriminación social.

He aquí la preocupación de difundir un taller abarcando los factores psicosociales de los niños obesos para ayudar y prevenir desde el punto de

1.-Braier L. O., Fisiopatología y clínica de la nutrición, Argentina 1988, P.p. 335-382.

2.-Keith b. t. Nutrición clínica, México 1991, P.p.209-235.

3.-Trull T. J. Psicología clínica, México 2003, P.p. 476 -477.

vista psicológico. En este taller se integrará a la familia, alumnos y maestros, con el fin de dar herramientas indispensables para trabajar con niños con este padecimiento y prevenir a otros de las consecuencias que implica el ser obeso.

Así mismo se hará una encuesta dirigida a los padres, de donde se extraerá la información de los aspectos psicosociales, y nutricionales de ellos, para darnos un panorama general de cómo están los niños en el ámbito familiar, ya que en la familia se dan los cimientos del desarrollo y crecimiento del niño.

Este proyecto está basado bajo el enfoque cognitivo, porque desde el punto de vista conductual, al restringir voluntariamente la ingesta, lo que conocemos coloquialmente como “hacer dieta”, se sustituyen los controles fisiológicos de manera arbitraria por un control cognitivo; este control cognitivo tiende a fallar por la presión fisiológica (el hambre), el estrés, la ansiedad y la depresión.

Y el objetivo no es que las personas hagan dietas, sino que cambien su alimentación, por alimentos sanos, así como ayudar a los niños, padres y maestros con algunas estrategias que se incluirán en el programa para ayudar a controlar esa presión fisiológica.

Este trabajo consta de cinco capítulos, en el primero se aborda los antecedentes internacionales como nacionales de la obesidad, un poco acerca de la nutrición y desnutrición en México, y la obesidad como problema de salud pública.

En el segundo capítulo se hablará un poco de la historia de la obesidad, en la que conoceremos como es que la obesidad ha estado presente desde la antigüedad, y como se ve desde un punto de vista histórico y antropológico, así como la obesidad infantil.

En el siguiente capítulo abordaré, al niño escolar de 6 a 12 años, para conocer como es su desarrollo y crecimiento; visto de diferentes teorías de la psicología del desarrollo. Así como los niños obesos en el ámbito escolar, y los estudios de H. Bruch sobre la obesidad del niño y los conflictos inconscientes, para tener en cuenta estos aspectos a la hora de trabajar con ellos.

En el cuarto capítulo hablaré de la etiología de la obesidad (Factores genéticos y ambientales, factores psico-sociales y estilo de vida), las repercusiones medicas, psicosociales de un niño obeso, las repercusiones con sus compañeros de escuela, su familia y con sus profesores; también se abarcarán los modelos Psicológicos de la obesidad y 3 tipos de teorías de la psicología que abordan el tema de obesidad. Y por último, en el quinto capítulo abarcaré la metodología y propuesta del proyecto, así como sus resultados, conclusiones, etc.

CAPITULO I. NUTRICION Y OBESIDAD

1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año de 1998, catalogó a la obesidad como epidemia mundial, debido al incremento, que en ese momento se conocía de diferentes partes del mundo. (Farriol 2001) (Sánchez 2004) (Anaya 2007)(Gómez 2008)

Estados Unidos da a conocer la prevalencia de obesidad y sobrepeso de su país, por medio de los estudios elaborados por NHANES I, II y III (National Health and Nutrition Examination Survey). Éste último corresponde al año de 1999 – 2000, cuyos resultados revelan que niños de 5 a 11 años tienen un 15.3% de obesidad; a la fecha ha ido incrementando ese porcentaje por lo que el sobrepeso tiene ahora un 54% y la obesidad grave hasta un 98%. Por lo que ocupa el primer lugar a nivel mundial con mayor prevalencia de obesidad. (PONCE 2005) ⁴

México, Seguido de Estados Unidos ocupa el segundo lugar, según estudios recientes por ENSANUT-2006 (Encuesta de Salud nutricional 2006), revelan un incremento en sobrepeso y obesidad de 26% en niños de ambos sexos de 5 a 11 años.(ENSANUT 2006) ⁵

4. Ministerio de sanidad y consumo Español, Ponce 2005, <http://www.obesidad.nom.es/estadisticas-obesidad-datos>, España 2005.

5.Resultados de nutrición de ENSANUT 2006, <http://www.scribd.com/doc/12980530/resultados-de-la-ENSANUT2006-nutricion>

Los países de Europa tienen un alto índice de niños obesos; en el año 2000 un estudio llamado ENKID de población Española reveló que el 13.9% de niños de 2 a 24 años presentaban obesidad. A mediados del 2001, los afectados de sobrepeso y obesidad era Inglaterra y Escocia, en donde los niños tienen una prevalencia de sobrepeso de 10% y las niñas de 14.8%. España Antes del 2005, PAIDOS reportó una prevalencia de obesidad infantil del 4.9% para niños de ambos sexos entre 6 y 12 años de edad. Posteriormente se elaboró otro estudio llamado PONCE 2005, donde abarcó la ciudad de Ceuta, la cual no había sido integrada anteriormente.

Las cifras revelan un 13.81% de sobrepeso y un 8.75% de obesidad en niños de 6 a 13 años. En ese mismo año 2005 para el Ministerio de Sanidad y Consumo Español reporta que España ocupa el tercer lugar entre los países de Europa con mayor porcentaje de obesidad infantil. El resto de la población Europea se desglosa en la siguiente tabla. (Tabla 1)

En otros países como Australia, se estima una prevalencia de sobrepeso para niños de 16.9% y de 20.4% para niñas. Y de obesidad de 6.9% y de 7.0% respectivamente. Por otro lado un estudio realizado en China con escolares de zonas urbanas, se calculó que la tasa de sobrepeso y obesidad había pasado de cerca de un 8% en 1991 a más de un 12% al cabo de seis años. En Brasil, ese índice, calculado en niños y adolescentes de 6 a 18 años se triplicó entre mediados de los sesenta (un 4%) y 1997 (más de un 13%) mientras que en Chile existe un 30%.(Tabla 1).

En el 2005 la OMS informaba que había en todo el mundo aproximadamente 400 millones de adultos obesos, y dió a conocer que más de 20 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso y calcula que en el 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. (OMS 2005) ⁶

Recientemente un informe vía internet 2009, de la OMS confirma que 1 200 millones de personas de todo el mundo tienen problemas de sobrepeso y obesidad; esta cifra es aproximadamente el mismo número de personas que sufren desnutrición. Los estudios epidemiológicos muestran que el 55% de la población adulta presenta sobrepeso y el 22% es obeso. Mientras que en los niños está abarcando del 20 al 30% en edad escolar. Lo más preocupante es que en estos momentos no se cuenta con una estrategia generalizada para el control de la obesidad y que ni la comunidad médica, ni los gobiernos han tenido éxito en la lucha contra la obesidad. (Terra 2009) ⁷

6. Organización Mundial de la salud, Estadísticas de obesidad, <http://www.obesidad.nom.es/estadisticas-obesidad-datos/>, México 2005

7. Terra, <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sallo454.htm>

PAIS	Año	EDAD	SOBREPESO		TOTAL	OBESIDAD		TOTAL	
			NINO	NINA		NINO	NINA		
1.- EUA.	2000	6 - 11	-	-	-	-	-	15.3%	
EUA.	2005	-	-	-	54%	-	-	98%	
2.-MEXICO	2006	5 - 11	16.5%	18.1%	26%	9.4%	8.7%	26.0%	
3.-PAISES DE EUROPA	Estudio (Enkid) POBLACION ESPAÑOLA	2000	2 - 24	-	-	-	15.6%	12.0%	13.9%
	Estudio (Ponce) De Ceuta	2005	6 - 13	11.55%	16.46%	13.81%	8.50%	9.28%	8.75%
Bélgica	1992	8 - 10	18% AMBOS						
Bulgaria	2000	10	20% AMBOS						
Croacia	1998	10	27% AMBOS						
República Checa	2000	7-11	16% AMBOS						
Dinamarca	1998	10	18% AMBOS						
Finlandia	1999	7-12	13% AMBOS						
Francia	2000	7-9.9	18% AMBOS						
Alemania	1995	10	15% AMBOS						
Grecia	2000	6-10	31% AMBOS						
Hungría	1993-4	10	18% AMBOS						
Italia	2001	9	36% AMBOS						
Malta	1992	10	35% AMBOS						
Holanda	1997	10	14% AMBOS						
Noruega	1996	10	21% AMBOS						
Polonia	1996-99	10	19% AMBOS						
Eslovaquia	1995-99	11	10% AMBOS						
España	1998-2000	6 – 13	30% AMBOS						
Suecia	2000-01	10	18% AMBOS						
Suiza	1999	9-10	16% AMBOS						
Reino Unido	1998	10	22% AMBOS						
Yugoslavia	1998	9-10	16% AMBOS						
INGLATERRA Y ESCOCIA	ANTES DEL 2005		10%	14.8	24.8%	-	-	-	
6.-CHINA	1991- 1997				12% (1997)			12% (1997)	
4.-BRASIL	1997				13%			13%	
5.-CHILE	1997							30%	
6.- AUSTRALIA	2000		16.9%	20.4%	37.3%	6.9%	7.0%	13.9%	

TABLA 1. Porcentajes de prevalencias en sobrepeso y obesidad en niños escolares de 6 a 12 años, en algunos países del mundo.

1.2. ANTECEDENTES NACIONALES.

Antes de los noventa se realizaron varios estudios, en virtud de que no existían estadísticas continuas de cobertura nacional que permitan medir cabalmente la magnitud de la desnutrición en México.

La mayor preocupación alimentaria en la niñez era el problema de la nutrición, ya que se dice que la mala nutrición conduce al sobrepeso y la obesidad, condiciones que a su vez son causa de varias enfermedades crónicas no transmisibles, entre las que se incluyen la Diabetes tipo 2, las Enfermedades Cardiovasculares y varios tipos de Cáncer; sin embargo hasta principios de los años noventa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el 3% de los niños de los países subdesarrollados estaba afectado por una desnutrición

severa (Desnutrición de tercer grado), lo que dió origen a enfermedades como la llamada Kwashiorkor consistente en la deficiencia extrema de proteínas, cuyos síntomas son estómagos inflamados y pupilas cristalizadas. Otro 25% padecía de desnutrición moderada (o segundo grado) y de 40 a 45% de desnutrición de primer grado. (Anaya 2007) ⁸

La desnutrición éra señalada como el principal problema que contribuía con más de la mitad de las muertes de infantes menores de cinco años en países de bajos ingresos. (Cruz 2007) ⁹

Es aquí cuando se formúla en la CONAL el Programa Nacional de Alimentación 1990-1994, que define los objetivos, prioridades, estrategias y políticas para el reordenamiento y modernización del proceso alimentario. Durante éste periodo en el año de 1993 el DIF llevó a cabo el llamado Censo Nacional de Talla 1993, y a pesar de que este no presentaba las características propias de un censo, determinó (con base en una muestra estadística de todos los estados de la República y en ciertas pruebas de talla y peso), una aproximación de la situación nutricional del país.

En Octubre de 1994 se llevó a cabo la evaluación de los resultados y de las perspectivas de los principales programas alimentarios y nutricionales que operan en México. Algunos de esos programas alcanzaron sus objetivos, pero otros desafortunadamente no fueron óptimos.

Debido a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 dió a conocer la epidemia mundial de la obesidad, México hizo una serie de encuestas a través de diversas organizaciones entre las que destaca, la primera Encuesta Nacional de Nutrición con diseño probabilístico que fué realizada por la Secretaría de Salud en 1998 (ENN 1998), 11 años después, en 1999, se efectuó la segunda Encuesta Nacional de Nutrición (ENN 1999), ambas encuestas tuvieron representatividad nacional y en ellas se dividió al país en cuatro regiones, la encuesta de 1999 tuvo, además representatividad de zonas urbanas y rurales.

Ambas encuestas permitieron caracterizar la magnitud, distribución y tendencias de los problemas de alimentación y nutrición en niños menores de cinco años y en mujeres en edad fértil. Abordaron también el estudio de la cobertura y pertinencia de las políticas y programas dirigidos a asegurar una buena alimentación y nutrición en la población mexicana. (Ensanut 2006) ¹⁰

8. Anaya G. L., Frecuencia de sobrepeso, y obesidad en niños escolares con peso muy bajo, México 2007, P.p. 5-30.

9. Cruz P., Hábitos alimentarios y obesidad en una población escolar del D.F., México 2007, P.p.16-29

10. Ídem

Los resultados de ambas encuestas fueron difundidos ampliamente entre funcionarios públicos y legisladores mediante publicaciones científicas, foros académicos y presentaciones, y en la sociedad civil por medio de publicaciones de divulgaciones dirigidas al público en general. La amplia desimanación de los resultados de las encuestas ha logrado colocar a la nutrición como un tema de gran interés para la población. (Corona 2007) ¹¹

En el 2005 la Secretaría de Salud pública, reveló resultados de incremento en obesidad y sobrepeso únicamente en niños menores de 5 años según grado nutricional por entidad federativa ubicando al Estado de México en primer lugar a nivel nacional; y en adultos con una prevalencia mayor en el Estado de Guerrero. (Encuesta Nacional de la Secretaría de salud) (Tabla 2 y 3) (Iturbide 2008) ¹²

Consulta en menores de cinco años según grado nutricional, 2005

Cuadro IV.19

Entidad Federativa	Total	Obesidad y Sobrepeso	Normal	Con Dèsnutrici3n		
				Leve	Moderada	Grave
Nacional	17 201 565	468 659	13 499 289	2 627 529	555 169	50 919
Aguascalientes	209 137	11 844	175 052	19 050	2 917	274
Baja California	181 410	8 662	165 458	6 360	833	97
Baja California Sur	58 238	3 037	53 141	1 779	225	56
Campeche	162 477	6 510	121 301	29 045	5 275	346
Coahuila de Zaragoza	145 541	4 008	132 253	8 146	1 039	95
Colima	129 392	7 462	113 227	7 525	1 049	129
Chiapas	1 116 306	28 380	630 814	350 832	96 729	9 551
Chihuahua	310 946	20 040	252 878	31 810	5 498	720
Distrito Federal	510 173	4 058	497 786	7 429	828	72
Durango	168 344	5 872	142 347	18 129	1 886	110
Guanajuato	998 566	29 878	809 744	131 724	24 953	2 267
Guerrero	1 417 770	26 653	909 801	373 133	98 617	9 566
Hidalgo	646 218	8 302	535 177	88 084	13 424	1 231
Jalisco	525 704	17 009	439 638	60 003	8 398	656
México	2 765 315	32 845	2 347 065	322 397	59 229	3 779
Michoacán de Ocampo	662 040	20 207	551 776	79 382	10 131	544
Morelos	298 364	8 546	243 398	40 504	5 429	487
Nayarit	190 823	10 613	158 560	18 263	2 830	557
Nuevo León	391 698	4 803	366 512	18 009	2 216	158
Oaxaca	442 121	9 375	245 411	149 572	35 223	2 540
Puebla	1 084 702	21 466	841 225	186 647	32 153	3 211
Querétaro de Arteaga	372 067	5 335	295 497	58 175	11 601	1 459
Quintana Roo	174 505	3 523	124 478	38 648	7 081	775
San Luis Potosí	408 230	18 342	286 255	85 681	16 418	1 534
Sinaloa	376 075	29 401	320 512	23 595	2 282	285
Sonora	266 467	8 855	245 896	9 709	1 685	322
Tabasco	881 176	8 133	744 062	100 045	25 953	2 983
Tamaulipas	326 363	7 981	292 505	22 496	3 163	218
Tlaxcala	345 499	5 156	296 203	37 696	5 842	602
Veracruz de Ignacio de la Llave	1 095 695	70 215	805 218	184 916	32 946	2 400
Yucatán	411 835	14 940	261 774	95 188	36 266	3 667
Zacatecas	128 368	7 208	94 325	23 557	3 050	228

TABLA 2

11. Corona V, Obesidad infantil, tratamiento mediante el cambio de estilo de vida, México 2007, P.p. 14-38

12. Iturbide G. L., La desnutrici3n infantil en México. <http://www.azc.vam.mx/publicaciones/etp/numa/a8htm.>, México 2008

Entidad Federativa	Ingresos a tratamiento			Casos en tratamiento		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Nacional	207 443	152 079	55 364	294 885	219 014	75 871
Aguascalientes	1 636	1 244	392	1 868	1 443	425
Baja California	340	279	61	140	122	18
Baja California Sur	560	430	124	604	523	81
Campeche	2 596	1 734	862	4 219	2 912	1 307
Coahuila de Zaragoza	2 148	1 653	495	2 883	2 108	775
Colima	1 695	1 182	513	822	677	145
Chiapas	3 324	2 537	787	3 350	2 079	1 271
Chihuahua	5 693	4 221	1 472	7 436	5 577	1 859
Distrito Federal	10 315	7 520	2 795	13 089	9 824	3 265
Durango	3 551	2 615	936	6 768	4 900	1 868
Guamajuato	8 375	6 529	1 847	11 908	9 477	2 431
Guerrero	46 846	34 027	12 819	79 385	59 750	19 635
Hidalgo	6 120	4 518	1 606	14 043	10 602	3 441
Jalisco	10 056	7 674	2 382	13 194	9 321	3 873
México	11 920	8 928	2 992	15 757	11 095	4 662
Michoacán de Ocampo	10 173	7 301	2 872	14 284	10 795	3 489
Morelos	1 316	978	338	2 214	1 762	452
Nayarit	2 144	1 530	614	3 788	2 760	1 028
Nuevo León	1 986	1 248	738	1 115	891	224
Oaxaca	3 289	2 555	734	4 540	3 472	1 068
Puebla	4 890	3 615	1 275	8 395	6 237	2 158
Querétaro de Arteaga	2 215	1 669	546	6 007	5 162	845
Quintana Roo	1 270	956	314	1 995	1 502	493
San Luis Potosí	6 202	4 345	1 857	7 958	5 462	2 496
Sinaloa	1 799	1 243	556	1 798	1 232	566
Sonora	5 994	4 107	1 887	3 686	2 683	1 003
Tabasco	2 641	1 983	658	3 791	2 709	1 082
Tamaulipas	3 040	2 921	1 019	1 927	1 470	457
Tlaxcala	2 789	1 969	820	2 090	1 455	635
Veracruz de Ignacio de la Llave	11 135	8 427	2 708	16 151	12 219	3 932
Yucatán	21 875	14 988	6 887	20 915	14 245	6 670
Zacatecas	8 582	6 342	2 240	16 208	13 369	2 839

TABLA 3

México volvió a hacer otra encuesta de Salud Nutricional 2006 (ENSANUT 2006) y en ella se dan a conocer los resultados de las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el país. A diferencia de las dos encuestas previas, que contenían información exclusiva de mujeres en edad fértil y niños. La del 2006 proporciona información para todas las edades, mostrando prevalencias de Desnutrición, Anemia y Peso Excesivo (sobrepeso y obesidad).

Los resultados obtenidos en cuanto a desnutrición revelan que para las zonas urbanas y rurales muestran un descenso de la desnutrición crónica en el ámbito nacional entre 1999 y 2006, superior al observado en la primera y la segunda encuestas. Más aún, el descenso fue muy superior al del periodo anterior en las regiones y en los grupos sociales más pobres (región sur, zona rural, niveles de vida bajos y población indígena), lo que sugiere que posiblemente la reformulación de los programas en la segunda mitad de la década de los noventa está dando resultados.

ENSANUT 2006 también revela que el sobrepeso y la obesidad han seguido aumentando en todas las edades, regiones y grupos socioeconómicos, con lo que se colocan entre los problemas de salud pública más importantes. Esta última encuesta hace una comparación con las dos anteriores de los años 1996 y 1999 existiendo una prevalencia del 77% en niños y en niñas un 47%, de edad de 5 a 11 años, por lo que la prevalencia nacional de 1999-2006 se incrementa a un 39.7% mientras que el otro 60.3% está distribuido en niños menores de 5 años, adolescentes y adultos. (ENSANUT 2006) (Tabla 4) (Iturbide 2008) ¹³

13. Idem.

OBESIDAD EN NIÑOS DE 5-11 AÑOS	1999	2006	INCREMENTO 1999 A 2006
Prevalencia nacional en niños	5.3%	9.4%	77.0%
Prevalencia nacional en niñas	5.9%	8.7%	47.0%
Prevalencia nacional	18.6%	26.0%	39.7%

TABLA 4. Incremento de obesidad en niños de 5 a 11 años en fechas 1999 y 2006.

La prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, se aproximó a 26%, para ambos sexos, 26.8% en niñas y 25.9% en niños, lo que representa alrededor de 4 158 800 escolares en el ámbito nacional con sobrepeso u obesidad. El sobrepeso se presentó en 16.5% de los niños (cerca de 1 297 700 escolares) y en 18.1% de las niñas (1 432 400 niñas en edad escolar); la obesidad se ubicó en 9.4% de los niños y 8.7% de las niñas, representativos de 739 000 niños y 689 600 niñas, respectivamente. (Tabla 5 y 6)

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población femenina de 5 a 11 años por entidad federativa

Entidad federativa	Total		Femenino				Masculino				Total			
	Muestra número	Número (miles)	Sobrepeso				Obesidad				Sobrepeso + obesidad			
			Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%
Aguascalientes	283	93.4	50	17.5	18.7	(13.5,25.3)	28	12.7	13.6	(8.5,20.9)	78	30.1	32.3	(25.8,39.5)
Baja California	169	220.8	39	50.2	22.7	(16.6,30.3)	15	14.7	6.7	(3.4,12.7)	54	64.9	29.4	(22.0,38.0)
Baja California Sur	219	33.8	57	8.6	25.3	(19.8,31.8)	23	3.4	10.2	(6.2,16.2)	80	12.0	35.5	(29.2,42.4)
Campeche	227	61.9	49	13.6	21.9	(15.7,29.7)	26	6.0	9.6	(5.8,15.6)	75	19.5	31.5	(23.4,40.9)
Coahuila	190	158.0	34	25.6	16.2	(10.6,23.8)	21	15.7	10.0	(6.1,15.8)	55	41.3	26.2	(19.5,34.1)
Colima	80	33.2	33	6.5	19.6	(14.4,26.1)	19	3.7	10.9	(6.9,16.9)	52	10.2	30.5	(24.8,36.9)
Chiapas	278	413.0	43	48.5	11.7	(8.1,16.7)	10	16.3	4.0	(2.0,7.8)	53	64.8	15.7	(10.8,22.2)
Chihuahua	210	214.7	31	35.8	16.7	(10.4,25.7)	33	33.4	15.6	(10.5,22.5)	64	69.3	32.3	(24.5,41.1)
Distrito Federal	155	493.8	33	109.0	22.1	(15.2,30.9)	19	59.5	12.1	(7.5,18.9)	52	168.5	34.2	(25.6,43.8)
Durango	291	136.1	42	22.1	16.5	(11.8,22.6)	18	9.4	6.9	(4.0,11.8)	60	31.8	23.4	(16.7,31.7)
Guerrero	271	458.3	44	67.2	14.7	(10.3,20.5)	23	31.6	6.9	(3.8,12.1)	67	98.7	21.6	(15.9,28.4)
Hidalgo	273	210.5	45	28.3	13.4	(10.2,17.5)	15	16.9	5.4	(3.3,8.7)	57	56.6	18.1	(13.0,24.6)
Jalisco	222	457.8	54	106.4	23.2	(16.3,32.0)	16	9.0	4.3	(2.4,7.5)	60	37.3	17.7	(14.0,22.7)
México	217	991.6	40	202.3	20.4	(14.0,28.7)	25	118.2	11.9	(6.6,20.7)	70	134.1	29.2	(21.9,38.0)
Michoacán	285	323.6	53	57.8	17.9	(13.7,22.9)	27	28.8	8.9	(4.9,15.6)	80	86.5	26.8	(21.0,33.4)
Morales	241	111.4	40	18.1	16.3	(11.2,23.0)	11	5.0	4.4	(2.3,8.4)	51	23.1	20.7	(15.2,27.6)
Nayarit	237	71.3	47	18.1	25.4	(17.8,34.9)	27	6.9	9.7	(6.1,14.9)	74	25.0	35.1	(26.6,44.6)
Nuevo León	236	341.4	52	66.4	19.5	(14.9,25.1)	28	39.8	11.7	(7.8,17.1)	80	106.3	31.2	(24.4,38.8)
Oaxaca	260	314.4	45	59.0	18.8	(13.5,25.5)	15	12.3	3.9	(2.1,7.3)	60	71.3	22.7	(16.9,29.7)
Puebla	253	467.7	40	72.8	15.6	(10.8,21.9)	25	36.4	7.8	(5.0,12.0)	65	109.2	23.4	(17.4,30.6)
Querétaro	222	123.3	28	13.8	11.2	(7.4,16.4)	21	11.2	9.1	(5.4,14.9)	49	25.0	20.3	(14.7,27.2)
Quintana Roo	220	101.6	43	18.9	18.6	(12.1,27.4)	29	13.8	13.6	(9.0,20.0)	72	32.7	32.2	(23.7,42.0)
San Luis Potosí	260	208.3	47	34.1	16.4	(12.0,21.9)	16	10.6	5.1	(2.9,8.9)	63	44.7	21.5	(16.2,27.8)
Sinaloa	230	207.9	41	37.2	17.9	(11.3,27.2)	22	21.8	10.5	(6.3,17.1)	63	59.1	28.4	(20.2,38.4)
Sonora	190	153.2	36	32.4	21.2	(14.6,29.7)	26	21.1	13.8	(9.5,19.5)	62	53.5	35.0	(26.7,44.2)
Tabasco	277	172.7	62	35.2	20.4	(15.3,26.7)	27	15.1	8.8	(6.0,12.7)	89	50.4	29.2	(23.5,35.5)
Tamaulipas	171	208.7	30	32.5	15.6	(10.3,22.9)	16	20.3	9.7	(5.2,17.0)	46	52.8	25.3	(17.4,35.7)
Tlaxcala	292	86.3	51	14.2	16.4	(12.9,20.8)	18	3.8	4.5	(2.7,7.1)	69	18.0	20.9	(16.7,25.8)
Veracruz	232	503.3	41	90.9	18.1	(12.5,25.5)	24	39.2	7.8	(5.2,11.4)	65	130.1	25.9	(19.1,33.9)
Yucatán	247	141.5	60	28.9	20.4	(14.6,27.8)	28	20.1	14.2	(9.4,21.1)	88	49.0	34.6	(27.3,42.7)
Zacatecas	217	107.0	46	20.7	19.3	(14.2,25.7)	12	5.3	4.9	(2.6,9.0)	58	26.0	24.2	(18.2,31.5)

TABLA 5

Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población masculina de 5 a 11 años por entidad federativa

Entidad federativa	Total		Masculino											
	Muestra número	Número (miles)	Sobrepeso				Obesidad				Sobrepeso + obesidad			
			Expansión				Expansión				Expansión			
			Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%	Muestra número	Número (miles)	%	IC95%
Aguascalientes	296	94.4	60	21.9	23.2	(17.5,30.2)	25	7.3	7.7	(4.0,14.3)	85	29.2	30.9	(24.6,38.1)
Baja California	174	214.8	43	48.8	22.7	(16.5,30.5)	31	40.8	19.0	(12.5,27.8)	74	89.7	41.7	(33.3,50.8)
Baja California Sur	197	29.9	40	5.5	18.4	(13.8,24.1)	34	5.2	17.5	(12.2,24.5)	74	10.7	35.9	(28.2,44.4)
Campeche	213	56.8	44	10.2	18.0	(12.9,24.5)	30	7.3	12.8	(8.2,19.4)	74	17.5	30.8	(22.4,40.7)
Coahuila	235	208.6	39	33.2	15.9	(11.2,22.2)	27	21.3	10.2	(7.3,14.1)	66	54.6	26.1	(19.7,33.9)
Colima	223	44.8	27	4.7	10.5	(6.6,16.5)	32	8.0	17.8	(11.9,25.7)	59	12.7	28.3	(20.9,37.2)
Chiapas	288	360.4	45	46.7	13.0	(8.4,19.4)	18	17.7	4.9	(2.8,8.5)	63	64.4	17.9	(12.8,24.3)
Chihuahua	250	281.0	32	35.3	12.6	(8.7,17.8)	23	29.6	10.5	(6.7,16.2)	55	65.0	23.1	(17.3,30.1)
Distrito Federal	158	519.6	42	133.9	25.8	(19.6,31.1)	17	53.4	10.3	(6.3,16.3)	59	187.3	36.1	(29.9,42.7)
Durango	222	106.7	42	16.2	15.2	(10.5,21.4)	17	7.7	7.2	(4.2,12.0)	59	23.8	22.4	(16.7,29.3)
Guanajuato	239	393.6	28	45.1	11.4	(7.4,17.2)	28	36.6	9.3	(6.3,13.6)	56	81.7	20.7	(15.3,27.6)
Guanajuato	295	303.8	32	32.7	10.8	(6.9,16.4)	15	13.2	4.4	(2.5,7.5)	47	45.9	15.2	(10.8,20.8)
Guerrero	263	201.2	40	27.2	13.5	(10.1,17.9)	16	9.2	4.6	(2.5,8.3)	56	36.3	18.1	(13.6,23.6)
Hidalgo	247	516.3	48	85.4	16.5	(11.1,23.9)	25	50.8	9.8	(6.4,14.8)	73	136.2	26.3	(19.8,34.2)
Jalisco	214	1 030.4	43	223.6	21.7	(15.4,29.6)	18	93.8	9.1	(5.4,14.9)	61	317.4	30.8	(22.5,40.5)
México	251	309.4	29	29.8	9.6	(6.4,14.1)	25	25.8	8.4	(5.5,12.6)	54	55.6	18.0	(13.2,24.0)
Michoacán	272	123.3	51	22.0	17.8	(12.8,24.4)	31	13.0	10.6	(7.3,15.1)	82	35.0	28.4	(21.6,36.4)
Morcles	244	76.8	41	10.1	13.2	(8.5,19.8)	31	11.0	14.3	(8.3,23.3)	72	21.1	27.5	(18.9,38.0)
Nayarit	197	282.2	35	43.3	15.3	(10.3,22.2)	26	28.6	10.1	(6.0,16.5)	61	71.9	25.4	(18.1,34.5)
Nuevo León	281	309.3	31	31.5	10.2	(6.3,16.1)	24	21.7	7.0	(3.7,13.1)	55	53.2	17.2	(11.0,23.5)
Oaxaca	236	417.1	38	61.5	14.7	(10.9,19.7)	15	29.5	7.1	(3.9,12.6)	53	90.9	21.8	(16.3,28.5)
Puebla	222	122.1	42	19.5	16.0	(11.3,22.1)	15	7.3	6.0	(3.5,10.0)	57	26.8	22.0	(16.6,28.5)
Queretaro	206	88.3	37	15.0	17.0	(12.1,23.4)	23	7.5	8.5	(5.5,13.1)	60	22.5	25.5	(20.2,31.7)
Quintana Roo	269	211.0	44	34.4	16.1	(12.0,21.1)	22	12.3	5.7	(3.7,8.7)	66	46.7	21.8	(17.7,26.5)
San Luis Potosí	255	200.0	52	35.5	17.7	(13.1,23.5)	26	26.6	13.3	(8.1,21.0)	78	62.1	31.0	(24.4,38.6)
Sinaloa	211	181.6	39	34.7	19.1	(13.5,26.3)	23	14.6	8.0	(5.0,12.6)	62	49.2	27.1	(20.3,35.2)
Sonora	259	159.0	34	18.9	11.9	(8.2,17.0)	34	17.6	11.1	(7.1,16.9)	68	36.5	23.0	(17.4,29.6)
Tabasco	170	194.6	32	44.7	23.0	(15.8,32.2)	29	29.2	15.0	(10.5,20.9)	61	73.9	38.0	(29.4,47.6)
Tamaulipas	283	81.6	45	12.4	15.2	(11.1,20.4)	17	5.6	6.9	(4.0,11.6)	62	18.0	22.1	(17.2,27.7)
Tlaxcala	241	520.0	40	73.9	14.2	(10.1,19.6)	28	56.8	10.9	(7.2,16.3)	68	130.7	25.1	(18.9,32.6)
Veracruz	239	137.6	59	30.5	22.2	(17.6,27.6)	30	21.8	15.9	(10.8,22.7)	89	52.4	38.1	(30.7,46.0)
Yucatán	217	103.5	25	9.7	9.4	(5.6,15.3)	19	8.2	7.9	(4.6,13.1)	44	17.9	17.3	(12.0,24.2)
Zacatecas														

TABLA 6

Posterior a ENSANUT 2006, diversas informaciones circulan vía internet, entre ellas Notimex, quien el día 24 de diciembre del 2007 informó que México ocupa el segundo lugar mundial por el porcentaje de niños con la enfermedad. Otro de ellos fue el sitio de Terra, quien volvió a confirmar que la Secretaría de Salud cuenta con 44 millones de personas con sobrepeso y obesidad, lo que sitúa al país como la segunda nación con más habitantes afectados por esas enfermedades. (Notimex 2007) ¹⁴

Reportes recientes de la OMS informa que para el 2018 México podría convertirse en el país con mayor número de obesos, siete de cada diez mexicanos tienen sobrepeso u obesidad, siendo ésta una causa principal para diferentes tipos de enfermedades. En el mes de Agosto se llevó a cabo la Expocumbre Mundial de Diabetes, obesidad, Nutrición y problemas Cardiovasculares 2009. Ahí se reunieron expertos nacionales e internacionales, con un objetivo en común, concientizar a la familia mexicana sobre el cuidado y prevención de estas enfermedades. Es decir “hacer entender a la gente que la responsabilidad en la salud no solo es de la Secretaría de Salud si no de todos nosotros, precisamente de empresas, comercios, etc.”. (Leopoldo 2009) ¹⁵

14. Notimex, En crecimiento de la obesidad infantil, <http://www.correo-gto.com.mx/notas..52287>. México

15. Leopoldo, datos de la OMSS para el 2018, <http://www.ortomoleculat-obesidad.com/2009/05/oms-mexico>, 2009

Diversas organizaciones se han preocupado por establecer programas que ayuden a las personas con problemas de sobrepeso y obesidad, tal es el caso del DIF, IMSS quien muestra una prevalencia del 9.8% en el año 2003, cabe destacar que sólo fué el conteo para los derechohabientes. (Rivera 2009) ¹⁶

ENSA 2000, quien solo enfoca su estudio a obesos adultos, la Secretaría de Salud Pública, quien considera a menores de 5 años y adultos, por otro lado la UNICEF, en el 2008 reporta el 40% de obesidad infantil en general, (niños y niñas) Sin embargo cada una de ellas se enfoca a un grupo de edad en específico, siendo ENSANUT 2006, la única que abarca todas las edades en la actualidad. (ENSA 2000) ¹⁷

Sin duda en México diversas organizaciones, tienen que poner en práctica la lucha contra la obesidad, mientras que los psicólogos tenemos que tener diversas estrategias para combatir la prevención y proceso psicosocial de los niños que tienen o pudieran padecer obesidad. (Forero 2007) ¹⁸

1.3. CONCEPTO DE NUTRICIÓN.

Antes de entrar de lleno al tema de la obesidad es necesario conocer el significado de nutrición. Pick 1995 considera que es un proceso por el cual el cuerpo obtiene, metaboliza, incorpora y excretan las sustancias nutritivas necesarias para la vida. (Pick 1995) ¹⁹

Es por eso que los niños necesitan alimentos suficientes que sirvan de base a este crecimiento y esfuerzo constante. Todas las células necesitan energía y los nutrimentos que la proporcionan, como son los carbohidratos, grasas, proteínas, agua, vitaminas y minerales.

La mala alimentación causa en algunos casos crecimiento lento. Se necesita energía y proteína para mantenerse vivo y más energía y proteína para crecer. Cuando un niño no toma suficiente alimento para mantener la vida y promover el crecimiento, el crecimiento se sacrifica para mantener el cuerpo. La buena nutrición es también esencial para las actividades mentales, físicas y sociales normales. (Cruz 2007) ²⁰

16. Rivera del Río Ma. Evelia, principales causas y consecuencias psicológicas de la obesidad infantil, Méx. 2008, P.p. 1-50.

17. Prevalencia de obesos en adultos, <http://www.ensa2000.com.mx>, México 2000

18. Forero H. A., propuesta de campaña de publicidad social, México 2007, P.p. 10-38

19. Pick S Aguilar J., Planeando tu vida, programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes, México 1995, P.p. 187-281

20. Ídem.

1.4. EL PROBLEMA DE LA NUTRICIÓN EN MÉXICO.

El hombre que vive en éste mundo, debe tener desde que nace, el privilegio de satisfacer la más imperiosa de las necesidades: la de alimentarse. Este sustento no es tan solo de pan, si no de leche y carne, así como del ejercicio continuo. (Papalia 1993) ²¹

En la antigüedad solo algunas castas, grupos humanos o pueblos lograron ese privilegio. Tal es el caso de aquéllos pueblos cómo los babilónicos o los egipcios, los Orientales y Africanos, que solo tenían los recursos indispensables para conservar la vida. Situación que prevalece igualmente en América Latina, donde también más de la mitad de los habitantes de éstas regiones reciben alimentos apenas suficientes para sobrevivir.(Eberwine 2002) ²²

En la historia de México se consideran observaciones semejantes, cómo las de Bernardino de Sahagún, quién en su admirable obra, La historia general de las cosas de la Nueva España, incluye un capítulo que se titula “De la comida que usaban los señores”, en él que describe cómo además de la tortilla, tenían en su mesa una gran variedad de guisos de gallina, pescados y frutas variadas y numerosas. En cambio en las descripciones de Albar Núñez Cabeza de Vaca y de Alcomer, se relata la tragedia de los plebeyos y los pobres que solo comían “Pedazos de tortilla, centros de Maguey asados, nopal viejo, tamales de gusanos o huevos de mosca axayacatl”.

Ésta alimentación de la gran mesa de los pueblos indígenas de América perdura a través de los tiempos, desde muchos siglos antes de la conquista; en la actualidad se ha logrado alguna mejoría. Pero el maíz ha sido al mismo tiempo la causa de la dicha y la desgracia del pueblo. (Zubiran 1998) ²³

1.5. DESNUTRICIÓN

Varios estudios se han documentado que en México, la desnutrición continua siendo un problema de salud pública, ya que se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad infantil.

La desnutrición crónica es un problema también en los Estados Unidos y más graves en muchas otras partes del mundo. Por lo que la OMS., dice que el problema de la obesidad es tan grave cómo el problema de la desnutrición. (MIER 2009) ²⁴

21. Papalia D. E., Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia, México, 1993, P.p. 31-443.

22.Eberwine D. G., Obesidad. Una epidemia en apego. Buenos Aires, 2002, P.p. 1-7

23.Zubiran S., Contribuciones personales de la desnutrición, México 1998, P.p. 497-619

24.Mier M., Sobre peso y obesidad infantil, México 2009, P.p. 23-54

1.6. LA OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Este problema se da mucho en países industrializados, dónde la padece del 25 al 35% de la población. El charlatanismo apoyado en dietas absurdas, promesas de curación definitiva; los centros de interés económico que se nucleán entorno a revistas lectoras y entretienen buscando sin juicio crítico toda clase de dietas aberrantes; los negocios de productos dietéticos que aprovechan ideologías marginales, cómo el naturismo o la macrobiótica, para estimular sus ventas a expensas de la credulidad ciudadana; médicos que no trepidan en inducir a la drogadicción a través de psicofármacos o que aceptan que un paciente engorde en exceso durante los periodos de vacaciones para enriquecerse con algunos días de dieta estricta por interacción; empresas que se dedican a la preparación de alimentos elaborados especiales para gordos, son algunas de las formas en que un sector de la población gana mucho dinero a expensas de la ingenuidad de algunos obesos. Todo eso debe ser combatido y denunciado por el Estado y por las sociedades de nutrición, para no convertirse en cómplices por omisión. (OBESIDAD 2002) ²⁵

Además recientemente se ha planteado el concepto de obesos sanos: son personas con importantes antecedentes familiares de prevalencia de obesidad, que han sido obesos en el pasado y son capaces de reducir su peso, no tienen factores de riesgo concomitantes (Diabetes, que no dependen de la insulina, hipertrigliceridemias, hipertensión arterial leve), pero tienen algo más que el peso aceptado o deseado. Intentar su adelgazamiento puede provocar la aparición de respuestas metabólicas y psíquicas adversas.

No se debe reducir el problema de la obesidad a un concepto simplista, de entradas y salidas, ignorando que el organismo tiene mecanismos reguladores para todas sus funciones; lo más probable es que los que estén enfermos sean esos mecanismos reguladores. Pero tampoco hay que enfocar la situación con la avidez de lo que ven en este sector de la población un grupo que puede ser fuente de ganancias. (GALBAN 2005) ²⁶

25. Obesidad, <http://www.obesidad.net/spanich/2002/default.htm>.

26. Galban G. J., Obesidad y un estudio de tratamiento farmacológico, <http://sommenlac.org/>, México D.F. 2005.

La obesidad es una condición heterogénea: no todos los obesos son iguales, es innegable que hay obesos que comen mucho: son solo una parte del total, probablemente menos de la mitad, pero no lo hacen sólo por capricho y para ser obesos.

Debemos buscar los factores genéticos, familiares, psíquicos y metabólicos que llevan a tal situación.

Una persona que ya es obesa y tiene un excesivo tejido adiposo puede estar obligada, por sus mecanismos biológicos a comer más. No todos los obesos distribuyen en la misma forma su excedente de grasa: en los últimos tiempos se ha comprobado que quienes acumulan grasa al nivel del abdomen tienen mucho mayor riesgo de sufrir Hipertensión Arterial, Cardiopatías y Diabetes. También hay relación entre obesidad y cáncer de mama y de colon.

Pocas cuestiones en el campo de la salud pública han tenido tanta relevancia en los últimos años en los medios masivos de comunicación y reportes científicos, cómo es la obesidad. México se encuentra en un proceso de desarrollo y de cambios socioculturales acelerados, en gran medida asociado a su creciente incorporación a la comunidad económica internacional. Estudios recientes revelan que la obesidad va en franco ascenso, registrando que más de la mitad de la población tiene sobrepeso y más del 15% es obeso. Ésta situación se le ha relacionado con las transiciones demográfica, epidemiológica y nutricional, que nos explican cambios importantes en la cultura alimentaria de nuestro país. (Maravel 2008) ²⁷

Otros factores asociados son la adopción de estilos de vida poco saludables y los acelerados procesos de urbanización en los últimos años. Así como las implicaciones económicas, sociales y de salud a mediano y largo plazo.

Es importante que se sigan aplicando estrategias de educación nutricional, destinadas a promover formas de vida saludables, considerando la cultura alimentaria, así como aspectos del desarrollo social y económico, señalando que en países como Brasil, India y China se han venido produciendo incrementos en los porcentajes de sobrepeso y obesidad en la población, y a medida que se va disponiendo de información en otros países del tercer mundo se comprueba que la epidemia de la obesidad es un fenómeno universal.

27. Maravel C. P., Factores Asociados con sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años, México 2008, P.p. 2-13

Ésta enorme generalización de la epidemia, que no parece reconocer límites geográficos ni sociodemográficos, ha hecho que las investigaciones sobre los factores poblacionales responsables de tan significativos cambios se centren sobre algunas de las condiciones sociales y económicas que imperan en las sociedades actuales. (Braier 1988) ²⁸

La obesidad por su magnitud y trascendencia es considerada como una amenaza a la salud pública de la civilización moderna aunque sus antecedentes históricos se remontan a la edad de piedra, su interpretación era muy diferente a la de la época actual.

En el México prehispánico se considera a la obesidad como un signo de salud y prosperidad. Pero fué a partir del siglo XX que hubo un desarrollo de conocimientos sobre la obesidad, y esto cambió la perspectiva de las cosas, como por ejemplo sustituir el termino corpulencia (utilizado en el siglo XIX) por el de la obesidad. En el siglo XX se han logrado avances de valiosa importancia, entre otros el uso de métodos conductuales en el tratamiento de la obesidad, que ha continuado su desarrollo en este siglo, generándose información útil para la comprensión y tratamiento de este antiguo problema: la obesidad. (PEÑA 2001) ²⁹

28. Idem

29. Peña M. Bacallao, La obesidad y sus tendencias en la región, México, 2001, P.p. 101-110

CAPITULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA OBESIDAD

2.1. OBESIDAD O IMC Y SOBREPESO.

La palabra obesidad viene del latín: *obesitas*, que significa “a causa de que yo como”. Es la acumulación generalizada y excesiva de grasa corporal.

Varios autores, entre ellos Braier 1988, Pick 1995, Formiguerra 1998, Mahoney 1999, Galván 2005 coinciden en que el ser obeso es una enfermedad que se caracteriza por un depósito excesivo de grasa en el cuerpo, y éste es llamado también IMC.

Este proceso suele iniciarse en la infancia y en la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético.

Las pequeñas cantidades de grasa son muy útiles como fuente de energía almacenada y como aislante del cuerpo. Constituye también un factor en el almacenamiento y absorción de algunas vitaminas como A, D, E, y K.

Muchos confunden el término exceso de grasa con exceso de peso, son dos cosas muy distintas, éste último denota un peso corporal mayor en relación con la talla. Sin embargo el exceso de peso y la obesidad se usan como sinónimos, aunque no sean idénticos.

La obesidad es una enfermedad que afecta a los individuos de todas las edades, abarcando desde la niñez hasta la vejez. No importando el sexo, aunque es más común en las mujeres.

Los Institutos Nacionales de la Salud, en los Estados Unidos, estudiaron las tablas elaboradas por la Sociedad de Actuarios y la Asociación de Directores de Seguros Médicos en 1979 y consideraron obeso a la persona cuyo peso por

excedente de grasa fuera 20% mayor que lo deseado (por tablas). Un escrito en Internet por (Sebas 2008) afirma que el exceso de grasa corporal, por lo general, y no siempre, se ve acompañada por un incremento del peso del cuerpo. (Sebas 2008) ³⁰

Es por eso que diversos autores en su definición de obesidad, omiten la palabra peso, debido a que un aumento del peso del cuerpo puede que no se deba en exclusividad a un incremento de la cantidad de grasa corporal. Por ejemplo las personas que practican el culturismo, quienes poseen una masa muscular muy desarrollada lo que se traduce siempre en un aumento de peso sin que esto indique que se trate de una forma de obesidad. (Donald 1993) ³¹

2.2. HISTORIA DE LA OBESIDAD

En los tiempos prehispánicos para muchos fue el principio de la humanidad y la obesidad humana parece haberse descrito desde la edad de piedra, de la que datan una serie de figuras femeninas cuyas siluetas denotan redondeles excesivos.

Esas imágenes de la edad de piedra resultan inquietantes, pero muy especialmente la citada en Venus de Willendorf (una pequeña estatuilla de piedra caliza de unos 11cm.), la cual podría encarnar una idealización divina, que describe con todo realismo y detalle una obesidad severa.(Farriol 2001) ³²

2.2.1. LA OBESIDAD EN EL MUNDO ANTIGUO:

En Egipto la medicina poseía un gran prestigio, de igual manera, otorgaban propiedades curativas a ciertos alimentos. Los faraones en sus representaciones artísticas, tanto en pintura como en escultura estaban estrictamente reglamentadas, se mostraban cuerpos fuertes y esbeltos, hombros cuadrados, cintura estrecha y largas piernas, independientemente si eran en realidad gordas, flacas, altos o gordos.

30. Sebas, la obesidad cada vez es mas frecuente en niños y adolescentes. <http://www.bago.com/BayoArg/biblio/pediatweb.2008>.

31. Donald S., la nutrición y sus trastornos, México 1993, P.p. 149-158

32. Farriol M., Etiopatogenia de la obesidad, México 2001, P.p.113-114

En Grecia y Roma se describe el riesgo que suponía la obesidad para la salud. Concretamente advertido que la muerte súbita era más frecuente en obesos que en delgados.

La obesidad también podría provocar, según los escritos de Hipócrates, infertilidad en la mujer, debido a la dificultad de la obesa para la culminación sexual, y por la acumulación de grasa que se producía el útero, el cual se cerraba impidiéndose la llegada al mismo de los fluidos seminales. (Sánchez 2004) ³³

Hipócrates clasificó a las personas obesas como la constitución húmeda, la cual debían compensar comiendo alimentos secos durante la mayor parte del año., así como realizando ejercicio físico. Indica que las comidas, una sola diaria, como era costumbre popular deberían tomarse justo después del ejercicio, que abre los poros, aún con síntomas de fatiga, quedando la bebida restringida a vino diluido y ligeramente fresco. El ejercicio más conveniente es caminar desnudo todo cuanto se pueda. Roma adoptó la cultura médica Griega, valoraron especialmente la alimentación, como revelan los escritos de Celso (53 a. c. – 7 d.c.). posteriormente Galeno (130-200 d. c.), creyente al igual que Hipócrates en la dinámica de los cuatro elementos (aire, tierra, fuego y agua) y los cuatro humores respectivos (bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema), sostenía que el principio primordial de la vida residía en un espíritu (neuma) que se hallaba en el aire, y que al ser inhalado e incorporado así a la sangre, se transformaba en espíritu vital, el cual al llegar al cerebro se convertirá en espíritu natural, que luego se distribuía a través de los nervios permitiendo la capacidad de movimiento del cuerpo. Galeno describió dos tipos de la obesidad: la moderada y la grave de las que solo tenía por morbosa la segunda. Los abusos del comer eran muy conocidos en la antigüedad. Constituían auténticas expresiones de poder social, político y económico. (Gómez 2008) ³⁴

2.2.2. LA OBESIDAD EN LA EDAD MEDIA

Estuvo eminentemente influida por la tradición Hipocrática y Galénica. Cuyos principios y procedimientos terapéuticos se mantuvieron vigentes durante los siglos de la mal llamada media oscura.

La religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes a la comida y el peso corporal. Sin embargo la obesidad era un regalo de dios, pero la gula era considerada un pecado capital.

33. Sánchez C. C., Epidemiología de la obesidad, México 2004, sección 53-S20

34. Gómez G. Alteraciones metabólicas asociadas a obesidad infantil, México 2008, P.p. 5-15

El ayuno frecuente en todas las religiones, era una forma de mostrar respeto, pero los placeres del buen comer con la consecuente obesidad eran el privilegio de clases sociales como los reyes.

En otras sociedades, la obesidad era equivalente a la opulencia pues solo las clases sociales más privilegiadas gozaban en un sinfín de alimentos, lo que ocasionaba que esta enfermedad fuera un mal común de estos círculos. Por otro lado el resto de la población sufría de escasez de alimentos y enfermedades relacionadas a la desnutrición. (Forero 2007) ³⁵

2.3. HISTORIA DE LA OBESIDAD (VISIÓN HISTORICA Y ANTROPOLOGICA)

La obesidad no existió significativamente para la especie humana hasta hace unos 10,000 años cuando el advenimiento de la agricultura, y luego la Revolución Industrial la convierten en la primera de las “enfermedades de la civilización”. La mayor sobrevivencia del obeso ante la falta de alimentos le dio el significado cultural de una condición protectora.

Sin embargo la obesidad no puede ser considerada saludable o riesgosa por lo que es en sí misma, si no en función del medio en el cuál el obeso debe desenvolverse. Cuando la agricultura, la ganadería y la tecnología fueron asegurando la provisión de nutrientes y prolongando la existencia humana dieron tiempo y oportunidad a los mecanismos desencadenados por la acumulación de la grasa para desarrollar sus efectos perjudiciales, justificando la consideración de la obesidad como una enfermedad. Lo antedicho debería eximir a los obesos de sentir la culpa por serlo o por sufrir sus consecuencias. Sin embargo no es así, La mayoría se siente culpable por ser obeso y por ello creen merecer un castigo basados en la creencia de haber cedido ante el placer proporcionado por las comidas. La amplia difusión por parte de los medios masivos, con respecto a la comida tiene como consecuencia la recomendación de alimentos hipo energético que no ha cambiado el pronóstico de la obesidad. No obstante aun hoy se sigue indicando un aporte energético fijo frente a un gasto que es variable lo que equivale a desconocer las señales de acople entre el ingreso y el gasto. Esto se traduce en desconocer el hambre ajena, en el riesgo de disparar comportamientos alimentarios anormales o de producir malnutrición. A pesar de esto se sigue recomendando (y aceptando) dietas y tratamientos a ciegas, muchas veces auto-controlados, en ignorancia de las

35.idem

características del paciente y de sus circunstancias. Algunos médicos y parte de la sociedad siguen confundiendo consiente o inadvertidamente las causas de los mecanismos, al emplear dietas hipocalóricas en pacientes que consultan por sobrealimentación a pesar de la irracionalidad que supone tratar el hambre con alimentación insuficiente. Aunque este mecanismo sea el más eficaz para reducir las reservas de grasa, se trate o no de obesidad. Debido a que la obesidad no es una urgencia médica los recursos de salud suelen destinarse a situaciones de mayor prioridad. Sin embargo muchas de estas prioridades suelen ser precisamente las complicaciones de la obesidad. Antes o después se pagara su precio mayor en vidas, salud y dinero que el invertido en asistir la causa misma o en prevenir su instalación. Ante una oposición médica y popular mas discursiva que operativa, tanto en niños como en adultos de culturas occidentalizadas. La obesidad está aumentando de tal manera, que si no cambia la tendencia en el año 2230 toda la población norteamericana será obesa. En la cultura popular predomina la ideología de que la obesidad se debe a una alimentación descontrolada, al sedentarismo y a la falta de interés en corregirlos.

Las explicaciones culturales se fundamentan en la insustentada premisa que las conductas alimentarias se adquieren por “aprendizaje” (a partir de premios o costumbres familiares) y que por el mismo mecanismo pueden corregirse, siendo mucho más cierto lo primero. El concepto cultural del aprendizaje como causa casi exclusiva o excluyente de la obesidad hace que se acepten de mala gana los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos, ante una realidad que parece inapelable: es rara la obesidad entre los individuos que continúan con el estilo de vida cazador-recolector de los comienzos de la historia. Son ejemplo los indios Pima del sur de los estados Unidos quienes padecen una elevada frecuencia de obesidad mientras que los que habitan en México, manteniendo su estilo de vida primitivo no la desarrollan. La alimentación insuficiente y la práctica de ejercicios tiendan a negativizar el balance energético hacen suponer que la sub-alimentación y la actividad física son tratamientos lógicos y además saludables. Y en parte lo son. Su sencillez y simpleza teóricas los suponen posibles a la mayor parte de los afectados lo que fomenta la suposición que “es gordo quien quiere”. Esto ha contribuido a la transformación de un problema médico en un tema “popular” al punto que se han constituido grupos de autoayuda sin supervisión profesional y se han promocionado masivamente dietas y estrategias auto-aplicadas para perder peso. Pero las cosas no son tan simples como parece. La sobrealimentación es “el mecanismo” por el cual la obesidad se constituye, mientras su causa es el producto de interacciones multifactoriales genético-ambientales, que cuando no son de difícil o imposible identificación, son de complejo abordaje. Limitar la ingesta desencadena

respuestas contra regulatorias normales, aunque no deseadas, cuyas manifestaciones van desde el aumento del apetito (o equivalentes) hasta el desarrollo de comportamientos compensatorios. Sin embargo la teoría de la hiperfagia (deseo incontrolable de seguir comiendo a cualquier hora, incluso después de haber comido) auto impuesta ha sido capitalizada por quienes apelando a la omnipotencia humana orientan en todos los casos hacia la aplicación de una terapeuta de recomendaciones “saludables” sustentadas en el ejercicio de la voluntad para implementar dietas y esfuerzos físicos, que en la práctica están condenadas al fracaso en el 90-95% de los casos, si le damos tiempo suficiente, como las evidencias indican. (Bauza 2005) ³⁶

2.4. OBESIDAD INFANTIL.

(Barlow 2001) hace hincapié a un trastorno llamado, trastorno nutricional de la niñez o la temprana infancia que puede dar como resultado un “Síndrome de incapacidad de desarrollo”, esto significa que la alimentación inadecuada da lugar a un aumento insuficiente de peso. (Barlow 2001) ³⁷

Con insuficiente se refiere a una tasa de crecimiento por debajo del tercer percentil en el peso o la estatura. Ésta operación de cuenta de hasta el 5% de todas las admisiones a unidades pediátricas.

(Formiguerra 1998), menciona 2 periodos en el que se presenta la obesidad; el primero es en el primer año de vida y éste no predice de forma necesaria la posibilidad de ser obeso durante la vida adulta; y el segundo periodo de aparición de la obesidad se sitúa entre los 4 y los 11 años, a ésta edad puede haber un aumento progresivo de peso hasta superar el límite máximo considerado normal para la edad.

Cuando la obesidad comienza a edad temprana, se plantea el diagnóstico de errores genéticos del metabolismo; en esos casos suele asociarse a detención del crecimiento, retardado mental y manifestaciones oculares, auditivas o renales.

Aunque es claro que la obesidad tiene un componente genético, las causas de la obesidad, sin duda representan interacciones complejas entre factores biológicos, sociales y conductuales, y son difíciles de precisar los mecanismos exactos.

36. Bauza A. C., Obesidad, causas, consecuencias y tratamiento, Argentina 2005. P.p. 21-547.

37. Barlow H. D., Psicología Anormal, un enfoque integral, México 2001, P.p. 264-265.

Un estudio reciente de resultados de diez años de un tratamiento conductual basado en la familia contra la obesidad infantil sugiere que la intervención temprana en la infancia puede efectuar cambios importantes y duraderos en el control de peso.

Se puede considerar obeso todo niño cuyo peso sobrepase en un 15% o dos desviaciones estándar el peso medio correspondiente a su talla y edad con la condición que este exceso de peso sea una acumulación de grasa de reserva, lo que se puede valorar por el grosor del pliegue cutáneo.

Si un niño de edad escolar, comienza a ser obeso es posible que su familia sea socialmente enferma, con una madre predominante y castradora, que premia la docilidad mediante comida, causa un patrón de comer que abarca a todos los integrantes de grupo familiar y por lo general, el hogar es el centro de reuniones sociales, con comidas apetecibles y de gran densidad calórica.

Varios autores están de acuerdo en subrayar la elevada incidencia familiar de la obesidad: J. Mayer encuentra que el solo 10% de los niños cuyos padres tienen un peso normal presentan exceso ponderal, contra el 40% de aquellos que tienen uno de los padres obesos y el 80% de aquellos cuyo padre y cuya madre padecen esta enfermedad; P. Royer indica que el 70% de los niños obesos tienen ambos padres también obesos.

La actitud de los niños obesos puede ser muy diversa; según P. Royer, pueden ser activos, deportistas, dinámicos, pero algunos son inactivos y se sienten repulsiones por los ejercicios físicos. Según numerosos estudios de J. Mayer y Cols; los lactantes, los niños de edad escolar y los adolescentes obesos "Típicos" se caracterizan mucho más por la inactividad que por la sobrealimentación. (Ajuriaguerra 2002) ³⁸

El niño obeso puede tener una psicología peculiar: estudioso, dócil, sumiso, por inmadurez emocional que le impide adaptarse a agresiones Psíquicas. La discriminación hacia su figura y la torpeza de movimientos en la escuela y en los clubes, lo conducen a no aceptar su cuerpo. Por eso, niños de peso normal tienden a rechazarlos por sus juegos. Sería un error generalizar ésta observación, hay niños obesos que conservan su autoestima.

38. Ajuriaguerra J., Manual de psiquiatría infantil, Barcelona 2002, P.p. 199-203

Por otro lado, la obesidad escolar es uno de los actuales factores claves que repercute no solo a los factores sociales y psicológicos, como una imagen negativa que perciben de sí mismos o en las sensaciones de inferioridad y rechazo, si no que a demás suelen tener escaso rendimiento académico. (Lobstein 2004) ³⁹

Han existido propuestas de programas de intervención, en las que la coordinación familiar, es importantísima, asesorándolas, para que las raciones alimentarias que reciba el niño sean las adecuadas para cubrir sus necesidades, y garantizar el correcto crecimiento y desarrollo así como para recomendar la instauración de los hábitos correctos de alimentación.(Bermudo 2001) ⁴⁰

39.Lobstein T. L., Obesity children and young people, a crisis in public health, *Obes Rev.* 2004, P.p. 14-104

40.Bermudo F. M., *Obesidad algo mas que un problema de peso.* México 2001, P.p. 31-244

CAPÍTULO III

NIÑO ESCOLAR DE 6 A 12 AÑOS

3.1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL NIÑO ESCOLAR

3.1.1. CRECIMIENTO.

Es un cambio físico y aumento de tamaño, por lo tanto es medible. Los indicadores de crecimiento son el peso, estatura, tamaño óseo y dentición.

3.1.2. DESARROLLO.

En psicología es la ciencia que estudia el cambio de comportamiento humano a lo largo del ciclo vital, este ciclo es el tiempo en que se desarrolla este cambio y este cambio se da en un contexto social, ambiental, ecológico y cultural determinado. (Cruz 2007) ⁴¹

3.2. TEORIAS DE LA PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO.

Cabe señalar que hay dos posiciones teóricas diferentes: una, es el desarrollo como sucesión de fases y otra, es la que lo consideran como crecimiento.

3.2.1. el desarrollo como sucesión de fases:

Entre las teorías más conocidas de este grupo está la psicoanalítica de Freud, la madurativa de Gesell y la genético cognitiva de Piaget.

3.2.1.1. Teoría Psicoanalítica:

Freud propone una estructura de la personalidad, la cual está constituida por tres instancias: el Ello, el yo y el super yo.

41.Ídem

Se forman sucesivamente en las diferentes etapas de la evolución del niño y determinan los diferentes estadios de su desarrollo.

El desarrollo de la personalidad en un proceso de tensión entre las tres instancias.

El Ello es la más primitiva de las tres instancias psíquicas y está constituido por un sistema de necesidades dotadas en una particular potencia y energía. Entre estas necesidades, Freud sitúa en primer plano los instintos. Los instintos son numerosos, pero Freud los reduce a dos: el instinto de vida o eros (que comprende los instintos de conservación de sí y de la especie, el amor de sí y el amor objetal) y el instinto de muerte o destrucción, que representa, según Freud, esta tendencia de todo estado evolutivo a volver al estado anterior que le ha precedido en la vida. La energía respectiva de estos dos instintos fundamentales es la libido y la fuerza destructiva o agresividad. Por lo tanto el Ello es inconsciente. No conoce leyes ni tiene en cuenta la realidad, sino la satisfacción de sus propios deseos mediante la descarga de la tensión que estos originan en la persona.

La formación del Yo se realiza a partir del Ello. La dirección de su actividad está orientada a la búsqueda del placer, como el ello, del cual se origina; pero teniendo en cuenta al mismo tiempo sus deseos de autoconservación en el seno de una realidad que le presenta también a su vez una serie de exigencias, necesidades y amenazas; lo que lleva al Yo a frenar sus impulsos, a modificarlos, a canalizarlos y a suprimir algunos que se presentan como peligrosos para esta autoconservación. La estructura del Yo, está formada de conocimientos y de defensa. Su actividad cognoscitiva la constituyen las percepciones externas e internas y todos los procesos intelectuales que permiten al Yo conocer las modificaciones que se originan tanto en el mundo interior como en el exterior. Su actividad defensiva consiste en utilizar todos aquellos mecanismos de defensa formados a través de los diferentes estadios de la constitución del Yo.

El Super Yo, es la tercera instancia de la estructura psíquica y la última en aparecer en la persona.

La modificación esencial del Yo que prepara el nacimiento del Super- Yo se produce en el estadio del complejo de Edipo.

La resolución de éste complejo consiste en la renuncia al progenitor del sexo contrario como objeto del amor libidinal y a la interiorización por la que el niño se identifica con el progenitor del mismo sexo. El Super Yo, según esto es el

heredado del complejo de Edipo y resulta de las identificaciones que liquidan dicho complejo.

Una vez constituido el Super Yo, asume la función de vigilar sobre el Yo, darle órdenes, dirigirle, amenazarle con castigos, etc. Los fenómenos de autoobservación, autocrítica, los sentimientos de remordimiento y culpabilidad. El masoquismo moral, está relacionado con estas instancias de la persona. La actividad del Super Yo puede ser preconscious o inconsciente. Sobre todo inconsciente.

Los estadios psicoanalíticos están relacionados con la génesis de ésta estructura psíquica y el desplazamiento de la libido a través de una serie de órganos específicos para obtener placer. Primero se da el estadio oral, posteriormente el anal y finalmente el genital. (Moraleda 1999)

3.2.1.2. Teoría Madurativa de Gesell:

Para Gesell la maduración ocupa un lugar preponderante en la concepción del desarrollo.

El niño posee tendencias y rasgos constitucionales, la mayor parte innatos, que determinan hasta un cierto punto que y como se puede aprender. Estos rasgos y tendencias son a la vez raciales y familiares. El niño toma posesión de ésta doble herencia por el proceso de maduración.

Esta importancia por la maduración no excluye en absoluto la influencia del medio y en particular el medio social.

Los factores internos y los factores externos son inseparables. Maduración y medio social se compenetran e interrelacionan desde el nacimiento.

El crecimiento humano dice Gesell es sensible a las influencias culturales a partir del nacimiento. La personalidad comienza a tomar forma bajo la influencia de otras personalidades.

Gesell se inclinó a subrayar con énfasis el papel de la maduración en el desarrollo, como reacción contra los excesos de los conductistas. Pero no por desconocimiento o subestima de la influencia del medio social como tal. (Moraleda 1999) ⁴²

42. Moraleda M., Psicología del desarrollo, infancia y adolescencia y Senectud. México 1999. P.p. 1-10

3.2.1.3. Teoría Genético-cognitiva de Piaget:

Piaget concibe el desarrollo como un proceso de adaptación con el medio en el cual distingue dos aspectos: un componente afectivo o energético y un componente cognoscitivo o estructural. En donde Piaget pone toda su atención en éste último.

Así pues, son varias las ideas que explican el desarrollo:

La idea básica, es que las funciones permanecen a lo largo del desarrollo infantil, mientras que las estructuras cambian sistemáticamente.

La estructura es un conjunto de acciones u operaciones interrelacionadas que forman un comportamiento de conjunto. Por ejemplo un niño ve un sonajero y lo coge. La estructura de ésta conducta incluye los medios (mirar, alcanzar) y el fin (estimulación del objeto en la mano). Cada uno de estos factores está relacionado con el otro. A esta relación es lo que Piaget llama estructura. Y a cada unidad estructural la denomina "esquema".

El término función se refiere al modo de interactuar el sujeto con su medio. Las funciones básicas del desarrollo son dos: la adaptación y la organización. Ambas funciones son heredadas biológicamente y no cambian a través del desarrollo por lo que Piaget las denomina "invariables funcionales".

La adaptación como proceso de desarrollo cognitivo consiste como el proceso de adaptación biológica, en un proceso de equilibrio entre dos funciones: la asimilación y la acomodación o ajuste.

Se produce una asimilación, siempre que un organismo utiliza algo de su ambiente y se lo incorpora.

Por ejemplo, a un niño que se le da a chupar un biberón (asimilación) llega al fin a darse cuenta de que ciertos movimientos de la lengua son más aptos para la succión de la leche que otros (acomodación). Éste nuevo esquema de comportamiento tiene que ser aprendido. Si no existiera asimilación, no se producirían nunca variaciones ni por tanto desarrollo.

Otro factor importante según Piaget es la experiencia para explicar el desarrollo cognitivo. El ejercicio que supone la presencia de objetos frente a los cuales se ejerce la acción, pero sin que esa experiencia o comportamiento sea extraído necesariamente de dichos objetos.

Para Piaget los tres factores clásicos que son la maduración, el medio físico y el medio social, son necesarios pero insuficientes para explicar la génesis de las

estructuras mentales. Hace falta añadir un cuarto factor que es el de la equilibración.

Por otro lado para Piaget el desarrollo cognitivo seguiría una secuencia invariante y universal de estadios definidos en cada caso por una determinada estructura.

ESTADIO	LOGROS FUNDAMENTALES
Sensorio-motor (0-2 años)	Estructura espacio-tiempo y causal de las acciones. Inteligencia práctica basada en las acciones
Preoperatorio (2-7 años)	Inteligencia simbólica o representativa. Razonamiento por intuiciones, no lógico.
Operaciones concretas (7 a 12 años)	Primeras operaciones, aplicables a situaciones concretas, reales. Razonamiento lógico.
Operaciones formales (adolescencia)	Desligamiento de lo concreto. Razonamiento hipotético-deductivo y abstracto.

3.2.2. El desarrollo como crecimiento:

Los teóricos tratan de representar el desarrollo psíquico de modo análogo a los cambios que se observan en la esfera somática.

El concepto teórico de éste modelo de desarrollo, es que tanto el crecimiento físico como el desarrollo psíquico son procesos correlativos que se producen en el mismo organismo y deben entenderse del mismo modo, es decir como proceso de crecimiento.

El concepto de crecimiento no corresponde únicamente el aumento de peso y tamaño, sino también modificaciones estructurales que pueden ser, por ejemplo, de proporción y complejidad. (Funciones sensoriales, psicomotrices, lenguaje, pensamiento, conducta social, etc. (Moraleda 1999) ⁴³

3.3. DESARROLLO DEL NIÑO POR AREAS.

3.3.1. Área motora:

En relación al crecimiento físico, entre los 6 y 12 años comienza a disminuir su rapidez. En términos generales, la altura del niño en este periodo aumentará en 5 o 6% por año, y el peso se incrementará en aproximadamente en un 10% por año. Los niños pierden sus dientes de leche y comienzan a aparecer los dientes definitivos. Muchas niñas comienzan a desarrollar entre los 9 y 10 años las características sexuales secundarias, aún cuando no están en la adolescencia.

43.Ídem

Por otro lado los niños de ésta edad se vuelven más fuertes, más rápidos, hay un continuo perfeccionamiento de su coordinación: muestran placer en ejercitar su cuerpo, en probar y aprender nuevas destrezas. Su motricidad, fina y gruesa, en ésta edad muestra todas las habilidades posibles, aun cuando algunas de ellas aún sean ejecutadas con torpeza.

3.3.2. Área cognitiva:

En el ámbito cognitivo, el niño de 6 años entra en la etapa que Piaget ha denominado Operaciones Concretas. Esto significa que es capaz de utilizar el pensamiento para resolver problemas, puede usar la representación mental del hecho y no requiere operar sobre la realidad para resolverlo. Sin embargo para las operaciones concretas están estructuradas y organizadas en función de fenómenos concretos, sucesos que suelen darse en el presente inmediato; no se puede operar sobre enunciados verbales que no tengan su correlato en la realidad. La manera en que los sucesos podrían darse, son destrezas que el individuo logrará al llegar a la adolescencia, al tiempo de llegar a las operaciones formales.

Piaget menciona, que en el desarrollo intelectual el niño alcanza la noción de CONSERVACIÓN, es decir, es la toma de conciencia de que dos estímulos, que son iguales en longitud, peso o cantidad, permanecen iguales ante la alteración perceptual, siempre y cuando no se haya agregado ni quitado nada.

Existen varios principios que van a caracterizar la forma en que esos niños piensan:

1.-IDENTIDAD: Es la capacidad de darse cuenta de que un objeto sigue siendo el mismo aun cuando tenga otra forma.

2.-REVERSIBILIDAD: Es la capacidad permanente de regresar al punto de partida de la operación. Puede realizarse la operación inversa y restablecerse la identidad.

3.-DESCENTRADO: Puede concentrarse en más de una dimensión importante, esto se relaciona con una disminución del egocentrismo. Hasta los 6 años el niño tiene un pensamiento egocéntrico, es decir no considera la posibilidad de que exista un punto de vista diferente al de él. En el periodo escolar va a ser capaz de comprender que otras personas pueden ver la realidad de forma diferente a él. Esto se relaciona con una mayor movilidad cognitiva, con mayor reflexión y aplicación de principios lógicos.

3.3.3. Área emocional y afectiva

La etapa escolar, se caracteriza en lo afectivo, por ser un periodo de cierta calma. La mayor parte de la energía del niño está volcada hacia el mejoramiento de sí mismo y a la conquista del mundo. Hay una búsqueda constante de nuevos conocimientos y destrezas que le permitan moverse en el futuro en el mundo de los adultos.

3.3.4. Área social

En éste periodo existe un gran aumento de las relaciones interpersonales del niño. Los grupos de amistad se caracterizan por ser del mismo sexo. Entre los escolares pequeños (6 y 7 años) hay mayor énfasis en la cooperación mutua, lo que implica dar y tomar, pero que todavía está al servicio de interés propios (no hago favores). En los escolares mayores (8 a 10 años), la amistad se caracteriza por relaciones más íntimas, mutuamente comparativas en las que hay una relación de compromiso y que en ocasiones se vuelven posesivas y demanda exclusividad.

El grupo de pares en los escolares, comienza a tener una centralidad cada vez mayor para el niño, ya que es la interacción con ellos donde descubren sus aptitudes y es con ellos con quién va a medir sus cualidades y su valor como persona, lo que va a permitir el desarrollo de su autoconcepto y de su autoestima. Las opciones de sus compañeros acerca de sí mismo, por primera vez en la vida del niño, van a tener peso en su imagen personal.

El aspecto negativo en este ámbito, es que los niños de ésta edad son muy susceptibles a las presiones para actuar de acuerdo con los pares. Esto principalmente afecta a los niños de baja autoestima y habilidades sociales poco desarrolladas. Los profesores comienzan en este periodo a tener una mayor importancia, se convierten en sustitutos de los padres en el colegio; sin embargo el valor que le asignen al niño va a estar dado por la demostración de sus capacidades. Los profesores imparten valores y transmiten las expectativas sociales al niño y a través de la actitud hacia él colabora en el desarrollo de su autoestima. Por último el juego es indispensable para el área social, ya que en éste periodo gana confianza en sus habilidades para hacer una diversidad de cosas. Aprenden a compartir, sacan toda la energía reprimida y actúan en forma agresiva. Por otro lado aprenden a obedecer reglas. (Desarrollo psicomotor 2008) ⁴⁴

44. Desarrollo psicomotor 2008, <http://www.chanta.c1/foros/showthread>.

3.4. NIÑO OBESO EN EL AMBITO ESCOLAR.

En México en el 2003 se decía que había muy pocos informes sobre la prevalencia de obesidad en niños.

Se consideraba que en el país estaba pasando por una transición epidemiológica en la que una parte de la población aun presenta desnutrición en la infancia, mientras que un porcentaje casi similar es portador de obesidad. (Calzada 2003) ⁴⁵

Para el 2005 la obesidad de los niños se ha incrementado dramáticamente en las dos décadas recientes. El proceso se inicio en los países desarrollados para expandirse a todo el mundo. No solo a aumentado drásticamente el número de niños con sobrepeso, si no que los mayores aumentos relativos de prevalencia han ocurrido en aquellos con obesidad por lo que el número de obesos ha aumentado proporcionalmente más que los que presentan sobrepeso.

Como dice Kith 1991, la obesidad de los niños puede correlacionarse con muchas variables epidemiológicas; como la edad, sexo, factores sociales, como compañeros de escuela y maestros; factores familiares, factores socioeconómicos y factores psicológicos, como la autoestima.

Es en ésta etapa donde la coordinación familiar es importante, asesorándolas para que las raciones alimentarias que reciba el niño sean las adecuadas. (Donell 2005) ⁴⁶

3.5. ESTUDIOS DE H. BRUCH SOBRE LA OBESIDAD DEL NIÑO.

Lo que expone H. Bruch, es un tipo de personalidad especial del niño obeso, captando el sentido original de su forma de organización alimenticia que parece haber perdido.

Los primeros estudios de H. Bruch sobre la obesidad del niño (en los años 30) llegaron a la descripción de un perfil especial del niño obeso y de su constelación familiar; en 1970 reemprende su estudio por la misma línea aunque con algunas modificaciones de interpretación, subrayando el abuso que los padres, hacen del niño, como compensación de las imperfecciones de su vida; desde el principio la energía de la madre parece ir dirigida hacia un cambiar al niño, a hacerlo a su medida, deseo que se expresa por su modo de ocuparse de sus necesidades corporales.

45. Calzada L. R., Obesidad, Academia Mexicana de Pediatría, México 2003, P.p. 1-21

46. Donell y Grippo B., Obesidad en la niñez y la adolescencia, Argentina 2005, P.p. 3-17.

El niño obeso es un niño con cualquier nivel de inteligencia, pero que a menudo presenta una mala adecuación emocional, sin que pueda describirse un tipo de personalidad unívoco. H. Bruch, a partir del estudio de test proyectivos, descubre unas perturbaciones en la representación de la imagen corporal, una confusión en la identificación sexual, en algunos casos unos rasgos de apariencia psicótica.

Por su parte el niño cuyas otras necesidades están reprimidas, insatisfechas, reacciona con una demanda alimenticia creciente y un deseo de satisfacción inmediata; el alimento, equivalente del amor tiene un valor de compensación y de alivio; aparentemente sumiso, en realidad se convierte en un tirano que no soporta el rechazo.

Así en los conflictos de la vida social, la hiperfagia puede ocupar el lugar de la agresividad, y el peso puede adquirir un valor simbólico: tiene miedo de perder su fuerza adelgazando. La obesidad por lo tanto responde a un trastorno de la personalidad, el hecho de ser obeso tiene una gran importancia para este niño por cuanto no a encontrado solución a sus dificultades, sirviéndole la obesidad de “pantalla” para sus problemas. Este tipo de obeso se resiste al hacer régimen más que ningún otro y cuando se le impone, es fuente también de una gran tensión. De hecho el obeso solo se curará cuando pueda seguir su tratamiento sin excesivo esfuerzo después de la desaparición de los trastornos funcionales. (Ajuriaguerra 2002) ⁴⁷

3.6. LOS CONFLICTOS INCONCIENTES DE H. BRUCH

La obesidad debía considerarse una consecuencia de la sobrealimentación y la descarga motriz reducida, actitudes desencadenadas a partir de conflictos psicológicos, Rascovsky y Gama, coinciden al considerar que las dificultades del desarrollo evolutivo en la infancia, pueden determinar fijaciones en la temprana etapa oral y provocar ya en la edad adulta, frecuentes regresiones con cambios en el tipo y cantidad de alimentación y consecuente obesidad.

Sin llegar a la ausencia física, la falta de atención y comprensión de las necesidades, sobre todo emocionales, del bebé, hacen que algunas personas entendían a los alimentos como el único objeto sustitutivo válido y confiable. El niño intentará negar la falta de los padres sustituyéndolos por la comida y con ellos, inmovilizándolos y tragándolos simbólicamente. (Ajuriaguerra 2002)

47.Ídem

Es decir, que los orígenes de la obesidad se sitúan en un estadio temprano del desarrollo libinal, sea por privación o por exceso de las provisiones afectivas y de continencia. Su resultado será una fijación en la etapa oral, que se pone de manifiesto por una susceptibilidad inusual a los tempranos conflictos emocionales y primeras frustraciones, reactivados luego en la edad adulta. Ante la reactivación de los conflictos, la regresión a la etapa oral del desarrollo, lleva a comer en exceso.

3.7. ALTERACIONES DEL DESARROLLO DE PERSONALIDAD

Las alteraciones del desarrollo de personalidad han sido descritas desde el marco teórico psicoanalítico. Una línea de ideas, pone el énfasis en las interrelaciones entre el obeso y los miembros más importantes del entorno familiar. Bruch describe una familia de madre sobre protectora y padre ausente, que hoy forma parte de la caracterización de otras entidades clínicas como la esquizofrenia o las adicciones.

Posteriormente ésta autora sugirió enfatizar la relación madre-hijo y las características del aprendizaje que de ella se desprenden. Plantea una dificultad de la madre, para decodificar las señales provenientes de su bebé, de tal forma podría confundir el hambre con otras sensaciones displácenteras del niño y por ello alimentarlo indiscriminadamente ante distintas señales, posiblemente ante un clima emocional de confusión y desconcierto. La consecuente dificultad del bebé para el reconocimiento de sus propias sensaciones internas, podría llevarlo a confundirlas, respondiendo con el mismo tipo de conducta alimentaria a muy distintas clases de excitación llegando así a la Sobreingesta y el sobrepeso.

Otros autores que trabajaron con bebés son Ainsworth y Bell, quienes los controlaban desde los tres meses de edad, cuyos resultados son divergentes en cuanto al desarrollo de obesidad, al comparar formas de alimentación con las características de confusión que relata Bruch, respecto a un esquema alimentario, a horario fijo, aun teniendo que despertar al bebé. Mientras que otros reciben un exceso de alimentación y en forma inapropiada, no resultan más obesos que el promedio de la población general, los alimentos por mamás que no interpretan adecuadamente las señales, presentan mayor grado de obesidad. Los resultados de éste trabajo experimental, pueden ser interpretados en el mismo sentido que las afirmaciones de Bruch: las relaciones vinculares tempranas parecen tener incidencia en la posterior aparición de exceso de peso. (Bauza 2005) ⁴⁸

48. Ídem

CAPITULO IV

FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES DE LA OBESIDAD INFANTIL

4.1. ETIOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La obesidad se considera multifactorial, debido a los siguientes factores.

4.1.1. FACTORES GENÉTICOS Y AMBIENTALES.

El exceso de grasa no se trasmite a través de los genes, sólo se adquiere por un desequilibrio de energía. (Mahoney 1999) ⁴⁹

Desde un punto de vista, puramente mecanístico, la obesidad puede ser debida a tres causas principales:

- a) Un aumento en la ingesta energética.
- b) Una disminución en el gasto energético
- c) Una tendencia de las calorías de la dieta al ser almacenadas frecuentemente como grasa.

Estos factores son capaces de modificar el equilibrio nutricional, definido como el conjunto de mecanismos fisiológicos implicados en la ingestión, absorción, almacenamiento y utilización de los nutrimentos con la finalidad de convertir un crecimiento óptimo y equilibrado en altura y peso durante la infancia y la pubertad y posteriormente, alcanzar la talla final, conservando un peso adecuado. (Calzada 2003) ⁵⁰

49. Mahoney M. , Control permanente de peso, México 1999, P.p. 15-163

50.Ídem

La herencia tiene un papel importante, tanto que de padres obesos el riesgo de sufrir obesidad para un niño es 10 veces superior a lo normal. En parte es debido a las tendencias metabólicas de acumulación de grasas, pero en parte se debe a que los hábitos culturales alimenticios y sedentarios, contribuyen a repetir los patrones de obesidad de padre a hijo. Otra parte de los obesos, lo son por enfermedades hormonales o endócrinas, y pueden ser solucionados mediante un correcto diagnóstico y tratamiento especializado. (Sebas 2008) ⁵¹

El ser obeso puede estar atribuido al seguimiento de hábitos similares de alimentación de una familia genéticamente predispuesta. Por lo que la genética de la obesidad se encuentra notablemente influenciada por factores externos. (Gómez 2008) ⁵²

4.1.2. FACTORES PSICO-SOCIALES.

La rápida urbanización, ha producido dramáticos cambios en los estilos de vida y de alimentación de las poblaciones. Una consecuencia ha sido la disminución del gasto energético, en especial de las mujeres, respecto en el que se hace en el medio rural; en el caso de los hombres, cada vez son menos los empleados, en tareas físicas a expensas de maquinaria.

La facultad de las comunicaciones, sean telefónicas o por computadora, ha disminuido enormemente, la necesidad de trasladarse, aún dentro de los lugares de trabajo en un mismo edificio.

La generosa disponibilidad de medios de transporte urbano y suburbano es otro factor. Así como la modernización y la urbanización han traído aparejada la incorporación cada vez mayor de las mujeres al mercado laboral y de los niños a los comedores escolares. Esto significa, comidas fuera del hogar y que habitualmente son de alta densidad energética, y la casi desaparición del cocinar en la casa por parte de las madres. El tiempo que destinan las madres a preparar comidas hogareñas es cada vez menor.

Otro factor es el costo de los alimentos. Una alimentación que cumpla con las recomendaciones alimentarias adecuadas para el organismo es aun más costosa que aquella basada en cereales y grasas. Las Verduras y frutas en términos de la energía que aportan son hasta 10 veces más costosas que cereales y grasas por su alto contenido en agua y fibra no digerible.

51. Ídem

52. Ídem

Con ello se conforman un hábito de alimentación y de preferencias que puede persistir aunque mejoren las circunstancias económicas de la familia.

La televisión, la computadora, los juegos electrónicos y el internet han aumentado el sedentarismo, especialmente en los niños mayores y adolescentes. Se ha comprobado correlación significativa entre sobrepeso y horas de actividades extracurriculares, como son las clases de computación, idiomas, instrumentos musicales y otros, ya que agravan el sedentarismo. Otro contribuyente al sedentarismo de los niños son las limitadas posibilidades para realizar actividades físicas recreativas en las horas de ocio o en las escuelas. Las escuelas urbanas suelen tener programas de actividad física muy deficientes. Quizá se deba a la falta de espacio o de elementos. A nivel familia son escasas las facilidades públicas, gratuitas para la práctica de deportes o de otras actividades físicas, y las pagas suelen estar fuera del alcance de la mayoría de los sectores menos privilegiados, qué con sabiduría privilegian actividades extracurriculares que se relacionan con el futuro laboral de los hijos.

Otro factor es cuando ambos progenitores trabajan, por que los niños al regreso de la escuela suelen quedar a cargo de niñeras. Junto con estas se agregan las ya mencionadas al sedentarismo, ya que los niños ven más TV., están más en el internet, y es difícil aislar a los niños de las influencias ambientales y sociales. Otros cuidadores son los abuelos, y estos suelen tener escasa imaginación para los pequeños regalos que les hacen a los niños. En vez de regalar algunos libros infantiles, lápices o pequeños juguetes, lo mejor es regalarle golosinas, gaseosas o refrescos. (Donell 2005) ⁵³

Los niños aprenden por imitación. Los padres no solo suministran los genes que predisponen a la obesidad, sino también influyen modelando actitudes y comportamientos relativos a la alimentación. (Rivera 2008) ⁵⁴

En Estados Unidos y Europa la revisión de 144 estudios entre “Estado socioeconómico y obesidad”, demostró entre las mujeres una relación inversa, menos consciente en los varones, y en los niños, mientras que en los países en desarrollo la relación fue positiva. Las evidencias sugieren que la obesidad puede conducir a un bajo estado socioeconómico aunque un bajo estado socioeconómico también podría conducir a la obesidad.

53.Ídem

54.Ídem

Quedan por lo tanto poca duda que la obesidad es altamente censurada en los países occidentalizados tanto en el término de apariencia física, como en la significación que se hace de la misma, lo cual fué claramente expuesto por Stunkard al afirmar que “la mayor carga que soporta el obeso es justamente la carga psicológica.

Estos problemas de índole psico-social, consecuencia del conflicto entre el medio cultural y el individuo, producen un rechazo tan fuerte hacia la obesidad y el obeso, que genera sentimientos de culpa por ser obeso, siendo causa de baja autoestima en áreas vinculadas con la imagen personal y el desempeño global.

Los indicadores objetivos: sean económicos, laborales, etc., son importantes, aunque también lo son los aspectos cognitivos, afectivos y simbólicos, como lo demuestran las respuestas de los obesos mórbidos a preguntas referidas a su peso y a las funciones psico-sociales. (Formiguerra 1998) ⁵⁵

4.1.3. ESTILO DE VIDA

La delgadez es un ideal en los ámbitos donde es fácil ser obesos, mientras que la preferencia por la gordura se produce en los ámbitos donde es más fácil ser delgados, alcanzar y mantener cualquiera de estos estados en su particular contexto cultural requiere esfuerzos individuales y económicos, lo cual es también una forma de evidenciar determinación y poder.

La práctica del ejercicio y las comidas “dieta” hacen suponer que la aproximación al cuerpo ideal es algo que puede adquirirse si se puede invertir suficiente tiempo libre y de personas ricas y bellas.

Pero la obesidad tiene un significado diferente y cambiante para las culturas en relación con las condiciones de vida y según los momentos evolutivos, demostrativos, de la relativización de la impotencia del sujeto frente a las necesidades de la especie.

La imagen humana se convirtió en un elemento clave como punto de referencia para establecer juicios en la escala de valores populares, con una versatilidad, que la llevo a abarcar aspectos biológicos, estéticos, económicos, psicológicos y sociales, en la mayor parte de los casos, con más fuerza categorizante entre otros valores.

55. Formiguerra X., Obesidad, Madrid España, 1998, P.p. 1-120

La obesidad fué desconsiderada como enfermedad durante largo tiempo hasta la demostración de sus repercusiones negativas sobre la salud. Es de esperar que la difusión de conceptos veraces y probados halla modificando el concepto sociocultural y médico, de ésta afección gestando una inserción y aceptación diferente del obeso en la sociedad y que desarrolle de nuevas y mejores estrategias de prevención y tratamiento, pueden aliviar éste padecimiento. (Bauza 2005) ⁵⁶

4.2. CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD.

4.2.1. REPERCUSIONES MEDICAS

Diversos riesgos para la salud e incomodidades sociales están asociados con la obesidad.

En un estudio que lleva a cabo el Hospital infantil de México “Federico Gómez”, en niños con sobrepeso y obesidad de 4 a 18 años de edad, se observó que de 100 niños estudiados, el 16% son hipertensos, el 50% tienen problemas de altos niveles de triglicéridos y colesterol, lo que se conoce como síndrome metabólico.

La obesidad es una enfermedad crónica, progresiva, pero curable por lo tanto es sumamente valiosa la intervención de padres, personal médico y psicológico.

Alteraciones provocadas por la obesidad son:

- a. Hipertensión
- b. Diabetes mellitus 2
- c. Enfermedades coronarias
- d. Vesícula biliar
- e. Cáncer
- f. Alteraciones de los lípidos
- g. Hipotiroidismo
- h. Problemas óseos (alteraciones ortopédicas)
- i. Alteraciones pulmonares
- j. Alteraciones endócrinas
- k. Problemas dentales
- l. Alteraciones psicosociales. (Obesidad y sobrepeso infantil 2009) ⁵⁷

56. Ídem

57. obesidad y sobrepeso infantil 2009 <http://www.pamitasfutbol.unam.mx/obesidad.html>

4.2.2. REPERCUSIONES PSICO-SOCIALES

Los niños con sobrepeso son más susceptibles a tener problemas psicológicos y de que estos problemas persistan en la adultez. A los 6 años los niños ya han captado el mensaje social de que ser gordo es malo y algunos niños con sobrepeso son rechazados y marginados socialmente o desarrollan una imagen corporal distorsionada.

Los niños construyen su identidad a través de la imagen que reciben de sí mismos de las personas significativas con las que interactúa (entre ellas su grupo de compañeros, maestros y sus amigos).

Los niños obesos pueden sufrir estigmatización y discriminación social. Existen factores externos, como modas, publicidad, horarios laborales, escolares, disponibilidad económica, etc. Que influyen también a la hora de seleccionar los alimentos, la frecuencia de las comidas y el tipo de preparación culinaria. Por otro lado hay que tener en cuenta, que el hombre no solo come para cubrir necesidades fisiológicas, sino para también disfrutar de la comida y dentro de unos hábitos alimentarios saludables. (Cava 2000) ⁵⁸

Los obesos suelen desempeñar un personaje cómico, tropezón y glotón, por otra parte son discriminados por los adultos o compañeros, y esto desencadena en ellos actitudes antisociales y frecuentemente aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad. Es también un gran problema encontrar vestimenta para los niños obesos, ya que es difícil que encuentren ropa de moda adecuadas para su talla. Además estos niños presentan frecuentemente alteraciones del comportamiento, síntomas de depresión, estrés, ansiedad, baja autoestima, frustración, autoagresión, pobre imagen de sí mismos, tímidos, vergonzosos, incómodos, miedosos, sufren de insomnio, auto reproches, disminución de la expresividad afectiva, e incluso ideas de suicidio.

Según estudios realizados en el Reino Unido y en Estados Unidos, los jóvenes con exceso de peso ganan mucho menos que las personas sanas, sin sobrepeso o que otras mujeres con problemas crónicos de salud.

También es muy frecuente que las personas obesas, coman compulsivamente, y que tengan un largo historial de desordenes alimentarios que se caracterizan por los atracones y las variaciones de peso.

58. Cava Ma. J. Musitu G., La potenciación del autoestima en la escuela, Barcelona 2000, P.p. 17-46

Por ejemplo, la influencia de factores psicológicos aún permanece incierta; mientras que el paciente obeso a sido etiquetado como comedor compulsivo, también encontramos a muchas personas no obesas que también lo son.

La patología psicológica se encuentra ligada a esta enfermedad, solo en un número pequeños de casos, entre estos el “Síndrome del comedor nocturno” (anorexia por la mañana, gula por la tarde o insomnio), han incluido en éste pequeño grupo a aquellos que han sido obesos durante su infancia, en éste caso, más que un factor de causa psicológica, el sentido común lo llamarían una consecuencia psicológica (Bauza 2005) ⁵⁹

REPERCUSIONES PSICO-SOCIALES.

- a. Alteraciones del comportamiento
- b. Síntomas de depresión
- c. Estrés
- d. Ansiedad
- e. Baja autoestima
- f. Frustración
- g. Pobre imagen de sí mismos
- h. Tímidos
- i. Vergonzosos
- j. Incómodos
- k. Miedosos
- l. Sufren de insomnio
- m. Auto reproches
- n. Disminución de la expresividad afectiva
- o. Aislamiento
- p. Agresivos
- q. Discriminación
- r. Antisociales
- s. Agresión verbal
- t. Angustia
- u. E incluso ideas suicidas.

59. ídem

4.2.2.1. REPERCUSIONES EN LA ESCUELA, CON SUS COMPAÑEROS Y AMIGOS.

El mundo del niño en la escuela está muy diferenciado, pero no integrado en una totalidad coherente. En esta época de la vida los niños pasan mucho tiempo con otros niños de la misma edad por lo que juegan y cantan, sin embargo, los niños con problemas de obesidad se les dificulta la convivencia, es decir son antisociales, y por miedo al rechazo se aíslan.

4.2.2.2. REPERCUSIONES CON LOS PROFESORES.

El profesor es una parte importante de los niños, ya que de no estar, no aprenderían, ni influirían para el autoconcepto y el rendimiento de sus alumnos a través de sus expectativas, actitudes, conductas y estilos docentes.

4.2.2.3. REPERCUSIONES EN LA FAMILIA.

La familia es el espacio vital dónde el niño recibe las primeras estimulaciones, sensoriales, afectivas, lingüísticas, sociales, etc., que lo convierten en un miembro activo de su comunidad. Sin embargo es en este núcleo donde los niños obesos son agredidos de forma verbal y afectiva.

Como ya se mencionó genéticamente los padres les transmiten hábitos similares de alimentación a sus hijos, por lo que en la familia se debe considerar una alimentación sana para todos los miembros que la conforman, y así evitar la obesidad.

Desafortunadamente los padres de familia, no practican algún deporte y su alimentación no es la adecuada, por lo que los niños no imitan los patrones de actividad, y mucho menos los patrones de alimentación. (Peña 2001) ⁶⁰

4.3. MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD

a) Modelo de la externalidad:

Éste sugiere que la ingesta de las personas con peso normal está regulada por estímulos internos, como las señales fisiológicas de hambre y saciedad, pero la de las personas con obesidad se regula por señales externas, como la presencia de alimentos, presentación, olor, el paso del tiempo, etc. Éste modelo ha dado como resultado que uno de los tratamientos más populares para el problema que tratamos sea el de control de estímulos.

60 Idem.

b) Modelo de ingesta emocional:

Este contempla la ansiedad como un desencadenante de la ingesta, aunque también señala la posibilidad de que otros estados emocionales sean importantes. (Moreno 2004) ⁶¹

4.4. TEORIAS DE LA PSICOLOGÍA

4.4.1. TEORIA PSICOANALITICA (H. BRUCH)

H. Bruch propone 3 casos de tipos de obesos psicológicos.

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

Esta autora no enfrenta su hipótesis psicodinamica a los mecanismos generales neuroendocrinos, a través de los cuales se manifiesta la organización emocional, así como tampoco el factor herencia-medio. Cree que la obesidad responde a unas formas de adaptación especiales; ciertos sujetos responden a unas dificultades vitales con la hiperfagia-obesidad en vez de reaccionar con otra forma cualquiera psicopatológica.

Por otra parte, no podemos subestimar la importancia de las presiones sociales y sus efectos desfavorables sobre el psiquismo de los niños obesos, sobre la cual insiste J. Mayer, que encuentra en niñas obesas unas características de la personalidad típicas de las minorías étnicas y raciales sometidas a una discriminación intensa.

Con respecto a este último H. Bruch distingue acertadamente dos tipos de obesos.

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

61. Moreno B. La obesidad en el tercer milenio. España 2004. P.p. 45-65

- Y los que sienten como nuevas frustraciones, todas las imposiciones que le llegan del exterior y que solo pueden seguir el régimen si se acompaña de una psicoterapia conjunta.

H. Bruch decía que únicamente un análisis de la personalidad del niño permitiría saber hasta qué punto era necesario una psicoterapia para el tratamiento, de la obesidad y la autoestima que sobreviene al perder peso y mejorar la figura.

Según los estudios longitudinales de H. Bruch, una evaluación del desarrollo de conjunto, de la curva del peso (su estabilidad y sus fluctuaciones antes que el grado de exceso de peso), así como una evaluación de la madurez afectiva del niño y de los problemas en las familias, permiten una predicción a largo plazo con un grado bastante elevado de exactitud. Unos grados importantes de inactividad, especialmente si están asociados a un aislamiento o a un retraimiento social, presagian una mala evolución, así como un grado muy importante de ansiedad y de discordia dentro de la familia, una incapacidad de uno de los padres para permitir un desarrollo más libre del niño hacia la independencia. H. Bruch también ha observado que cuanto más tratamiento médico ha habido, más régimen impuesto o más inyecciones endocrinas, peor era la evolución, pareciendo ser el factor determinante la insatisfacción agresiva de los padres que encuentran una colaboración perniciosa con el médico. (Aguilar 2001) ⁶²

4.4.2. TEORIA CONDUCTUAL

El primer estudio donde se aplicaron los principios del condicionamiento operante al tratamiento de la obesidad fue el de Ferster y Cols en 1962, este tratamiento constaba de cuatro fases:

1. Determinación de las variables que influyen en la ingesta
2. Determinación de cómo estas variables pueden ser manipuladas
3. Identificación de los efectos desagradables de la ingesta
4. Estructuración de un método de desarrollo de autocontrol.

En este primer estudio se dio una importancia capital al control de estímulos, por lo cual el sujeto debía realizar un análisis detallado de los estímulos; es decir los antecedentes de la conducta de comer. Las estrategias que recomendaron para alterar las señales asociadas con la alimentación fueron por ejemplo, separar la alimentación de todas las demás actividades

62. Aguilar R. M., Concepto de si mismo, familia y escuela. Madrid, España 2001, P.p. 15-75.

(Por ejemplo comer en una habitación a una hora señalada sin realizar otra actividad que la de comer); hacer que las comidas altas en calorías no estén disponibles, llamen la atención o sean difíciles de preparar; cambiar las raciones de comida (por ejemplo, utilizar platos menos profundos); comer despacio (por ejemplo, tragar un bocado antes de coger el próximo con el tenedor); evitar la alimentación innecesaria (por ejemplo no limpiar el plato).

Junto la técnica de control de estímulos los sujetos del estudio Ferster y Cols (1962) utilizaron auto registros. Los resultados con sus 10 sujetos fueron altamente satisfactorios. Sin embargo su estudio no tuvo relevancia inmediata y pasó desapercibido hasta 1967 en que Stuart (1967) aplicó con ligeras modificaciones, el plan de tratamiento de Ferster y Cols (1962) el cuál había tenido poco eco por haber sido publicado en una revista de poca divulgación (en el Journal of Mathematics).

Stuart (1967) llevó a cabo un estudio sobre el control del peso en ocho mujeres obesas, que han recibido de algunos autores la denominación de “el estudio clásico sobre el control conductual de la obesidad” (Stunkard y Mahoney, 1976) o el estudio que “revolucionó el campo de tratamiento conductual de la obesidad” (Foreyt y Kondo 1984). En dicho estudio Stuart utilizó también la técnica de control de estímulos, junto con auto registro y sensibilización encubierta. Los resultados por él obtenidos, han sido de los mejores que se han publicado en la literatura hasta el momento presente, perdiendo sus sujetos 17 kilos a lo largo de los 12 meses que duró el tratamiento. Los resultados de Stuart en 1967 abrieron un amplio camino de aplicación de técnicas conductuales al tratamiento de la obesidad apareciendo en esos años varios estudios sobre el control de peso utilizando fundamentalmente la técnica de control de estímulos. Actualmente este componente está incluido en casi todos los programas conductuales o cognitivo conductual de tratamiento de la obesidad.

Uno de los aspectos que ha sido más popular y duradero de la teoría de Ferster y Cols (1962) sobre la obesidad y aceptada por Stuart (1967) y otros autores, es el concepto de que los sujetos obesos tienen un estilo de comer particular. La principal característica que diferenciaría a los sujetos obesos de los que no lo son, sería la mayor ingestión de comida por parte de los sujetos obesos.

Así, siguiendo el pionero trabajo de Ferster y Cols (1962) y los trabajos de Schachter (1971) y Nisbett (1968^a, 1968^b) se ha fundamentado la teoría de la externalidad sobre la obesidad (Rodin 1981), la cual sostiene que:

1. El sujeto obeso es más externamente responsivo a los indicios de hambre internos, fisiológicos.

Esta hipótesis ha llevado a una cantidad sustantiva de investigaciones y son aceptadas por muchos terapeutas de conducta.(Foreyt y Kondo 1984). Sin embargo, la teoría de la externalidad no se sostiene actualmente, ya que por ejemplo, se ha encontrado que la gente de peso normal y la obesa no son diferentes mensurablemente en su responsividad a indicios internos y externos.

Son muchas las revisiones existentes sobre las técnicas de tratamiento conductual de la obesidad, tales como: Abrams 1984, Brownell 1982, Brownell y Foreyt 1985, Drik y Gotto 1981, Merbaum y Rosenbaum 1984, Pujol 1982, Pujol y Ramón 1985, Garrido 1983, etc., ellos coinciden en las técnicas que se aplican. Destaca, sin embargo, en el momento presente la utilización de los denominados “paquetes de tratamiento” más que la utilización de una única y exclusiva técnica. Los paquetes de tratamiento, también denominados programas multicomponentes, incluyen varias técnicas. Por ejemplo Mahoney y Mahoney (1975, 1976) en su paquete de tratamiento incluye las siguientes técnicas: autorregistro, establecimiento de objetivos, asesoramiento sobre nutrición y ejercicio, consecuencias positivas, terapia aversiva, reforzamiento social, condicionamiento encubierto reestructuración cognitiva, relajación, autocontrol de las consecuencias y control de estímulos.

Las revisiones de Garrido 1983, Brownell y Foreyt 1985, afirman que las técnicas comunes a todos los actuales programas conductuales de la obesidad son la auto advertencia (esto es auto registro y autocontrol) control de estímulos, cambio en la conducta de comer y contratos de contingencias. Como se aprecia sigue el viejo espíritu de Ferster y Cols y de Stuart 1967 en los actuales programas de tratamiento de la obesidad.

4.4.3. TEORIA COGNITIVA DE SYNNOTT A. Y MAHONEY Y MAHONEY.

En la teoría cognoscitiva 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, algunos de los cuales aún parecen dar explicación a costumbres relacionadas

con la alimentación y a casos asociados con alteraciones en la conducta alimentaria. (Bray 2003) ⁶³

Por otro lado, Mahoney y Mahoney introdujeron claramente las técnicas cognitivas para el tratamiento de la obesidad, y ha tenido un gran impacto en el campo, siguiendo mucho de los actuales programas el esquema del mismo.

El programa de Mahoney y Mahoney se fundamenta en la ciencia personal de Mahoney 1974, 1979. El objetivo del programa es que el sujeto sea un científico personal sobre su obesidad, a lo largo de las siete fases de que consta la ciencia personal:

1. Especificar el área general del problema.
2. Recoger información.
3. Identificar las causas.
4. Examinar las soluciones.
5. Delimitar y experimentar.
6. Comparar el progreso.
7. Ampliar, revisar o reemplazar la solución.

Para conseguir un programa terapéutico eficaz Mahoney y Mahoney 1976 sugieren la utilización de los siguientes componentes:

I.- Un sistema de auto registro simple, manejable y que resalte las conductas reales en vez del peso (por ejemplo, hábitos de alimentación, ejercicios, pensamientos relacionados con los alimentos, etc.)

II.- Información básica en nutrición, resaltando el desarrollo de patrones de alimentación fundamentados a largo plazo, que permitan el control de peso sin poner en peligro la ingestión de nutrientes esenciales. Un programa de alimentación adecuada, sería aquél que promueve una nutrición bien equilibrada, permite al sujeto ingerir las suficientes calorías, alienta la flexibilidad y la selección no requiere cambios radicales en los gustos y estilos de vida, y que sea potencialmente permanente.

III.-Instrucción sobre entrenamiento en ejercicio, describiendo sus valores fisiológicos y animando al sujeto a incrementar el consumo diario de energía (patrones de actividad), que se mantendrán con mayor probabilidad que una gimnasia rígida. El ejercicio moderado combinado con la restricción calórica razonable es el método más recomendado por Mahoney y Mahoney para controlar el peso.

63. Bray G. A. Riesgos de Obesidad. Madrid, España 2003. P.p. 78-84

IV.- Instrucciones dirigidas a las múltiples facetas del control de estímulos como una medida para regular la ingestión de alimentos. Una de las estrategias más efectivas apuntadas por los autores ayudar con éxito a las personas a resolver sus problemas de comer por aburrimiento o por angustia es el entrenamiento en relajación muscular progresiva.

V.- Proveer inicialmente al individuo del apoyo del terapeuta o grupo, disminuyendo la magnitud y frecuencia de éste reforzamiento a medida que vaya progresando.

VI.- Entrenamiento del cónyuge y de otros miembros de la familia en las estrategias de reforzamiento social para mantener las mejoras conseguidas con el programa.

VII.- Entrenamiento en la modificación de los patrones de pensamiento y ejecución no realistas (por ejemplo, metas personales, monólogos privados). La ciencia personal y el establecimiento de objetivos moderados y razonables sería el objetivo de esta fase.

VIII.- Entrenamiento en el desarrollo de amplias habilidades de solución de problemas y en el establecimiento de sistemas de incentivos autorregulados para mejorar el mantenimiento (por ejemplo, auto refuerzo, auto aprobación).

El control de peso exitoso debe considerarse cuando la pérdida se mantiene. Para consolidar la preparación obtenida siguiendo el anterior programa, Mahoney y Mahoney (1976) sugieren las siguientes normas generales:

1. Cuando el cliente se aproxime al nivel de mantenimiento debe disminuir gradualmente la dependencia de los experimentos personales.
2. Pesarse una vez al mes, llevar una grafica y estar atento a las tendencias.
3. Evaluar mensualmente los ambientes físico, social y privado.
4. Mantener una variedad creativa en su esfuerzo.
5. Estar preparado para cortos periodos de estancamiento y aparición de problemas.

Los distintos programas conductuales, en la actualidad, utilizan las técnicas mencionadas, pero sin apenas seguir planes de tratamiento standard, estilo al descrito por Mahoney y Mahoney. (Revista Psicológica 1988) ⁶⁴

64. Revista Psicológica 1988, <http://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&g>

CAPITULO V

METODOLOGIA

5.1. JUSTIFICACIÓN.

Actualmente México se encuentra en el segundo lugar a nivel mundial de obesidad, por lo que esto significa estadísticamente hablando, que las personas no han tomado conciencia de la gravedad de éste problema, a pesar de que constantemente en los medios de comunicación, y diversos programas que se han implementado para prevenir la obesidad, no han fructificado como se quisiera, sin embargo día a día es necesario recordar a la ciudadanía los efectos que causa el ser obeso, pero no solo enfocarlo a manera de prevención de enfermedades, si no, de manera psicosocial.

Éste tema es de gran interés para mí, me inquieta saber cuáles son los efectos sociales y psicológicos de niños con problemas de obesidad, todo esto con el objeto de tener como psicóloga herramientas necesarias para ayudar a estos niños a tener una mejor calidad de vida, y hacer conciencia a los maestros, alumnos y padres de familia de tales efectos. Para eso se empleara un programa integral como apoyo a éste objetivo.

En dicho programa se destacará información relevante del entorno psicosocial del niño y se fomentaran herramientas indispensables para niños con problemas de obesidad. Así como prevenir y hacer conciencia a los alumnos, maestros y padres de familia de una posible obesidad.

5.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los efectos sociales y psicológicos de los niños de edad escolar con problemas de obesidad?

5.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.

Los efectos sociales y psicológicos de los niños de edad escolar de 6 a 12 años de edad con problemas de obesidad.

5.4. OBJETIVO GENERAL.

Implementar un taller para favorecer la información y así combatir los efectos psicosociales en niños en edad de 6 a 12 años con problemas de obesidad.

5.5. OBJETIVO PARTICULAR.

Prevenir y darle un valor al aspecto psicosocial de los niños en edad escolar de 6 a 12 años con problemas de obesidad.

5.6. OBJETIVO ESPECIFICO.

- Fomentar la actividad física: Ejercicio (Padres, maestros y niños).
- Explicar la importancia de la nutrición: Alimentación (Padres, maestros y niños).
- Determinar los aspectos emocionales: psicológicos y sociales (Padres, maestros y niños).

5.7. HIPÓTESIS.

5.7.1. H. DE INVESTIGACIÓN.

Si se previene a tiempo la obesidad infantil, entonces existirían menos niños con problemas psicosociales.

5.7.2. H. ALTERNA.

Si se previene a tiempo la obesidad infantil, entonces existirían solo algunos niños con problemas psicosociales.

5.7.3. H. NULA.

Si no se previene a tiempo la obesidad infantil, entonces existirían más niños con problemas psicosociales.

5.8. VARIABLES.

5.8.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

OBESIDAD INFANTIL.

5.8.2. VARIABLE DEPENDIENTE.
EFECTOS PSICOSOCIALES.

5.9. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

5.9.1. TIPO.

- Estudio de caso, con una sola medición.

X _____ O

5.10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- De 6 a 12 años.
- Cursar nivel primaria.

5.11. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Menos de 6 años y más de 12 años.
- No cursar nivel primaria.

5.12. MÉTODO.

- Encuestas.

5.13. PROCEDIMIENTO.

- Elaborar una encuesta dirigida a los padres de familia, con el fin de obtener datos importantes acerca de los niños de edad de 6 a 12 años.
- Asistir a 3 instituciones, y pedir su apoyo para la aplicación de encuestas.
- Una vez aplicados se obtendrán los resultados.
- Se contarán el número de respuestas de cada reactivo, obteniendo el puntaje más alto, se sacarán porcentajes.
- Se graficarán las frecuencias relativas
- Se realizará el diseño estadístico correspondiente
- Y por último se darán las conclusiones, extrayendo la información relevante y hacer un análisis que se arroje por parte de los padres.

5.14. MUESTREO.

- Probabilístico

5.15. ESCENARIO.

- Tres escuelas públicas, nivel primaria.

5.16. MATERIALES.

- 1 encuesta para los padres de familia.
- Para cuando se realice la intervención en el taller, el material queda sujeto a cada sesión.

5.17. SUJETOS.

- Padres de familia.
- El taller va dirigido a los Alumnos, profesores y padres de familia.

5.18. FASES, SESIONES Y ACTIVIDADES.

Propuesta:	Taller de intervención y prevención en el proceso de obesidad infantil, tanto en escuelas públicas y privadas.
Duración:	15 hrs.
Numero de sesiones:	9 sesiones.
Objetivo:	Que los maestros, padres y alumnos conozcan la problemática de un niño obeso en su entorno psicosocial.
Sujetos:	Niños de 6 a 12 años de edad, padres y maestros.
Etapas:	<p>A) Aplicación de un cuestionario a los tres grupos (maestros, padres y niños)</p> <p>B) Exponer el programa al grupo experimental abarcando las siguientes sesiones.</p> <p>a) MAESTROS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- “Aprendiendo y enseñando”. 2.-“Dime que comes y te diré como estas”. 3.-“¡Corre corre! que tendrás larga vida”. <p>b) PADRES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.- ¿Qué le pasa a mi hijo? 5.- ¿Que es lo que comemos? 6.- “Predicar con el ejemplo” <p>c) ALUMNOS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.- “conóceme y entiéndeme” 8.- “aliméntate sanamente” 9.- ¡yo si puedo! <p>C) Aplicación de un cuestionario final. Para los tres grupos. (maestros, padres y niños).</p>

Sujeto:	Maestros.
Numero de sesión:	1
Nombre de la sesión :	“Aprendiendo y enseñando”.
Aspecto:	Psicosocial.
Objetivo:	Conocer herramientas para trabajar con niños con problemas de obesidad.
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 tarjetas con historias. ➤ Papel. ➤ lápiz
Actividades:	<p>1.- Reflexión de historias: Desarrollo: a) Se leerá una historia y posteriormente se contestaran algunas preguntas. Al terminar se continuara con la segunda tarjeta y así sucesivamente</p> <p>Preguntas: a) ¿Qué factores sociales influyen en el caso? b) ¿Qué factores emocionales presenta? c) ¿Que pudiera padecer? d) ¿Cómo pueden ayudar al niño con este tipo de problema como profesores?</p> <p>Conclusiones: De acuerdo a sus contestaciones se ampliara la aportación de información.</p> <p>2.-ayudame que yo te ayudare: Desarrollo: a) Se hará una serie de preguntas.</p> <p>Preguntas: a) ¿Soy una persona obesa? b) ¿Cómo me encuentro emocionalmente en estos momentos? c) ¿Se considera feliz o infeliz? d) ¿Se siente afortunada de ser quién es? e) ¿Es feliz tal y como es?</p> <p>Conclusiones: Se concluirá diciendo: La introspección positiva de uno mismo siempre ayudara al otro.</p>
Tiempo:	1 hora.

Sujetos:	Maestros
Numero sesión:	2
Nombre de la sesión :	“Dime que comes y te diré como estas”.
Aspecto:	Nutricional
Objetivo:	Dé a conocer a sus alumnos los diferentes grupos de alimentos
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas ➤ Cinta métrica ➤ lápices
Actividades:	<p>1.- A qué grupo pertenece: Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se dividirá el grupo en 2 b) Se les pedirá que en una hoja anoten los grupos de alimentos que existen. c) Que enlisten alimentos de cada uno de los grupos. Al terminar se les preguntara. <p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ¿Se les complico el ejercicio? b) ¿Creen que en su lista pusieron todo o creen que les hizo falta algo? c) Yo daré a conocer con ayuda de una nutrióloga la tabla de alimentos. Mientras tanto ellos se calificaran en una escala del 5 al 10 su trabajo. <p>Conclusiones: Se concluirá diciendo, que es muy importante saber lo que comemos, para no tener el problema de obesidad, y quienes presenten obesidad, esto servirá para darse cuenta de lo que deben comer correctamente.</p> <p>2.-Somos iguales o diferentes: Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se dividirán por parejas y se medirán estatura, cadera y cintura. b) Pedir la información por escrito de manera anónima señalando su sexo y edad. <p>Conclusiones: Se concluirá haciendo una reflexión de la obesidad.</p>
Tiempo:	1 hora

Sujetos:	Maestros
Numero sesión:	3
Nombre de la sesión :	“¡Corre, corre! Que tendrás larga vida”.
Aspecto:	Educación Física.
Objetivo:	Lleven a cabo una rutina completa en poco tiempo para todo tipo de niño.
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuerdas de 1metro ½ ➤ Palos de escoba ➤ 2 botes de leche medianos ➤ Pelota de plástico ➤ Pelota de básquet ➤ Un disco para bailar ➤ Pelota de futbol ➤ Cono (botella de refresco partida por la mitad ➤ Pelota de esponja ➤ Una cobija o tapete para acostarse.
Actividades:	<p>Debe constar de 4 pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Calentamiento: <ol style="list-style-type: none"> a) Caminar en circulo b) Exhalar e inhalar c) Trotar en circulo d) Caminar en puntas e) Caminar en talones f) Caminar de lado g) Estirar brazos y moverlos hacia enfrente y hacia atrás hacia los lados arriba y abajo. Y en círculo. h) Sacudir todo el cuerpo, desde cabeza a pies. 2. Ejercicios medios: <ol style="list-style-type: none"> a) Colocar 2 cuerdas en el piso y que caminen sobre de ellas, manteniendo el equilibrio. b) Se colocan palos de escoba y se les pide que salten el bastón. Y un grado más de dificultad seria poner el bastón encima de dos latas de leche. c) Se les pide se inclinen hacia enfrente y se coloca una pelota del lado derecho y la tienen que ir arrastrando del punto de salida hasta llegar a la meta.

	<p>3. Ejercicios fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En parejas se lanzaran una pelota de básquet b) Se forman 4 equipos y tienen que votar la pelota hasta la meta corriendo. c) Se formaran 4 equipos y se les pedirá que pongan una rutina de ejercicio con música de su preferencia. d) Formar un cuadro y dividir 2 grupos, ambos van a correr en contra esquina X y al llegar al punto meta regresaran caminando a formarse en la fila de su equipo. e) Juegos modificados: Jugar futbol pero agarrados de la mano con un compañero. f) Con una botella de refresco cortada por la mitad se hace un cono. Botar una pelota de esponja y atrapar la pelota con el cono de un solo bote. <p>4. Relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Caminar en círculo. b) Sacudir todo el cuerpo c) Inhalar y exhalar d) Acostarse en un tapete: y pasar una pelota por debajo de la espalda, después sentarse y subir y bajar la pelota con los pies.
Tiempo:	1 hora.

Sujetos:	Padres
Numero sesión:	4
Nombre de la sesión :	¿Qué le pasa a mi hijo?
Aspecto:	Psicosocial
Objetivo:	Detecten oportunamente los síntomas de un niño obeso, así como prestarles atención cuando lo soliciten.
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas ➤ Lápices
Actividades:	<p>1.- Mi vida es una historia: Desarrollo: a) se contara una historia para todo el grupo y se les pedirá a los padres que escriban el final de ella en una hoja. Conclusiones: Se concluirá haciendo un análisis de lo contestado.</p> <p>2.-sabes si tu hijo se siente agusto en su escuela. Desarrollo: a) Se les pedirá a los padres que contesten una serie de preguntas, anotándolas en una hoja Preguntas: a) ¿sabes cuánto pesa tu hijo o hija? b) ¿Es considerado obeso u obesa? c) ¿Le gusta la escuela? d) ¿Cómo es la relación con sus compañeros? e) ¿a veces lo notas triste? f) ¿a veces lo notas decaído? g) ¿a veces lo notas deprimido? h) ¿te a llegado a mencionar alguna vez que quiere suicidarse? i) ¿A qué crees que se deba? Conclusiones: al saber las respuestas se dará una explicación de cómo ayudar a los niños obesos y se concluirá pidiendo a los padres que no se confíen de no tener el problema de obesidad, por que en algún momento de nuestra vida podemos llegar a presentarlo, así estemos delgados.</p>
Tiempo:	1 hora.

Sujetos:	Padres
Numero sesión:	5
Nombre de la sesión :	¿Qué es lo que comemos?
Aspecto:	Nutricional
Objetivo:	Crear un habito de alimentación en cuanto a calidad, cantidad y tiempo.
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas ➤ Lápices ➤ Diversas dietas por escrito
Actividades:	<p>1.- ¿Cómo se preparan los alimentos en casa?</p> <p>Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Se les pedirá a los papas que recuerden que tienen guardado en el refrigerador, y anotarlo en una hoja. b) Explicar los grupos de alimentos. c) Contestar unas preguntas. <p>Preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ¿Qué recuerdan que hay en el refrigerador? b) ¿de acuerdo a la explicación del grupo de alimentos cuales coinciden, con las de su refrigerador. c) ¿hay mas alimentos de un grupo en especial? d) ¿Cómo se preparan los alimentos fritos o cocidos? e) ¿Qué alimentos les faltarían para tener completo su grupo alimentario? <p>Conclusiones:</p> <p>Se hará una reflexión de lo que comen con el fin de mejorar su alimentación, diciendo “todo se debe comer, pero todo con medida”.</p> <p>2.-la cara de las dietas:</p> <p>Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Dividir a los padres por grupo de seis. b) Proporcionar a cada equipo una dieta. c) Pedir que la lean y que contesten unas preguntas. <p>Preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> A) que escriban que grupos de alimentos se incluyen y que grupos están ausentes. d) Pedir que respondan si la dieta promete algo, como funciona, y que estudios la

	respaldan o quien la escribió. Conclusiones: El representante de cada equipo expondrá sus respuestas, y se concluirá diciendo que las dietas van dirigidas para cada persona en específico.
Tiempo:	1 hora.

Sujetos:	Padres
Numero sesión:	6
Nombre de la sesión :	“Predicar con el ejemplo”
Aspecto:	Educación Física.
Objetivo:	Que los padres creen hábitos recreativos para sus hijos.
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuerdas de 1metro ½ ➤ Palos de escoba ➤ 2 botes de leche medianos ➤ Pelota de plástico ➤ Pelota de básquet ➤ Un CD para bailar ➤ Pelota de fútbol ➤ Cono (botella de refresco partida por la mitad ➤ Pelota de esponja ➤ Una cobija o tapete para acostarse.
Actividades:	<p>Debe constar de 4 pasos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Calentamiento: <ol style="list-style-type: none"> a) Caminar en circulo b) Exhalar e inhalar c) Trotar en circulo d) Caminar en puntas e) Caminar en talones f) Caminar de lado g) Estirar brazos y moverlos hacia enfrente y hacia atrás hacia los lados arriba y abajo. Y en círculo. h) Sacudir todo el cuerpo, desde cabeza a pies. <p>Ejercicios medios:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Colocar 2 cuerdas en el piso y que caminen sobre de ellas, manteniendo el equilibrio. b) Se colocan palos de escoba y se les pide que salten el bastón. Y un grado más de dificultad seria poner el bastón encima de dos latas de leche. c) Se les pide se inclinen hacia enfrente y se coloca una pelota del lado derecho y la tienen que ir arrastrando del punto de salida hasta llegar a la meta.

	<p>Ejercicios fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En parejas se lanzaran una pelota de básquet b) Se forman 4 equipos y tienen que votar la pelota hasta la meta corriendo. c) Se formaran 4 equipos y se les pedirá que pongan una rutina de ejercicio con música de su preferencia. d) Formar un cuadro y dividir 2 grupos, ambos van a correr en contra esquina X y al llegar al punto meta regresaran caminando a formarse en la fila de su equipo. e) Juegos modificados: Jugar fútbol pero agarrados de la mano con un compañero. f) Con una botella de refresco cortada por la mitad se hace un cono. Botar una pelota de esponja y atrapar la pelota con el cono de un solo bote. <p>Relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Caminar en círculo. b) Sacudir todo el cuerpo c) Inhalar y exhalar d) Acostarse en un tapete: y pasar una pelota por debajo de la espalda, después sentarse y subir y bajar la pelota con los pies.
Tiempo:	1 hora.

Sujetos:	Alumnos
Numero sesión:	7
Nombre de la sesión :	“conóceme y entiéndeme”
Aspecto:	Psicosocial
Objetivo:	Conozcan el sentir de un compañero con problemas de obesidad e integrarlos a un círculo de amigos.
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas ➤ Lápices ➤ Plumones
Actividades:	<p>1.- Consiguiendo amigos: Desarrollo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Formar 4 equipos b) Pedir dos voluntarios. c) Se les entregara una tarjeta que deberán de dramatizar. En lo que la leen y ponen de acuerdo en cómo lo van hacer. d) Al resto del grupo se le reseñara la historia correspondiente. Al terminar e) Se dramatizara la historia por los 2. f) Se les pedirá a los equipos que discutan el caso y den soluciones para el caso de Pedro. g) Pasara un representante de cada equipo y expondrá sus soluciones. h) Se discutirá en grupo lo siguiente: <p>Preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) ¿Cómo se sintieron los que dramatizaron a los personajes? b) ¿Qué puede hacer Pedro para hacer amigos? <p>Dramatización:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) “Pedro es un niño Gordito e inteligente sus compañeros de escuela se burlan de el, el se muestra tímido y reservado. Quiere pertenecer al equipo de

	<p>fútbol pero no lo dejan, sin embargo, el capitán del equipo está tratando de convencer a Pedro para que le haga su tarea a cambio de dejarlo entrar al equipo. ¿Qué puede hacer Pedro?”</p> <p>Conclusiones: Se concluirá de acuerdo a las respuestas dadas, reiterando que uno es capaz de realizar cualquier cosa, si tiene las ganas de hacerlo.</p> <p>2.-como me ven me tratan</p> <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> b) Se les explicara a los alumnos que el ejercicio que van a realizar consiste en identificar solamente cualidades en las personas del grupo. c) Se pegaran en la espalda una hoja. d) Se dividirán en 4 grupos. e) Los integrantes de cada equipo escribirán cualidades a las hojas de sus compañeros. f) Al terminar los niños examinaran su lista y evaluaran si se identifican con las cualidades que les fuera manifestadas g) Se les preguntara a voluntarios y niños obesos: <p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ¿sabías que tenias esas cualidades? b) ¿Qué sintieron al leer su lista? <p>Conclusiones: Se resaltara la importancia de poder encontrar cualidades positivas en la gente que los rodea y no por el hecho de ser gorditos no las tengan.</p>
Tiempo:	1 hora.

Sujetos:	Alumnos
Numero sesión:	8
Nombre de la sesión :	“Aliméntate sanamente”
Aspecto:	Nutricional
Objetivo:	Conozcan el tipo de alimento que consumen
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hojas ➤ Lápices ➤ Plumones ➤ Revistas que ilustren alimentos ➤ Cartulinas ➤ Pegamento ➤ Tijeras
Actividades:	<p>1.- dime que comes y te diré como estas: Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Se pondrán por parejas y se preguntaran que fue lo que desayunaron, comieron y cenaron el día anterior, mencionando las golosinas entre comidas. b) Se les dará una pequeña explicación sobre el tema de nutrición, y los diferentes grupos de alimentación. c) Al terminar se pondrán en circulo todos y se les harán una serie de preguntas: Preguntas: 1.- ¿consideran que su alimentación es buena? 2.- ¿Qué comieron ayer que no está dentro del grupo de alimentos? d) de manera individual planearan su propio desayuno, comida y cena ocupando elementos del grupo alimentario. <p>2.-El cartel de los alimentos: Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Dividir a los alumnos en grupos de 6 niños. b) Repartir cartulinas, plumones y recortes de revista de frutas, verduras, leguminosas, grasas, etc. c) Pedir a cada equipo que clasifique los alimentos por grupo y elabore un cartel explicativo. d) Pedir a un representante que lo explique y preguntarle a cada equipo

	<p>que aprendió sobre los alimentos que clasifíco.</p> <p>Conclusiones: Resaltar la importancia que tienen los hábitos alimenticios saludables para un óptimo crecimiento y desarrollo.</p>
Tiempo:	1 hora.

Sujetos:	Alumnos
Numero sesión:	9
Nombre de la sesión :	“Yo si puedo”
Aspecto:	Educación Física
Objetivo:	Fomentar la socialización de los niños, sin prejuicio ni discriminación.
Material:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cuerdas de 1 metro ½ ➤ Palos de escoba ➤ 2 botes de leche medianos ➤ Pelota de plástico ➤ Pelota de básquet ➤ Un disco para bailar ➤ Pelota de fútbol ➤ Cono (botella de refresco partida por la mitad ➤ Pelota de esponja ➤ Una cobija o tapete para acostarse.
Actividades:	<p>Debe constar de 4 pasos:</p> <p>1.- Calentamiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Caminar en círculo b) Exhalar e inhalar c) Trotar en circulo d) Caminar en puntas e) Caminar en talones f) Caminar de lado g) Estirar brazos y moverlos hacia enfrente y hacia atrás hacia los lados arriba y abajo. Y en círculo. h) Sacudir todo el cuerpo, desde cabeza a pies. i) con un globo: el coordinador va mencionando diferentes partes del cuerpo y la persona va pegándole al globo con esa parte que se le menciona no dejando caer el globo al suelo. <p>2.- Ejercicios medios:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Colocar 2 cuerdas en el piso y que caminen sobre de ellas, manteniendo el equilibrio. b) Se colocan palos de escoba y se les pide que salten el bastón. Y un grado más de dificultad seria poner el bastón encima de dos latas de leche. c) Se les pide se inclinen hacia enfrente y

	<p>se coloca una pelota del lado derecho y la tienen que ir arrastrando del punto de salida hasta llegar a la meta.</p> <p>3.- Ejercicios fuertes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En parejas se lanzaran una pelota de básquet b) Se forman 4 equipos y tienen que votar la pelota hasta la meta corriendo. c) Se formaran 4 equipos y se les pedirá que pongan una rutina de ejercicio con música de su preferencia. d) Formar un cuadro y dividir 2 grupos, ambos van a correr en contra esquina X y al llegar al punto meta regresaran caminando a formarse en la fila de su equipo. e) Juegos modificados: Jugar fútbol pero agarrados de la mano con un compañero. f) Con una botella de refresco cortada por la mitad se hace un cono. Botar una pelota de esponja y atrapar la pelota con el cono de un solo bote. <p>4.- Relajación:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Caminar en círculo. b) Sacudir todo el cuerpo c) Inhalar y exhalar d) Acostarse en un tapete: y pasar una pelota por debajo de la espalda, después sentarse y subir y bajar la pelota con los pies. e) Coros: “los deditos los deditos donde están donde están, aquí están, aquí están, ellos se saludan, ellos se saludan y se van y se van. f) Coros: el don de la alegría: este es el don de la alegría y es un bello sentimiento “soy feliz” (dan un salto con las manos arriba) “pies de pingüino” “cola de pato” chucohuahua.
Tiempo:	1 hora.

5.19 RESULTADOS

Después de la aplicación del cuestionario, se procedió a sacar las frecuencias (puntajes) de cada una de las preguntas.

SECCION A	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.- Hipertensión	74	74/407 X 100	18.18%
2.- Diabetes	15	15/407 X 100	3.68%
3.- Enfermedades coronarias	13	13/407 X 100	3.19%
4.-Vesícula Biliar	28	28/407 X 100	6.88%
5.-Cáncer	5	5/407 X 100	1.23%
6.-Alteraciones de los lípidos	12	12/407 X 100	2.95%
7.-Hipotiroidismo	12	12/407 X 100	2.95%
8.-Problemas Óseos	28	28/407 X 100	6.88%
9.-Alteraciones Pulmonares	14	14/407 X 100	3.44%
10.-Alteraciones Endocrinas	9	9/407 X 100	2.22%
11.-Problemas dentales	197	197/407 X 100	48.40.%
TOTAL	407		

SECCION B	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.- Depresión	136	136/1285 X 100	10.58%
2.- Estrés	377	377/1285 X 100	29.33%
3.- Ansiedad	103	103/1285 X 100	8.01%
4.- Baja autoestima	62	62/1285 X 100	4.82%
5.-Frustracion	42	42/1285 X 100	3.26%
6.-Pobre imagen de si mismo	20	20/1285 X 100	1.55%
7.-Timidez	59	59/1285 X 100	4.59%
8.-Vergüenza	50	50/1285 X 100	3.89%
9.-Incomodidad	60	60/1285 X 100	4.66%
10.-Miedo	91	91/1285 X 100	7.08%
11.-Insomnio	157	157/1285 X 100	12.21.%
12.-Autorreproches	71	71/1285 x 100	5.52%
13.-Disminucion de la expresividad afectiva	43	43/1285 x 100	3.34%
14.-Ideas de suicidio	14	14/1285 x 100	1.08%
TOTAL	1 285		

SECCION C 1.DESAYUNO BALANCEADO	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Siempre	239	$239/574 \times 100$	41.63%
2.-A veces	316	$316/574 \times 100$	55.05%
3.-Nunca	19	$19/574 \times 100$	3.31%
TOTAL	574		

SECCION C 2.COMIDAS QUE REALIZA AL DIA	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-3 diarias.	287	$287/579 \times 100$	49.56%
2.-3 diarias y 1 o 2 colaciones.	111	$111/579 \times 100$	19.17%
3.-2 comidas y cenar.	181	$181/579 \times 100$	31.26%
TOTAL	579		

SECCION C 3.COMIDA RAPIDA	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Nunca o rara vez	141	$141/579 \times 100$	24.35%
2.-Una vez por semana	409	$409/579 \times 100$	70.63%
3.-mas de una vez por semana	29	$29/579 \times 100$	5.00%
TOTAL	579		

SECCION C 4.POSTRES	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Fruta o lácteo	141	$141/576 \times 100$	24.47%
2.-No toman	88	$88/576 \times 100$	15.27%
3.-Natilla, helado	347	$347/576 \times 100$	60.24%
TOTAL	576		

SECCION C 5.CONSUMO DE PAN	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-todo el dia	233	$233/580 \times 100$	40.17%
2.-a penas y lo comen	112	$112/580 \times 100$	19.31%
3.-mas de 1 pan a diario	235	$235/580 \times 100$	40.51%
TOTAL	580		

SECCION C 6.CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y HORTALIZAS	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-3 o mas a diario.	124	$124/575 \times 100$	21.56%
2.-2 de verdura y 3 de fruta cada dia	169	$169/575 \times 100$	29.39%
3.-no todos los días	282	$282/575 \times 100$	49.04%
TOTAL	575		

SECCION C 7.CONSUMO DE LEGUMBRES	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-2 o mas veces a la semana	335	$335/579 \times 100$	57.85%
2.-1 o menos por semana	215	$215/579 \times 100$	37.13%
3.-núnca o solo por temporada	29	$29/579 \times 100$	5.00%
TOTAL	579		

SECCION C 8.CONSUMO DE PESCADO	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-3 o mas por semana	10	$10/581 \times 100$	1.72%
2.-1 o 2 veces por semana	106	$106/581 \times 100$	18.24%
3.-de vez en cuando	465	$465/581 \times 100$	80.03%
TOTAL	581		

SECCION C 9.CONSUMO DE HUEVO	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Maximo 4 a la semana.	122	$122/563 \times 100$	21.66%
2.-2 o menos por semana	426	$426/563 \times 100$	75.66%
3.-todos los días	15	$15/563 \times 100$	2.66%
TOTAL	563		

SECCION C 10.CONSUMO DE EMBUTIDOS	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-3 veces por semana o menos	402	$402/574 \times 100$	70.03%
2.-varias veces al día	16	$16/574 \times 100$	2.78%
3.-1 vez al día o menos	156	$156/574 \times 100$	27.17%
TOTAL	574		

SECCION C 11.FRECUENCIA DE LÁCTEOS.	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-3 veces al día	81	$81/576 \times 100$	14.06%
2.-2 veces al día	256	$256/576 \times 100$	44.44%
3.-i vez o menos	239	$239/576 \times 100$	41.49%
TOTAL	576		

SECCION C 12.COMIDA CHATARRA	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Nunca o de vez en cuando	361	$361/579 \times 100$	62.34%
2. 2 o más veces a la semana	184	$184/579 \times 100$	31.77%
3.-todos los días	34	$34/579 \times 100$	5.87%
TOTAL	579		

SECCION C 13.CONSUMO DE REFRESCO	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Nunca o de vez en cuando	274	$274/573 \times 100$	47.81%
2.-2 o más veces a la semana	213	$213/573 \times 100$	37.17%
3.-todos los días	86	$86/573 \times 100$	15.00%
TOTAL	573		

SECCION C 14.LO QUE COMEN SUS HIJOS EN LA ESCUELA	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-SI	489	$489/577 \times 100$	84.74%
2.-NO	88	$88/577 \times 100$	15.25%
TOTAL	577		

SECCIÓN C 15. PROCURARIA COMER EN FAMILIA	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-SI	558	$558/574 \times 100$	97.21%
2.-NO	16	$16/574 \times 100$	2.78%
TOTAL	574		

SECCIÓN C 16.HACEN EJERCICIO	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Nunca o rara vez	294	$294/575 \times 100$	51.13%
2.-1 vez a la semana	116	$116/575 \times 100$	20.17%
3.-2 o mas veces a la semana	165	$165/575 \times 100$	28.69%
TOTAL	575		

SECCIÓN C 17.CUANTO TIEMPO LE DEDICA AL EJERCICIO	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-15 A 20 minutos	242	$242/512 \times 100$	47.26%
2.-30 minutos	159	$159/512 \times 100$	31.05%
3.-1hr. o mas.	111	$111/512 \times 100$	21.67%
TOTAL	512		

SECCION C 18.EN FAMILIA SALEN AL PARQUE.	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Núnca o rara véz	131	131/580 X 100	22.58%
2.-todos los domingos	91	91/580 X 100	15.68%
3.-de vez en cuando	358	358/580 X 100	61.72%
TOTAL	580		

SECCION C 19.PRACTICA ALGUN DEPORTE	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-Siempre	34	34/577 X 100	5.89%
2.-En ocasiones	226	226/577 X 100	39.16%
3.-Núnca	317	317/577 X 100	54.93%
TOTAL	577		

SECCION C 20.PERTENECERIA A ALGUN CLUB	PUNTAJE	X 100	PORCENTAJE
1.-SI	419	419/568 X 100	73.76%
2.-NO	116	116/568 X 100	20.42%
3.-Pertenesco a alguno	33	33/568 X 100	5.80%
TOTAL	568		

En la sección C, se tomaron los incisos con puntajes más altos de cada pregunta, se sumaron y dio un total de: 7,072

C1.- B=316

C2.-A=287

C3.-B=409

C4.-C=347

C5.-C=235

C6.-C=282

C7.-A=335

C8.-C=465

C9.-B=426

C10.-A=402

C11.-B=256

C12.-A=361

C13.-A=274

C14.-A=489

C15.-A=558

C16.-A=294

C17.-A=242

C18.-C=358

C19.-C=317

C20.-A=419

TOTAL= 7072

RESPUESTAS ESPERADAS

PRUEBA DE UNA MUESTRA n= 600

ASPECTOS	No. DE PREGUNTAS X n.	TOTAL
ENFERMEDADES DE MAYOR IMPACTO	11 X 600	6 600
PSICOSOCIALES	14 X 600	8 400
NUTRICIONAL	20 X 600	12 000

FRECUENCIAS OBSERVADAS (fo)

ASPECTOS	No. DE PUNTAJE OBTENIDO
ENFERMEDADES DE MAYOR IMPACTO	407
PSICOSOCIALES	1285
NUTRICIONAL	7072
TOTAL	8764

FRECUENCIA ESPERADA (fe)

ASPECTOS	Puntaje/ total	porcentaje	Respuesta esperada x porcentaje.	Fe
ENFERMEDADES DE MAYOR IMPACTO	407/8764=	.05 (5%)	6600 X 0.05=	330
PSICOSOCIALES	1285/8764=	0.15 (15%)	8400 X 0.15=	1260
NUTRICIONAL	7072/8764=	0.81 (81%)	12000X0.81=	9720

FRECUENCIA OBSERVADA (Fo) Y FRECUENCIA ESPERADA (Fe)

ASPECTOS	Fo	Fe
ENFERMEDADES DE MAYOR IMPACTO	407	330
PSICOSOCIALES	1 285	1 260
NUTRICIONAL	7 072	9 720
TOTAL	8 764	27 000

POR LO TANTO $8\ 764 / 27\ 000 = .32$

X O

C= 3

GI= 3-1= 2

= ERROR= 5%= 0.05

Una vez obtenido estos datos se procede a ejecutar la fórmula para determinar si se aprueba o rechaza la hipótesis nula.

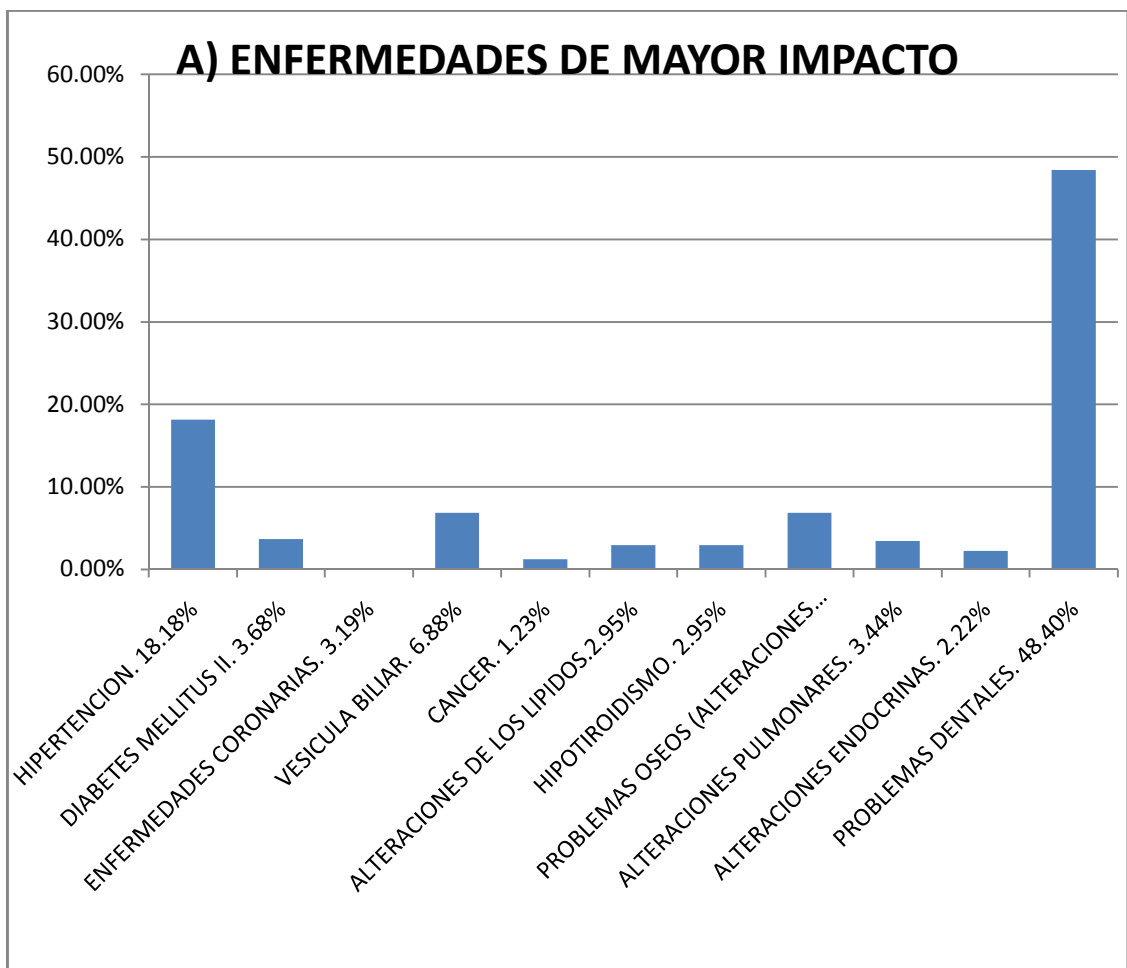
$$X = \frac{\sum (fo-fe)^2}{fe}$$

ASPECTOS	Fo-Fe(2)/Fe	TOTAL
ENFERMEDADES DE MAYOR IMPACTO	407-330 (2)/330=	17.97
PSICOSOCIALES	1285-1260(2)/1260=	0.50
NUTRICIONAL	7072-9720(2)/9720=	721.39
	TOTAL	739.86

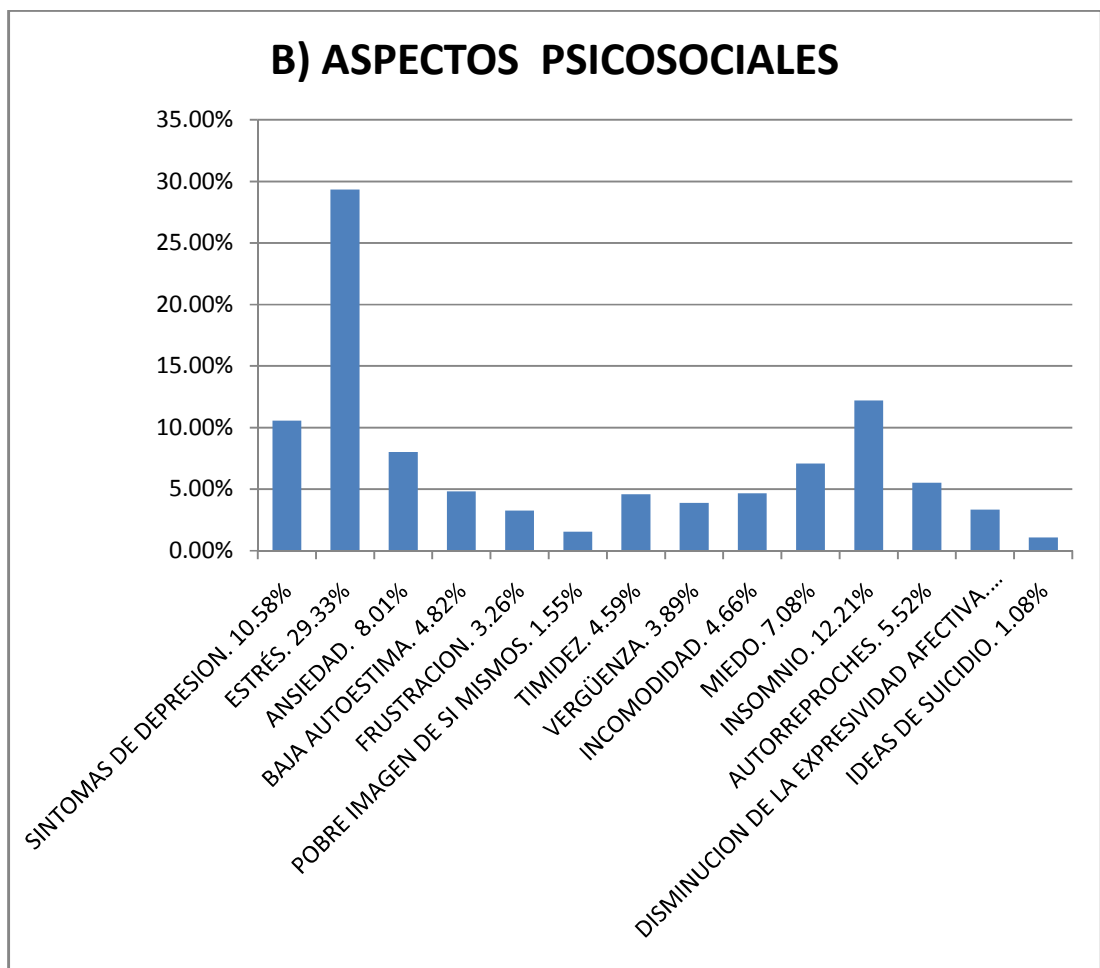
El resultado de nuestra fórmula se busca en la tabla de X del 5%, y nos da 5.99, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula estadísticamente debido a que se tiene altos porcentajes de observación, aceptándose la hipótesis de investigación.

$$739.86 > 5.99$$

REPRESENTACIONES GRAFICAS

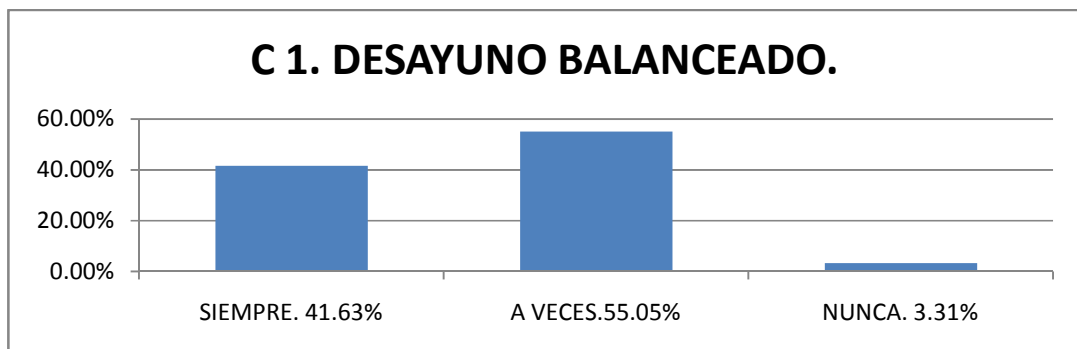


En la sección A) Enfermedades Medicas, se refleja un alto porcentaje en problemas dentales, con un 48.80%

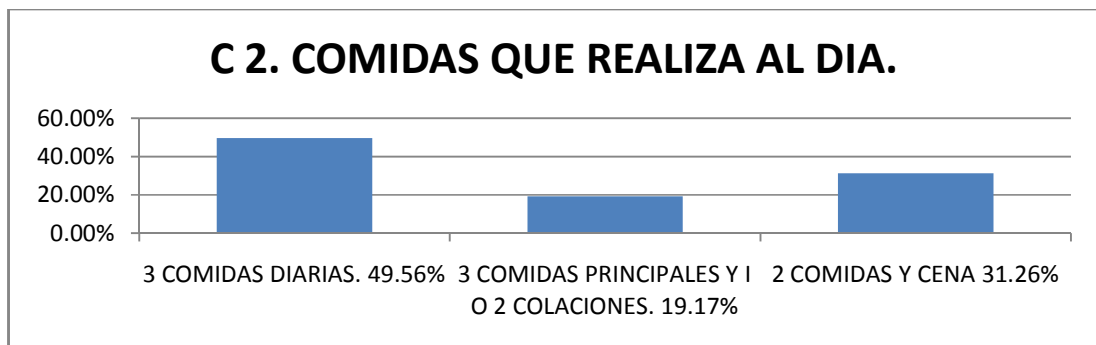


En la sección B) Aspectos Psicosociales, se refleja un alto porcentaje de 29.33% en Estrés. Aquí nos podemos dar cuenta que efectivamente en las personas obesas, tiende a fallar la presión fisiológica (el hambre) y se manifiesta en Estrés, ansiedad y depresión.

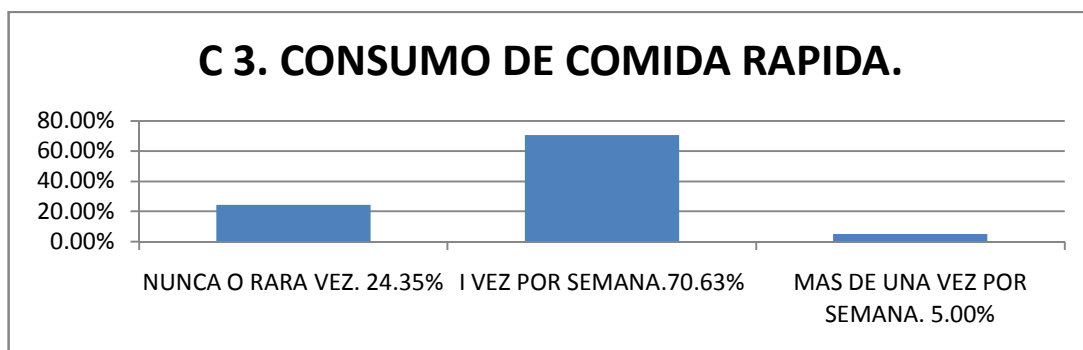
C) ASPECTO NUTRICIONAL



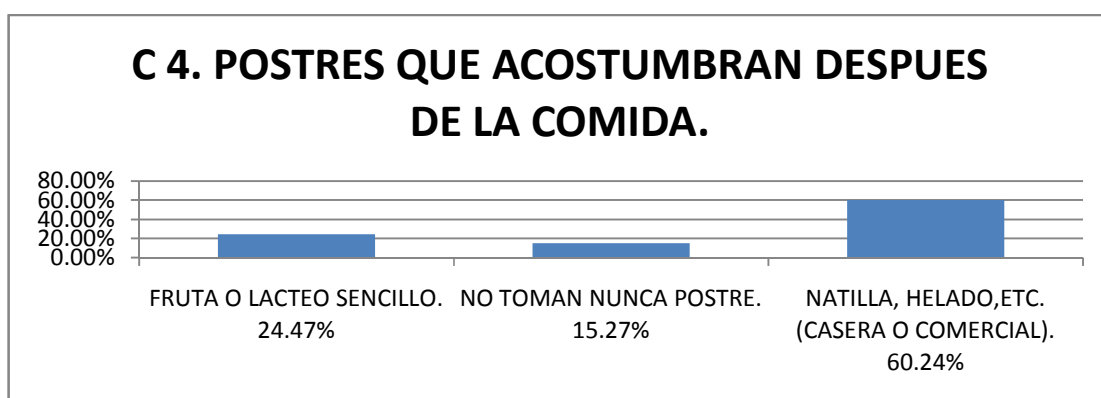
En esta grafica se puede observar que el 55.05% no realiza un desayuno balanceado apropiadamente.



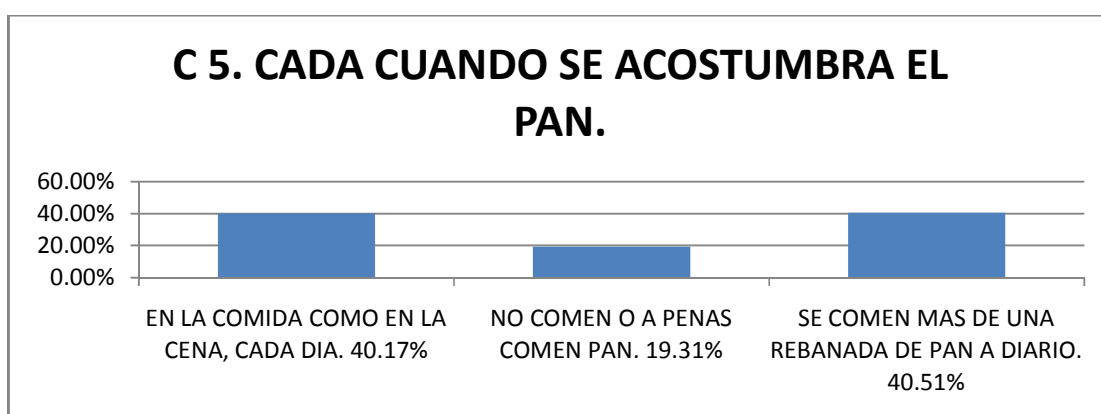
La grafica muestra un alto porcentaje de 49.56% en 3 comidas diarias.



En esta grafica nos aporta un porcentaje alto de 70.63% en una vez por semana el consumo de comida rápida.

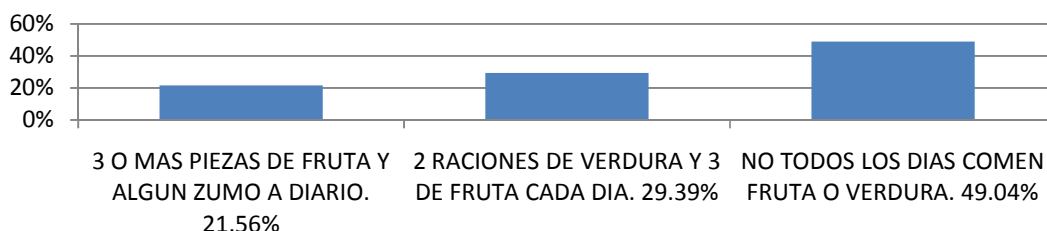


En esta grafica se observa con mayor porcentaje de 60.24% de natilla o helado como postre.



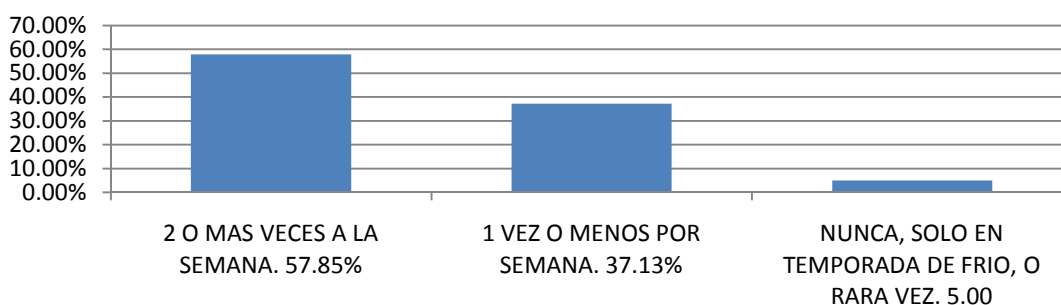
En esta grafica los porcentajes coinciden en el consumo de pan a diario e incluso más de uno.

C 6. CONSUMO DE FRUTAS, VERDURAS Y HORTALIZAS.



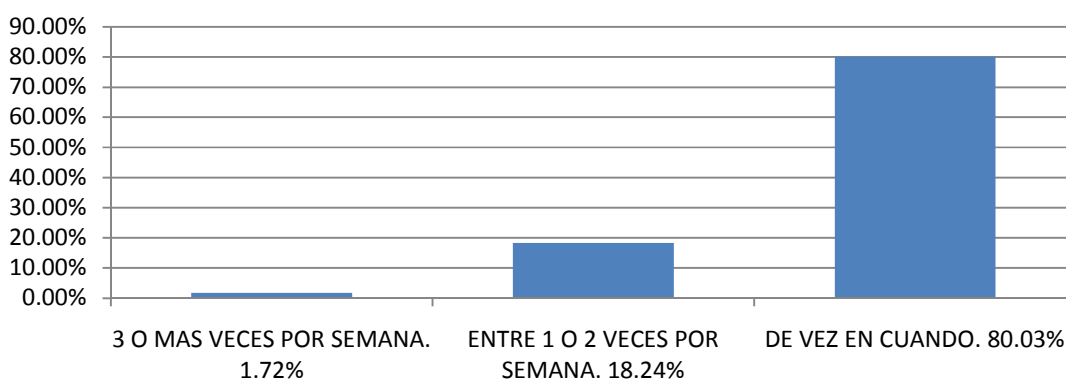
El porcentaje más alto fue de 49.04%, en el que nos corrobora que no hay una comida balanceada, debido a que no existe un consumo de frutas y verduras.

C 7. CONSUMO DE LEGUMBRES.

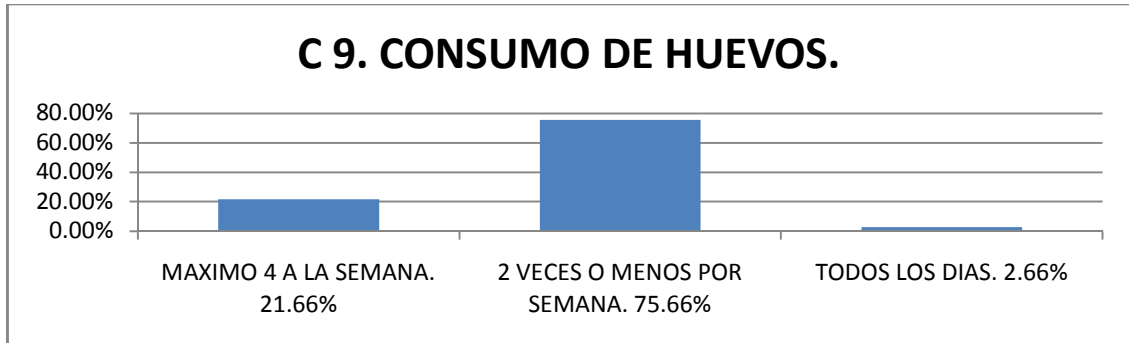


Nos podemos dar cuenta que si existe un consumo de legumbres, dentro de su alimentación, con un porcentaje de 57.85%.

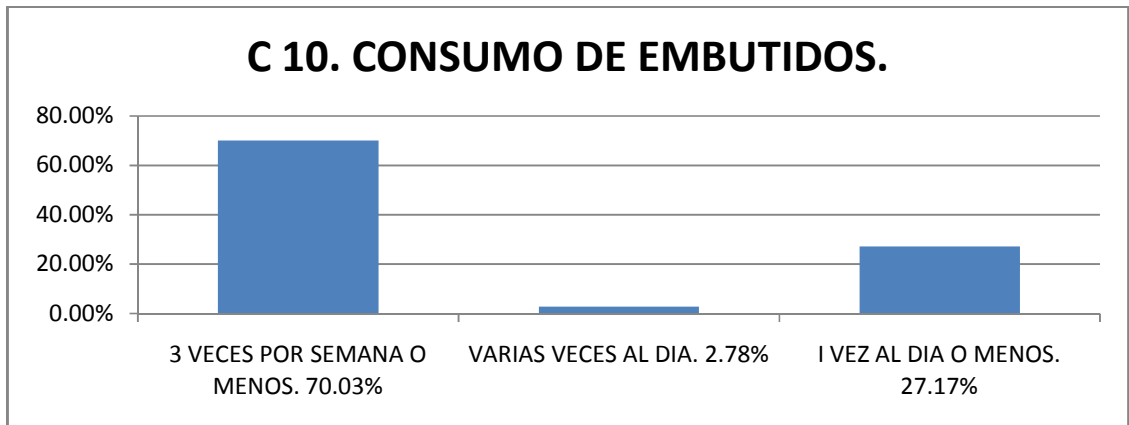
C 8. CONSUMO DE PESCADO.



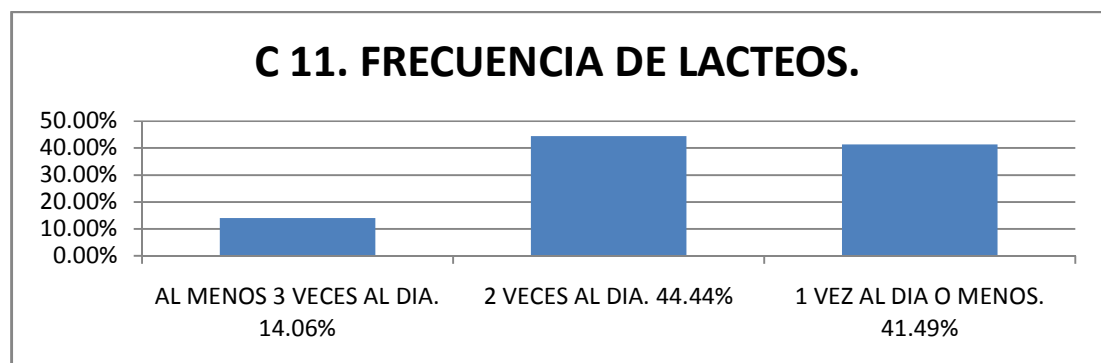
El consumo de pescado no es muy frecuente ya que según el porcentaje el 83.03% así lo indica.



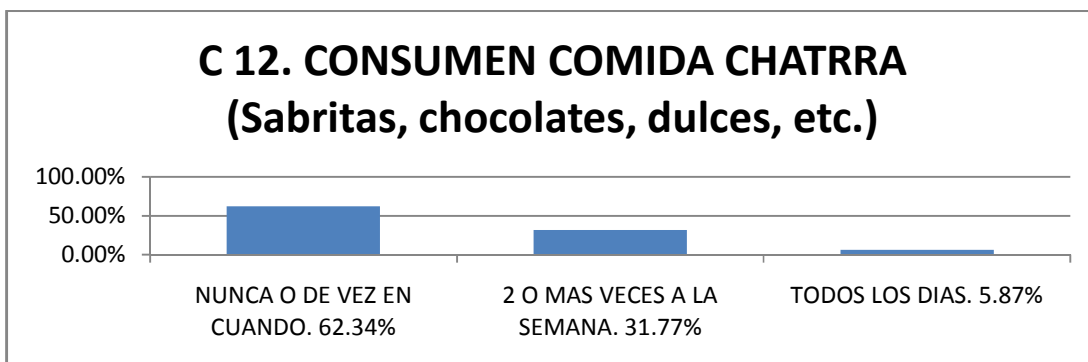
El porcentaje mayor es de 75.66%, en donde el consumo de huevo no es muy frecuente.



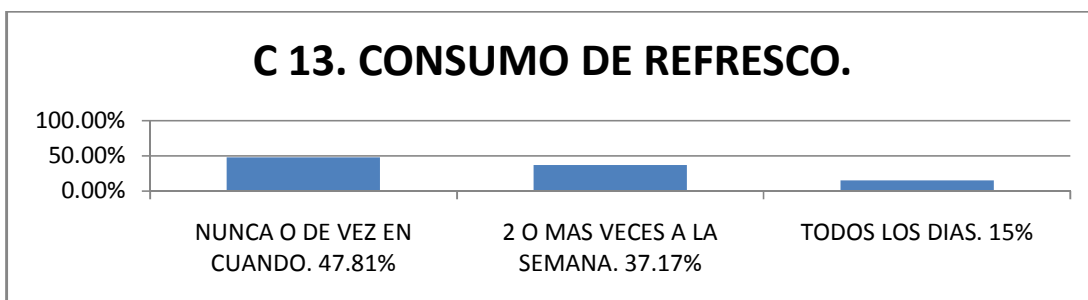
El porcentaje más alto es de 70.03%, donde se manifiesta el consumo de embutidos de 3 veces por semana o menos.



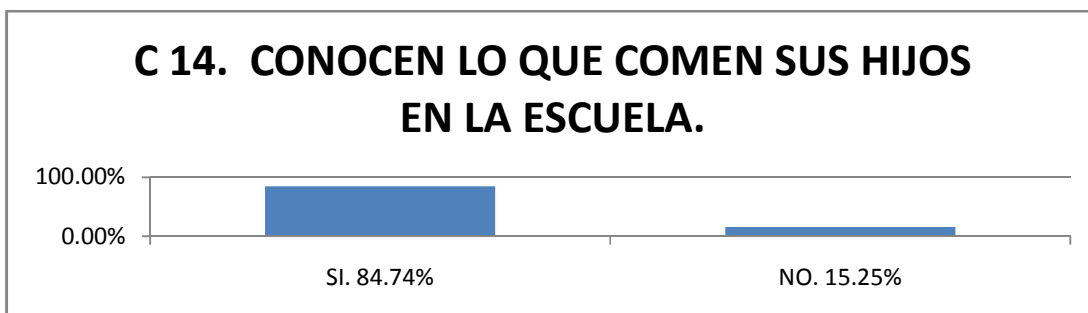
El 44.44% consume lácteos, 2 veces al día.



En la grafica se muestra como el 62.34% consume de vez en cuando o nunca comida chatarra.

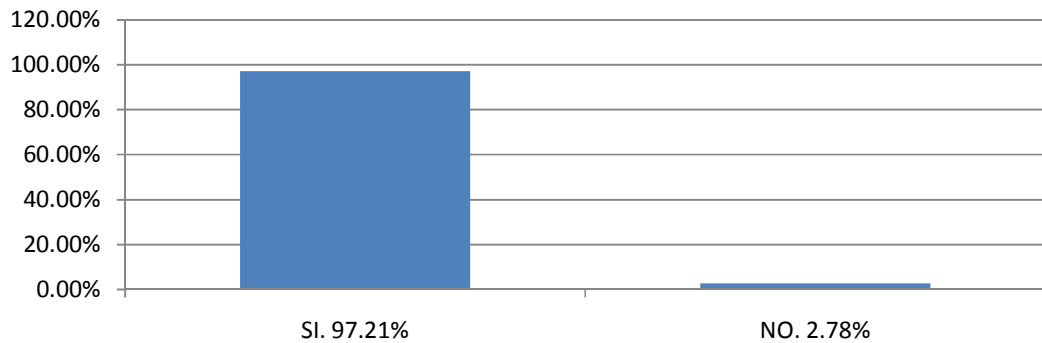


El porcentaje de esta grafica nos muestra que de vez en cuando con el 47.81% consume refresco.



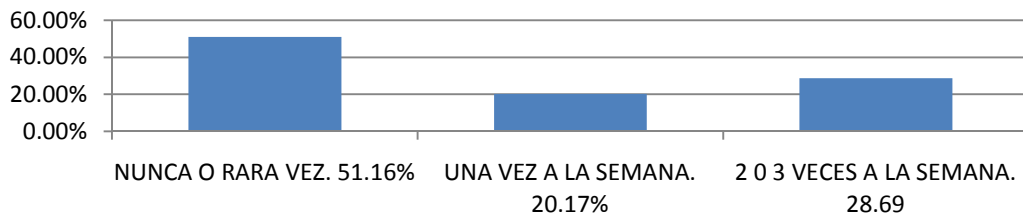
La mayor parte manifiesta saber que es lo que comen sus hijos cuando van a la escuela, obteniendo el 84.74%.

C 15. PROCURARIA COMER EN FAMILIA UNA DE LAS PRICIPALES COMIDAS.



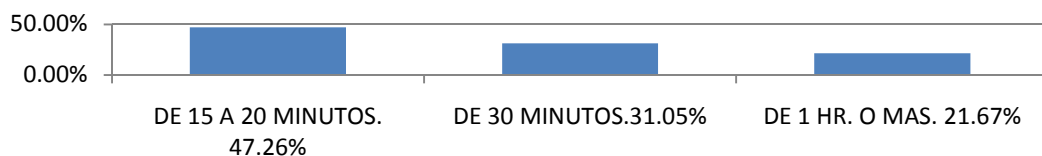
El 97.21% prefiere comer en familia en al menos en una de las comidas principales.

C 16. CUANTAS VECES HACEN EJERCICIO.



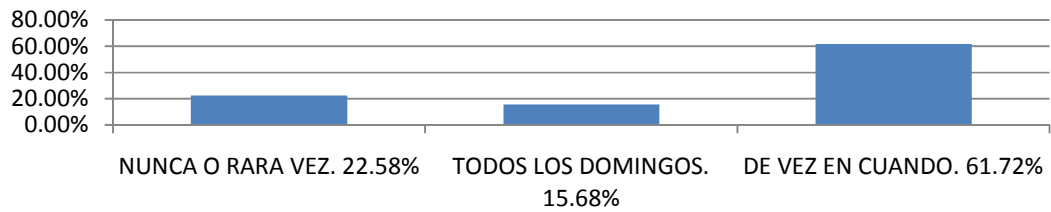
En esta grafica se manifiesta que el 51.16% no hace ejercicio o rara vez llega a hacerlo.

C 17. QUE TIEMPO LE DEDICA AL EJERCICIO.



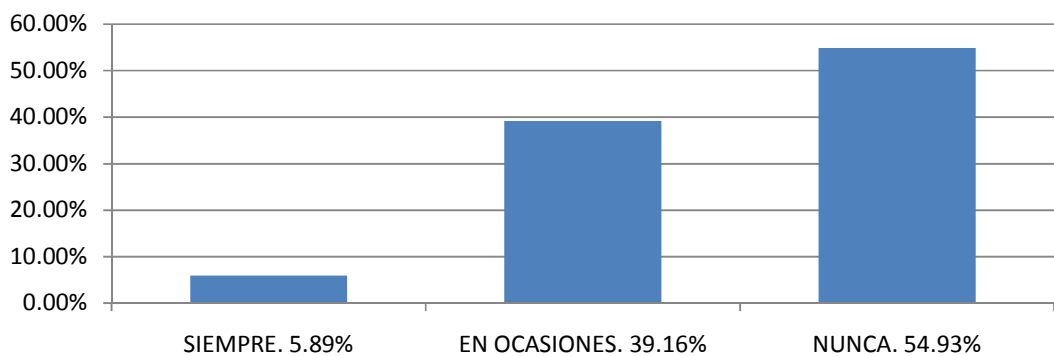
El porcentaje mayor es de 47.26%, el cual indica, el tiempo que le dedican al ejercicio de 15 a 20 minutos.

C 18. EN FAMILIA SALEN A PARQUES LOS FINES DE SEMANA.

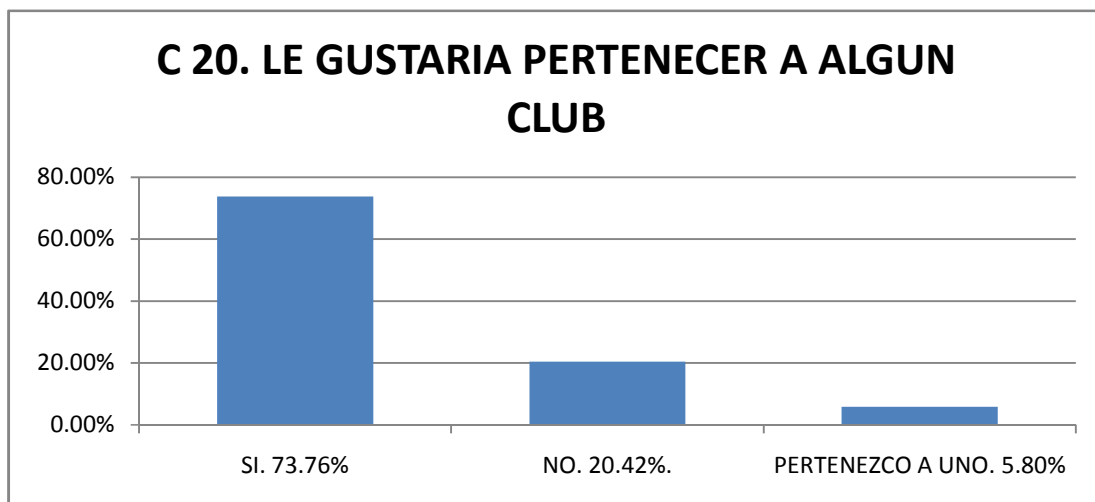


En esta grafica se muestra que el 61.72% sale de vez en cuando a convivir con la familia, a parques.

C 19. PRACTICA ALGUN DEPORTE.



EL 54.93% NO PRACTICA NINGUN DEPORTE.

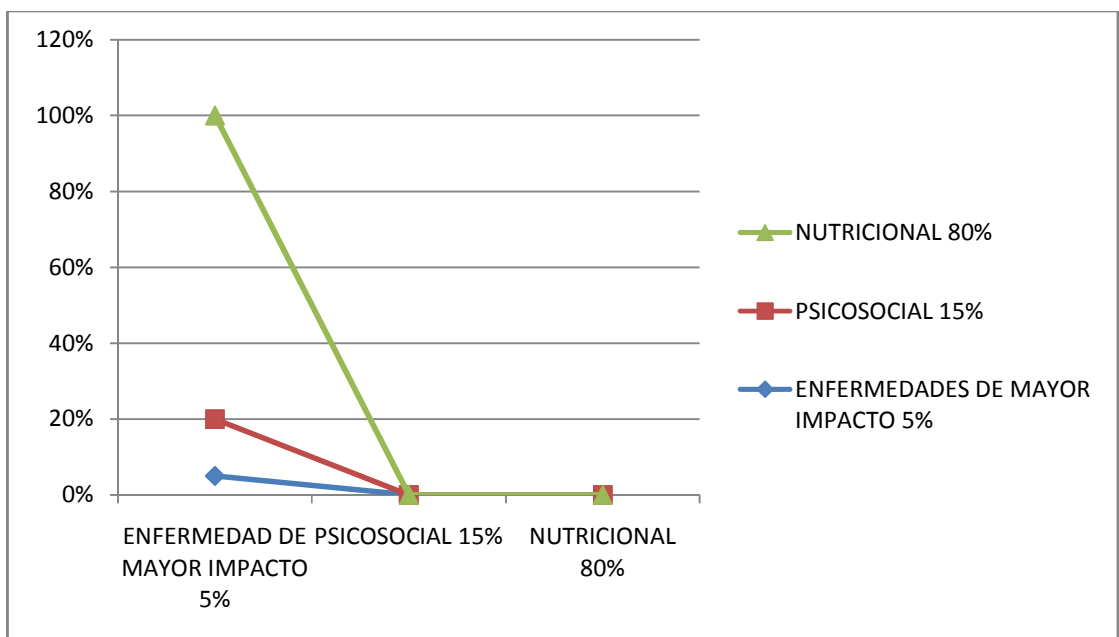


Por ultimo, la mayoría quisiera pertenecer a algún club deportivo, obteniendo el si con 73.76%.

INTEGRACION GENERAL DE LOS TRES ASPECTOS

A) ENFERMEDADES DE MAYOR IMPACTO	B)ENFERMEDADES PSICOSOCIALES	C) NUTRICION	
HIPERTENCION 74	1.-síntomas de depresión 136	1.- desayuno balanceado	C1.- B=316
DIABETES MELLITUS 2	2.-estrés 377	2.- Comidas que realiza al día	C2.-A=287
ENFERMEDADES CORONARIAS 13	3.-ansiedad 103	3.- Consumo de comida rápida	C3.-B=409
VESICULA BILIAR 28	4.-baja autoestima 62	4.- POSTRES QUE ACOSTUMBRAN DESPUES DE LA COMIDA	C4.-C=347
CANCER 5	5frustracion 42	5.- Cada cuando se acostumbra el pan.	C5.-C=235
ALTERACIONES DE LOS LIPIDOS 12	6.-pobre imagen de si mismos 20	6.- zumo de frutas, verduras y hortalizas.	C6.-C=282
HIPOTIROIDISMO 12	7.-timidez 59	7.- Consumo de Legumbres.	C7.-A=335
PROBLEMAS OSEOS (ALTERACIONES ORTOPEDICAS) 28	8vergüenza 50	8.- Consumo de pescado	C8.-C=465
ALTERACIONES PULMONARES 14	9.incomodidad 60	9.- Consumo de huevos	C9.-B=426
ALTERACIONES ENDOCRINAS 9	10.-miedo 91	10.- CONSUMO DE EMBUTIDOS	C10.-A=402
PROBLEMAS DENTALES 197	11insomnio 157	11.- Frecuencia de Lácteos	C11.-B=256
	12.-autorreproches 71	12.- Consumen comida chatarra.	C12.-A=361
	13disminución de la expresividad afectiva 43	13.- Consumo de refresco	C13.-A=274
	14.-ideas de suicidio 14	14.- conocen lo que comen sus hijos en la escuela.	C14.-A=489
		15.- procuraría comer en familia una de las principales comidas	C15.-A=558
		16.- cuantas veces hacen ejercicio.	C16.-A=294
		17.- que tiempo le dedicas al ejercicio.	C17.-A=242
		18.-en familia salen al parque los fines de semana.	C18.-C=358
		19.- practica algún deporte.	C19.-C=317
		20.-le gustaría pertenecer a algún club.	C20.-A=419
TOTAL= 407	TOTAL= 1285		TOTAL= 7072

GRAFICA DE INTEGRACION.



5.20 CONCLUSIONES.

Éste trabajo se logró, gracias al apoyo recibido de 3 instituciones a nivel primaria que permitieron que se llevara a cabo un cuestionario para recabar información psicosocial de niños obesos a través de sus padres.

La primera de ellas es la escuela primaria Maricleir Acosta Urquidi, turno Matutino, con 6 grupos de entre 30 y 35 alumnos de 1º a 6º dando un total de 210 alumnos, de los cuales 183 fueron contestados, 8 nulos 19 no fueron o no lo llevaron. La segunda escuela es la Estado de México, turno matutino, con 12 grupos de entre 45 y 55 alumnos de 1º a 6º dando un total de 634 alumnos de los cuales 380 fueron contestados 24 nulos y 230 no fueron o no lo llevaron; y por último la escuela Agustín Yáñez turno matutino, con 12 grupos de entre 40 y 45 alumnos de 1º a 6º dando un total de 516 alumnos, de los cuales 217 fueron contestados, 33 nulos y 266 no fueron o no lo llevaron; por lo que se elaboraron 1360 cuestionarios, 780 fueron contestados en su totalidad, 65 fueron nulos y 515 se les olvido en casa el cuestionario, no asistieron el día que se recogió la prueba, o se les olvido.

De estos 780 cuestionarios contestados solo se tomo una muestra de 600, para la elaboración de ésta tesis.

Dichos cuestionarios arrojaron datos importantes en los que me pude dar cuenta que en algunas preguntas no contestan realmente la verdad, sin embargo en su mayoría coinciden en algunas respuestas.

El cuestionario consto de tres partes; la sección A, contenía diversas alteraciones provocadas por la obesidad, en donde la hipertensión, los problemas dentales, fueron los que obtuvieron un puntaje más alto; en la sección B, contenía las repercusiones psicosociales de un niño obeso, donde el puntaje más alto lo obtuvo el estrés, la depresión, la ansiedad, el insomnio; y por último la sección C, era una serie de preguntas donde se indagaba ha cerca de la alimentación que llevaban a cabo en casa, costumbres de familia, deporte, etc.

Sin embargo se observo dos puntos importantes, el primero de ellos fue que al sacar los puntajes totales de cada uno de los aspectos de las alteraciones y repercusiones dadas, en las secciones A y B no hubo ninguna omisión general, esto quiere decir que efectivamente estas alteraciones y estas repercusiones son consecuencia de la obesidad.

El segundo punto fue en la sección C, donde se pudo observar que en algunas familias su alimentación y costumbres son de lo más sanas, sin embargo el

entorno familiar no es la adecuada en su mayoría de los niños en general, aunque pudiera parecer lo contrario.

Teniendo estos resultados se da por rechazada la hipótesis nula; por lo que se propone un taller integral, en el que se involucra a los maestros, a los padres y a los compañeros, a favorecer la información y así poder combatir los efectos psicosociales en niños de 6 a 12 años con problemas de obesidad.

Desafortunadamente no fue posible aplicar este taller debido a que las fechas proporcionadas por las instituciones no coincidían y finalizaba el ciclo escolar; y al siguiente ciclo escolar no iban a ser las mismas personas que se les aplicó el cuestionario. Por lo que tome la decisión de no aplicar el taller, debido a que habría una modificación en las variables. Por lo tanto mi tipo de investigación es un estudio de caso con una sola medición.

Sin embargo pretendo que trascienda este taller para prevenir y hacer conciencia a los alumnos, maestros y padres de familia de una posible obesidad así como favorecer el bienestar psicosocial y nutricional de cada uno de los niños de acuerdo a la edad, peso y estatura.

Es muy gratificante la experiencia que me deja este proyecto, aquí se queda plasmado todo el esfuerzo realizado durante todo este tiempo, tal vez con avances y retrocesos, pero siempre tratando de aportar nuevas estrategias, ideas y conocimientos al campo de la psicología.

5.21 GLOSARIO.

- **ADVENIMIENTO:** Venida de algo.
- **ACOPLE:** Acoplar, unir o encajar dos piezas o cuerpos de manera que ajusten perfectamente.
- **AVIDEZ:** Codicia, Ansia o deseo muy fuerte de tener algo.
- **COPULACIÓN:** Unión de dos cosas.
- **CULTURISMO:** Práctica sistemática de ejercicios gimnásticos para el desarrollo de los músculos.
- **DESIMANACIÓN:** Reflexión.
- **ENKID:** Estudio Español de niños Obesos.
- **ENN:** Encuesta Nacional de Nutrición.
- **ENSANUT:** Encuesta de Salud Nutricional.
- **GULA:** Desorden o exceso en la comida o bebida.
- **HIPO CALÓRICAS:** Que contiene o proporciona un bajo número de calorías.
- **IMC:** Índice de Masa Corporal.
- **KWASHIORKOR:** Deficiencia extrema de proteínas, sus síntomas son estómago inflamado y pupilas cristalizadas.
- **MACROBIÓTICA:** Sistema de alimentación que propugna el exclusivo consumo de vegetales y productos de ellos derivados como medio para lograr una vida sana y duradera: la macrobiótica constituye un modelo de conducta.
- **MENSURABLEMENTE:** Que se puede medir.
- **MÓRBIDOS:** Padecimiento de una enfermedad ocasionada.
- **OPULENCIA:** Abundancia o riqueza excesiva de bienes.
- **PERNICIOSA:** Muy dañino o perjudicial.
- **PONCE:** Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta.
- **TREPIDAN:** Temblar fuertemente, estar nervioso.

5.22 BIBLIOGRAFÍA.

1. Formiguerra X. y Fox M. (1998) Obesidad. Madrid, España. Editorial Harcourt Brace. P.p. 1-23 y 111-120.
2. Donald S. Mc. L. (1993) La nutrición y sus trastornos. 2ª ed. México. Editorial manual moderno. P.p. 149-158.
3. Keith B. T. y Luean E. A. (1991) Nutrición clínica. México. Editorial interamericana Mc. Graw Hill. P.p. 209-235.
4. Braier L. O. (1988) Fisiopatología y clínica de la nutrición (obesidad, diabetes, hiperlipoprotidemas aterosclerosis). Argentina. Editorial Panamericana. P.p. 335-360 y 366-382.
5. Pick S, Aguilar J. A., Rodríguez G., Reyes J., Collado M. E., Pier D., Acevedo M. P., Vargas E. (1995) Planeando tu vida, programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. 7ª ed. México D.F. Editorial Planeta Ariel Escobar. P.p. 187-195 y 277-281.
6. Trull T. J. Y Phares E. J. (2003) Psicología clínica. 6ª ed. México. Editorial Thomson. P.p. 476-477.
7. Sánchez, C. C. (2004) Epidemiología de la obesidad, Gac. Méd. Mex.140 (2): S3-S20
8. Ministerio de sanidad y consumo español (2005). <http://www.obesidad.nom.es/estadisticas-obesidad-datos/>
9. Farriol M., Nogues R. y Benarroch G. (2001) Etiopatogenia de la obesidad: actualidad y futuro. Revista Nutrición Hospitalaria XVI (4) pág. 113-114
10. Anaya G. L. M. (2007) Frecuencia de sobrepeso y obesidad en niños escolares con peso muy bajo al nacimiento. UNAM. FACULTAD DE MEDICINA.
11. Gómez G. D. A. (2008) alteraciones metabólicas asociadas a obesidad infantil: estudio de la consulta externa de pediatría en el hospital general de México. UNAM, facultad de Medicina.
12. Marvel C. P. (2008) factores asociados con sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años del hospital Star Medica Infantil Privado. Tesis de la UNAM, Facultad de Medicina.
13. Organización Mundial de la Salud (2005) estadísticas de obesidad. <http://www.obesidad.nom.es/estadisticas-obesidad-datos/>
14. Obesidad (2009) la obesidad: una amenaza para la humanidad. <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>

15. Cruz P. M. (2007) hábitos alimentarios y obesidad en una población escolar del D.F. UNAM, Facultad de la escuela Nacional de Enfermería y obstetricia.
16. Iturbide G. L.; Rodríguez A. R.; Olea E. G. (2008) la desnutrición infantil en México: una propuesta de medición. <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/etp/num9/a8.htm>.
17. Corona . V., I. C. (2007) obesidad infantil, tratamiento mediante el cambio de estilo de vida. UNAM, Facultad de Medicina.
18. Encuesta Nacional de la Secretaria de Salud (2005) <http://secretaria-de-salud.com.mx>
19. Resultados de Nutrición de la ENSANUT (2006) <http://www.scribd.com/doc/12980530/Resultados-de-la-ENSANUT2006-Nutricion>
20. Notimex (2007) En crecimiento de la obesidad infantil. <http://www.correo-gto.com.mx/notas.asp?id=52287>
21. Terra (2007) <http://www.terra.com/salud/articulo/html/sa110454.htm>
22. Leopoldo (2009) Datos de la OMS para el 2018. <http://www.ortomolecular-obesidad.com/2009/05/oms-mexico-podria-ser-el-pais-con-mayor.html>
23. Rivera del Rio, María Evelia (2008) Principales causas y consecuencias psicológicas de la obesidad infantil. UNAM, Facultad de psicología.
24. Forero H. A. (2007) Propuesta de campaña de publicidad social “estar gordito no es estar sano”. UNAM. Facultad de ciencias políticas y sociales.
25. ENSA (2000) Prevalencia de obesos en adultos. <http://www.ENSA2000.com.mx>
26. Zubirán S. (1998) Contribuciones personales, de la desnutrición. Tomo I. vol. 2. México. Editorial Porrúa. P.p. 497-509, 539-562, 575-591, 605-619.
27. Eberwine D. G. (2002) Obesidad. Una epidemia en apego. Perspectivas de salud. Revista de la organización panamericana. P.p. 1-7.
28. Papalia D. E. y Olds S. W. (1993) Psicología del desarrollo, de la infancia a la adolescencia. 5ª ed. México D.F. editorial Mc. Graw Hill. P.p. 31-47 y 287-443.
29. Peña M. Bacallao J. (2001) La obesidad y sus tendencias en la región. Revista panamericana Salud Publica. P.p.101-110.
30. Galván G. J. (2005) Obesidad y un estudio de tratamiento farmacológico. Página electrónica: <http://sommenlac.org/Mexico.DF>.
31. Mahoney M. J. y Mahoney K (1999) Control permanente de peso, una solución total al problema de las dietas. México. Editorial Trillas. P.p. 15-37, 81-102, 121-163.

32. Mier M. M. (2009) Sobrepeso y obesidad infantil: prevalencia y percepción materna del problema. UNAM. Facultad de Medicina.
33. Sebas (2008) La obesidad cada vez es más frecuente en niños y adolescentes. <http://www.bago.com/BagoArg/biblio/pediatweb478.htm-12k>
34. Bermudo F. M. y Collado R. E. (2001) Obesidad. Algo más que un problema de peso. México. Eds. Bermudo F. M. y Collado R. E.; P.p. 31-101, 115-184, 189-195, 221-244.
35. Bauza A. C., Celiz R. O. y colaboradores (2005) Obesidad. Causas, consecuencias y tratamiento. Argentina. Editorial Emporio, P.p. 21-39 y 529-547.
36. Barlow H. D. y Durand M. V. (2001) Psicología anormal, un enfoque integral. 2ª ed. México D.F.; Editorial Thomson. P.p. 264-265.
37. Ajuriaguerra J. (2002) Manual de psiquiatría infantil. 4ª ed. Barcelona. Editorial Masson. P.p. 199-203.
38. Lobstein T. L. y Vavy R. (2004) Obesity in children and young people, a crisis in public health. *Obes Rev.*; 5 Suppl. P.p. 14-104
39. Moraleda M. (1999) Psicología del desarrollo. infancia, adolescencia y senectud. México. Editorial Alfaomega. P.p. 1-10.
40. Desarrollo psicomotor (2008) <http://www.chanta.cl/foros/showthread.php?t=48885-45k>
41. Calzada L. R. (2003) Obesidad. Academia Mexicana de pediatría, obesidad en niños y adolescentes. México. Editorial de Textos Mexicanos. P.p. 1-21.
42. Donell A. M. O. y Grippo B. (2005) Obesidad en la niñez y la adolescencia. Argentina. Editorial científica Interamericana. P.p. 3-17.
43. Obesidad y sobrepeso infantil (2009) <http://www.pumitasfutbol.unam.mx/obesidad.html>
44. Cava Ma. J. Musitu G. (2000) La potenciación del autoestima en la escuela. Barcelona. Editorial paidós. P.p. 17-46
45. Moreno B., Moreno S. y Álvarez J. (2004) La obesidad en el tercer milenio. 3ª ed. España. Editorial Médica panamericana. P.p. 45-65.
46. Aguilar R. M. C. (2001) Concepto de sí mismo, familia y escuela. Madrid España. Editorial Dykinson, S. L., P.p. 15-75.
47. Bray G. A. (2003) Riesgos de obesidad. 5ª edición. Madrid. Ed. North Am. P.p. 78-84.
48. Revista psicológica (1988) <http://scholar.google.com.mx/scholar?hl=es&q=OBESIDAD+DE+MAHON+EY&lr=>

ANEXOS

5.23 ANEXOS.

DATOS PERSONALES

NOMBRE DEL PADRE O TUTOR: _____
EDAD: _____ SEXO: _____
PESO: _____ ESTATURA: _____
OCUPACION: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se le presenta un cuestionario, el cual consta de 3 bloques, conteste lo más honesto posible.

A) Marque con una X si padece alguna enfermedad de las que se mencionan a continuación.

1. Hipertensión ()
2. Diabetes mellitus 2... ()
3. Enfermedades coronarias..... ()
4. Vesícula biliar..... ()
5. Cáncer..... ()
6. Alteraciones de los lípidos..... ()
7. Hipotiroidismo ()
8. Problemas óseos (alteraciones ortopédicas)..... ()
9. Alteraciones pulmonares..... ()
10. Alteraciones endocrinas ()
11. Problemas dentales..... ()

B) Marque con una X si en ocasiones padece lo siguiente:

1. Síntomas de depresión..... ()
2. Estrés..... ()
3. Ansiedad ()
4. Baja autoestima ()
5. Frustración ()
6. Pobre imagen de sí mismos..... ()
7. Timidez..... ()
8. Vergüenza ()
9. Incomodidad ()
10. Miedo ()
11. Insomnio ()
12. Se hace autorreproches ()
13. Disminución de la expresividad afectiva ()
14. En ocasiones tiene ideas de suicidio..... ()

C) A continuación conteste las siguientes preguntas.

1.- ¿Usted cree que el desayuno que consume con su familia por las mañanas está balanceado?

Un desayuno balanceado es el que se compone de un lácteo (leche, yogur), cereales (tostadas, galletas, cereales de desayuno, etc.) y fruta o zumo.

- a) Siempre
- b) A veces
- c) Nunca

2.- ¿Cuántas comidas realizan usted y su familia a lo largo del día?

- a) 3 comidas diarias.
- b) 3 comidas principales y 1 ó 2 colaciones a media mañana o por la tarde.
- c) 2, comida y cena.

3.- ¿Cuántas veces consume comida "rápida" (hamburguesas, hot dogs o similares) y/o precocinados, sopas Marucha, pizzas, etc.)?

- a) Nunca o rara vez (1-2 veces al mes o menos).
- b) 1 vez por semana.
- c) Más de 1 vez por semana.

4.- Acostumbran postres después de la comida o entre comidas, tales como...

- a) Fruta o lácteo sencillo (yogur, cuajada, etc.)
- b) No toman nunca postre.
- c) Natillas, helados, etc., y repostería (casera o comercial).

5.- ¿Cada cuando acostumbra el pan?

- a) En la comida como en la cena, cada día.
- b) No comen o apenas comen pan.
- c) Se toman más de una barra de pan a diario

6.- ¿Cada cuando consume frutas, verduras u hortalizas?

- a) 3 o más piezas de fruta y algún zumo a diario.
- b) 2 raciones de verdura y 3 de frutas cada día.
- c) No todos los días comen fruta o verdura.

7.- ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres (lentejas, frijoles, alubias, habas, etc.)?

- a) 2 o más veces a la semana.
- b) 1 vez o menos por semana.
- c) Nunca, sólo en temporada de frío o rara vez.

8.- ¿Cuántas veces a la semana come pescado?

- a) 3 ó más veces por semana.
- b) Entre 1 y 2 veces por semana.
- c) De vez en cuando.

9.- ¿Cuántas veces a la semana consume huevos?

- a) Máximo 4 a la semana.
- b) 2 veces o menos por semana.
- c) Todos los días.

10.- ¿Cuántas veces por semana come embutidos (Salchicha, jamón, longaniza, etc.)?

- a) 3 veces por semana o menos.
- b) Varias veces al día.
- c) 1 vez al día o menos.

11.- ¿Con qué frecuencia toma lácteos (leche, yogur, queso y otros) u otros alimentos equivalentes (derivados de soya, leche de almendra dulce, etc.)?

- a) Al menos 3 veces al día.
- b) 2 veces al día.
- c) 1 vez al día o menos.

12.- ¿Usted come habitualmente golosinas, sabritas, chocolates, etc.?

- a) Nunca o de vez en cuando.
- b) 2 ó más veces a la semana.
- c) Todos los días.

13.- ¿Toma usted a menudo refrescos de cola?

- a) Nunca o de vez en cuando.
- b) 2 ó más veces a la semana.
- c) Todos los días.

14.- ¿Conoce lo que comen sus hijos o hijas en la escuela para complementar el resto de comidas en casa?

- a) Sí.
- b) No.

15.- ¿Procuraría hacer al menos una de las principales comidas en familia?

- a) Sí.
- b) No.

16.- ¿Cuántas veces hace ejercicio en la semana?

- a) Nunca o rara vez.
- b) Una vez a la semana.
- c) 2 o 3 veces a la semana.

17.- ¿Qué tiempo le dedica al ejercicio?

- a) De 15 a 20 minutos.
- b) De 30 minutos
- c) De 1 hr. O más.

18.- ¿Salen en familia a un parque los fines de semana?

- a) Nunca o rara vez.
- b) Todos los domingos.
- c) De vez en cuando.

19.- ¿Practica algún deporte como basquetbol, vóleibol, fútbol, natación, etc.?

- a) Siempre
- b) En ocasiones
- c) Nunca

20.- ¿Le gustaría pertenecer a algún club donde practique algún deporte?

- a) Sí
- b) No
- c) Pertenezco a uno