

InterAcción y PerspectivA

Revista de Trabajo Social

ISSN 2244-808X
D.L. pp 201002Z43506

Julio-Diciembre 2018
Vol. 8 No. 2



Universidad del Zulia
Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas
Centro de Investigaciones en Trabajo Social

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Intervención y seguimiento psicológico en un campamento de verano de niños con sobrepeso y obesidad en el norte de México

Edith Pompa* Laura Castro** Martha Leticia Cabello***

Resumen

La obesidad es un problema de salud importante en México, país donde más de 5 millones de niños la padecen. Esta situación pone en riesgo la salud de esta población y llama a un abordaje integral por parte de equipos multidisciplinarios para el combate contra esta enfermedad, desde una perspectiva psicosocial. El objetivo de la presente investigación fue estudiar la relación entre ansiedad, depresión e Índice de Masa Corporal (IMC) en niños con sobrepeso y obesidad que asisten a un campo de verano. Material y métodos: Se utilizó un diseño cuasi-experimental con evaluación antes y después de la intervención, en el que participaron dos grupos a los cuales se les dio tratamiento de diferente duración (6 meses y 1 año respectivamente), además de un grupo control ($n=102$). La intervención consistió en la asistencia a un campo de verano, y sesiones de seguimiento. Se registraron medidas antropométricas de los participantes y se aplicaron dos test psicológicos: Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS-R), y Escala de depresión para niños (CDS). Resultados: en el primer grupo no se observaron cambios significativos en ansiedad y depresión; en el segundo, se observó una disminución significativa de estos parámetros; en el grupo control no hubo cambios significativos. Conclusiones: Una intervención multidisciplinaria desde la psicología de la salud a través de un modelo cognitivo conductual resaltando la labor de profesionales de Trabajo Social, además del involucramiento familiar y escolar a hábitos sanos de alimentación, y el trabajo psicoeducativo es importante para el tratamiento de la obesidad infantil.

Palabras claves: obesidad infantil, sobrepeso, niños, ansiedad, depresión.

Recibido: 07/08/17 Aceptado: 20/04/18

*PhD Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. México edithpompag@gmail.com

**PhD Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila. México karinacastros@gmail.com

***PhD Facultad de Trabajo Social, Universidad Autónoma de Coahuila. México. marthacabello1@gmail.com

Abstract

Intervention and psychological monitoring in a summer camp for children with overweight and obesity

Obesity is a huge health problem in Mexico, a country where more than 5 million children suffer from it. This situation threatens health of this population, and calls for a holistic approach by multidisciplinary teams in order to combat this disease. Objective: The aim of this research was to study the relationship between anxiety, depression and body mass index (BMI) in overweight and obese children who are attending a summer camp. Materials and method: a quasi-experimental model was used, together with evaluations made before and after interventions, which were applied on two groups of different length (6 months and 1 year, respectively) as well as a control group ($n=102$). Intervention consisted of visiting a summer camp and follow-up sessions. Anthropometric measurements of the participants were recorded and two psychological tests were applied: Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS-R) and Children's Depression Scale (CDS). Results: with the first group there were no significant changes in anxiety and depression; in the second one, there was a statistically significant decrease on both parameters; there were no significant changes in the control group. Conclusions: : A multidisciplinary intervention from the health psychology perspective through a cognitive behavioural model, highlighting the effort of professional Social Workers, in addition to the family and school involvement to health eating habits, and the psycho educational work is important for the treatment of childhood obesity .

Keywords: Childhood obesity, overweight, children, anxiety, depression.

Introducción

La obesidad es un exceso de grasa corporal que compromete la salud del individuo, y es considerada una de las principales epidemias del siglo XXI, debido a que en las últimas décadas ha afectado a niños y adultos en países desarrollados y en vías de desarrollo. Las cifras muestran que en el 2014 más de 1.9 billones de adultos mayores de 18 años presentaron sobrepeso, de ellos 600 millones presentaban obesidad (Organización, Mundial de la Salud, 2017).

De acuerdo a datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud, el número de lactantes y niños pequeños (de 0a 5 años) que padecen sobrepeso u obesidad aumentó de 32 a 42 millones de 1990 a 2013 y en los países en desarrollo con economías emergentes (clasificados por el Banco Mundial como países de ingresos bajos y medianos), según esta organización la prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil entre los niños de edad preescolar supera el 30 % (OMS, 2017).

Se ha reportado que en la actualidad, México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo en obesidad de adultos, solo detrás de Estados Unidos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014). Según el informe final de resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino (ENSANUT MC, 2016), se ha encontrado que en este país en los niños en edad escolar entre 5 a 11 años, 3 de cada 10 menores presentan sobrepeso y obesidad y aunque en el 2012,

la prevalencia de este grupo era de 34.4 y se nota una disminución significativa sobre todo en varones, se denota un incremento progresivo en la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en zonas rurales en ambos sexos (Gutiérrez, et.al., 2012; INSP, 2016).

La obesidad se ha definido como un trastorno metabólico caracterizado por exceso de grasa corporal, principalmente visceral, de origen multifactorial y a menudo asociado con diversas comorbilidades. Este exceso de grasa corporal trae como consecuencia un aumento en el peso de la persona, el cual suele iniciarse durante la infancia o la adolescencia como resultado de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, llevando a una reducción en la calidad de vida del paciente. Esta problemática aumenta asimismo el riesgo a padecer enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión, dislipidemias, enfermedades coronarias, algunos tipos de cáncer, apnea de sueño, enfermedades hepáticas, etc. (Hussain y Bloom, 2011; Mitchell, Catenacci, Wyatt, y Hill, 2011). Debido a esto, la obesidad representa una problemática importante para las instituciones de salud, puesto que abordar las complicaciones de esta enfermedad es costoso a nivel económico.

La obesidad se determina tomando como referencia el Índice de Masa Corporal (IMC) de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2017; Secretaría de Salud, 2013). Este valor indica la relación entre peso y talla de un individuo, y se ha establecido que un IMC de 25 a 29.9 corresponde a sobrepeso, mientras que un valor superior a 30 indica obesidad, pudiendo clasificarse, en orden ascendente, como moderada, severa o mórbida dependiendo de la situación del paciente.

La obesidad trae asimismo complicaciones psicosociales que generan molestia a quienes la padecen, debido a las limitaciones que estas personas presentan en su capacidad para realizar actividades deportivas o sociales, así como también la incidencia de cuadros como ansiedad, depresión, baja autoestima, discriminación y trastornos diversos de la conducta (Latzer y Stein, 2013)

Investigaciones anteriores han determinado que los niños y niñas obesos que son objeto de burlas por parte de sus pares, pueden comenzar a manifestar sentimientos negativos y cuadros como depresión, sobre todo cuando estas burlas se enfocan en la obesidad del individuo (Madowitz, Knatz, Maginot, Crow y Boutelle, 2012). Asimismo, se ha investigado la relación entre depresión, asma y obesidad, revelando que estas enfermedades están asociadas con una valoración negativa de la propia imagen corporal (Acosta, et.al 2012) Estas investigaciones apuntan a prestar atención al aspecto psicológico del niño con obesidad, puesto que no solamente se trata de una enfermedad del cuerpo, sino que se coloca dentro de un marco psicosocial hacia el cual el individuo debe adaptarse, y para esto es importante la incidencia del profesional de la salud mental. Este abordaje puede permitir una comprensión más profunda de la realidad subjetiva del niño, de forma que sea posible una aproximación más eficiente a sus necesidades individuales (Cebolla, Baños, Botella, Lurbe, y Torró, 2009). En esta misma línea de investigación los hallazgos de García -Falconi, Rivas, Hernández, García y Braqbién, (2016), sugieren que aspectos psicológicos y estados emocionales

de depresión y ansiedad están asociados a la obesidad, afectando actividades cotidianas pero a su vez siendo precursores de la obesidad. Además muestran estudios donde señalan que la ingesta de alimentos se presenta como una forma de afrontar situaciones de ansiedad proporcionando distracción y confort.

Es decir, el aumento de peso puede relacionarse con un comer emocional y con la pérdida de control sobre la propia alimentación, comportamiento que suele encontrarse en pacientes con sobrepeso y obesidad (Morrison, 2015). Es aquí donde podemos encontrar la presencia de trastornos alimenticios ligados a emociones y afectos, estableciendo así una relación entre las afecciones del cuerpo y las de la mente (Goossens, Braet, Van, y Mels, 2009; Rofey, et.al., 2009). En este sentido, la alimentación emocional es uno de los muchos mediadores plausibles entre la depresión y / o la ansiedad y la obesidad como citan Fox, Gross, Rudser, Foy y Kelly (2016) en su reciente investigación sobre depresión, ansiedad y obesidad en adolescentes también retoman el término "alimentación emocional" que proviene de la Teoría Psicósomática que considera el comer en exceso como un mecanismo de defensa para regular y reducir las emociones negativas. En términos de ansiedad, la alimentación emocional puede ser una forma de lidiar con la hiperexcitación y con respecto a la depresión, la alimentación emocional puede ser una forma de producir emociones más positivas (Goossens, Braet, Van y Mels, 2009).

En base a la revisión realizada, el objetivo de la presente investigación es estudiar la relación entre la ansiedad, depresión y el IMC en niños con sobrepeso y obesidad, que asisten a un campo de verano denominado "Vacaciones Saludables", y presentar algunas propuestas de intervención psicosocial para el tratamiento de la obesidad infantil.

Metodología

La presente se ajusta a un diseño cuasi-experimental, con evaluación antes y después de la intervención y con un grupo control. Es un estudio de intervención que consiste en la asistencia a un campo de verano, de cinco días de duración, y sesiones de seguimiento. Se tomaron registros al inicio y al final, se aplicaron dos test psicológicos: Depresión para Niños y la escala de Ansiedad manifiesta en Niños y se registró el IMC.

Participantes

Grupo 1 (intervención, GI01): compuesto por 35 sujetos, de los cuales 21 (60%) concluyeron el tratamiento. La distribución fue de 16 niños (76,2%) y 5 niñas (23,8%), edad media de 9,71 años, DE de 1,73 y una mediana de 10,00. La escolaridad promedio fue de 4,38 años, DE 1,74 y una mediana de 5,00.

Grupo 2 (intervención, GI02): compuesto por 30 sujetos, de los cuales 14 (46,7%) concluyeron el tratamiento. La distribución fue de 8 niños (57,1%) y 6 niñas (42,9%), edad media de 10,14 años, DE de 1,23 y una mediana de 10,00. Escolaridad promedio de 4,50 años, DE 1,55 y una mediana de 4,50.

Grupo 3 (control, GC01): compuesto por 37 sujetos, de los cuales 33 (89,2%) seguían en la misma escuela durante el período de duración del estudio. La distribución fue 23 niños (72,20 %) y 10 niñas (27,80%), edad media de 10,14 años, *DE* 1,23 y una mediana de 10. Escolaridad promedio de 10, *DE* 1,23 y una mediana de 10.

Instrumentos

Escala de Ansiedad manifiesta en niños CMAS- R: instrumento diseñado para aplicarse en forma individual o grupal a niños de 6 hasta 18 años (Reynolds y Richmond, 1997). Es un instrumento de auto informe que consta de 37 ítems diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes y tiene 4 subescalas: Ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, Preocupaciones sociales/concentración y Mentira.

Escala de Depresión para niños CDS: cuestionario autoaplicable para niños de 8 a 16 años. Evalúa de manera global y específica la depresión (Lang, y Tisher, 2003) Consta de 66 ítems formulados en sentido depresivo, 48 tipo depresivo y 18 tipo positivo, el resto aluden a situaciones que no presentan contenido depresivo. Contiene dos subescalas generales independientes: Total depresivo y Total positivo.

Índice de masa corporal

Balanza de precisión Tanita Innerscan BC418, instrumento digital que permite medir hasta 200 kilogramos, con intervalos de 100 gramos.

Estadiómetro de columna para pared, marca SECA, con un alcance de medición de 200 centímetros.

El IMC (kg/m^2) se comparó con las tablas percentilares de niños y niñas entre 5 y 19 años provistos por la Secretaria de Salud.

Procedimiento

El reclutamiento de sujetos se realizó mediante la promoción en diferentes medios de comunicación para los campos de verano. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres y de las autoridades escolares siguiendo las recomendaciones sobre ética en investigación en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial (2016) y el Código ético del psicólogo de la Sociedad Mexicana de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010)

Se trabajó con un programa integral, colaborando nutriólogos, psicólogos, pediatras y médicos del deporte. Se aplicó en el campo de verano en dos modalidades: 6 meses (GI01) y 12 meses (GI02) y una modalidad de control (GC01) que no recibió ningún tipo de tratamiento.

Modalidad GI01

La intervención consta de 3 fases:

1) Se realiza la evaluación inicial que incluye la aplicación de los instrumentos para evaluar ansiedad y depresión, evaluación médica, física y nutricional y entrevista al niño y a sus padres.

2) Los niños que participaron en el campo de verano realizaban actividades programadas por cada uno de los profesionales de la salud, del equipo multidisciplinar. Posterior al campo de verano un seguimiento de 6 meses.

3) Se realizaron sesiones grupales una vez al mes con una duración de noventa minutos; donde se fomentó que los participantes expresaran sus sentimientos relacionados con la conducta de comer, como vivían cada uno de ellos su obesidad es decir expresar sus pensamientos y emociones. A los seis meses se realizó una segunda evaluación con los mismos instrumentos.

Modalidad GI02.

La intervención consta de las mismas fases e instrumentos de evaluación. La diferencia radica en que las sesiones grupales posteriores al campo de verano son con una frecuencia quincenal y además de la evaluación a los seis meses (segunda) se realizó una tercera evaluación al año, cuando finaliza el programa. Se incluyeron reuniones mensuales con los padres. La duración del programa fue de 12 meses, las sesiones del área de psicología eran cada 15 días con una duración de 90 minutos, además de sesiones mensuales con los padres de 90 minutos cada una.

Modalidad GC01

Grupo sin intervención que evaluó a 33 niños con sobrepeso y obesidad, se registró su IMC, y se les aplicaron los mismos instrumentos, al inicio y a los 6 meses.

Resultados

Estadísticos descriptivos y Percentiles de los Test de Ansiedad y Depresión

Los estadísticos descriptivos de las variables estudiadas aparecen en la tabla I; los resultados en frecuencias (f) del Test de ansiedad CMAS antes y después del programa de intervención, expresados en percentiles para ambos sexos aparecen en la tabla II. Los valores entre 31 y 69 reflejan normalidad estadística; después de la intervención la cantidad de sujetos en el percentil intermedio aumenta de 3 a 8, indicando que hubo un decremento en los niveles de ansiedad en el grupo GI02. Por otro lado, no hubo cambios significativos en los niveles de ansiedad del grupo GI01, pero se observa una disminución en los niveles de depresión (Tabla II).

Tabla I. Estadísticos Descriptivos de las Variables de estudio

	GI01 (n=21)			GI02 (n=14)			GC01 (n=33)		
	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE	M	Mdn	DE
IMC									
Inicial	.353	.257	1.06	.067	.328	1.10	---	---	---
6 meses	.302	.422	1.07	.328	.076	1.12	---	---	---
Ansiedad									
Inicial	12,00	13,00	4,21	11,93	12,00	4,46	12,88	13,00	4,64
6 meses	11,10	10,00	5,37	7,43	8,00	3,92	11,88	10,00	6,58
12 meses				9,93	8,00	5,64			
Depresión									
Inicial	134,38	132,00	28,4 2	126,6 4	120,00	35,18	124,2 7	119,00	31,55
6 meses	128,14	126,00	43,4 2	106,7 9	106,50	26,31	124,2 7	120,00	39,65
12 meses				105,0 0	100,00	23,96			

Nota: M=Media, Mdn= Mediana, DE=Desviación Estándar

Tabla II. Percentiles de ansiedad

Niños	GI01				GI02				GC01			
	Ansiedad inicial		Ansiedad a 6 meses		Ansiedad inicial		Ansiedad a 6 meses		Ansiedad inicial		Ansiedad a 6 meses	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Percentil menor a 30	3	14,30%	8	38,10%	3	21,40%	8	57,10%	8	24,20%	12	36,30%
Percentil entre 31 y 69	14	66,70%	8	38,10%	7	50,00%	6	43,00%	18	54,50%	9	27,20%
Percentil mayor a 70	4	19,00%	5	24,00%	4	28,50%	0	0,00%	7	21,20%	12	36,30%
Niñas	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Percentil menor a 30	10	48,10%	10	48,10%	7	50,00%	11	78,50%	19	57,50%	20	61,00%
Percentil entre 31 y 69	4	19,00%	5	24,00%	3	21,40%	3	21,40%	9	27,20%	6	18,10%
Percentil mayor a 70	7	33,30%	6	28,50%	4	28,50%	0	0,00%	5	15,10%	7	21,20%

Nota: GI01= Grupo Investigación 01, GI02= Grupo investigación 02, GC= Grupo Control, f=frecuencia.

De manera general, se observa que hubo una disminución más marcada en los resultados de las escalas de Ansiedad y de Depresión en los grupos de intervención, y en estos fue mayor en el GI02 (Tabla III). El GC01 ofrece evidencia estadística de que la ansiedad puede agravarse al no implementar un tratamiento. Aquí se encontró que en la primera evaluación eran 7 sujetos en el nivel más alto de ansiedad y a los 6 meses se incrementó a 12. Mientras que los niveles de ansiedad en la primera y en la segunda aplicación se mantienen similares.

Tabla III. Puntajes de ansiedad y depresión antes y después

ESCALA	Ansiedad					
	GI01		GI02		GC01	
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
AF	51,76	45,71	46,29	36,93	51,48	46,00
IH	62,05	60,33	54,64	37,21	61,09	58,21
PC	40,62	29,24	48,43	32,64	40,58	39,27
M	73,00	67,62	59,57	57,43	68,76	62,60
AT	51,86	45,67	50,00	28,79	51,94	47,88

ESCALA	Depresión					
	GI01		GI02		GC01	
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
AA	61,19	51,33	50,50	56,36	41,03	43,03
RA	52,10	50,19	38,29	32,21	42,33	48,97
PS	54,52	44,38	50,36	24,79	39,27	41,70
AE	55,00	45,05	40,36	23,57	32,24	33,03
PM	51,00	42,76	42,21	30,00	45,97	42,03
SC	34,10	33,10	35,29	19,29	36,94	34,64
DV	23,29	25,38	35,29	18,29	35,88	32,52
PV	71,33	66,57	58,07	56,00	45,97	46,85
TP	67,90	59,62	56,43	57,36	45,55	45,73
TD	44,81	40,14	38,43	21,14	35,79	36,18

Nota: AF (ansiedad fisiológica), IH (inquietud/hipersensibilidad), PC (preocupaciones sociales/concentración), M (mentira), AT (ansiedad total). AA (animo/alegría), RA (respuesta afectiva), PS (problemas sociales), AE (autoestima), PM (preocupación por la muerte/salud), SC (sentimiento de culpabilidad), DV (depresivos varios), PV (positivos varios), TP (total positivo), TD (Total depresivo).

Evaluación del programa multidisciplinario

Se evaluó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov si las variables se ajustaban o no a una distribución normal, siendo este el caso, solamente no fue posible cumplir el criterio de normalidad en la medición del índice de masa corporal para el tercer grupo por lo que este factor fue descartado de las comparaciones con este grupo. La prueba t de Student para muestras relacionadas proporciona evidencia de que la disminución en los puntajes de IMC, Ansiedad y Depresión es significativa en el GI02 (IMC $p=,010$; ansiedad $p=,002$; depresión $p=,004$) con 13 grados de libertad y con los valores de T que se muestran en la Tabla IV. Sin embargo en el primer grupo (GI01) no se detectó ningún elemento significativo lo que hace considerar necesario hacer un cambio en cuanto a la duración del programa y un incremento en las intervenciones con los niños.

Tabla IV. Comparación de los puntajes iniciales y a los seis meses

Prueba t de Student	GI01 (n=21)			GI02 (n=14)			GC01 (n=33)		
	T	P	GL	T	P	GL	T	P	GL
muestras relacionadas									
IMC inicial / 6 meses	.880	.38	20	3.07	.010	13
Ansiedad inicial / 6 meses	0,84	,40	20	3,85	,002	13	1,22	,230	32
Depresión inicial / 6 meses	1,07	,29	20	3,50	,004	13	0	,990	32

Nota: T= Prueba t Student, P= Nivel de Significancia, n= total de muestra.

Discusión

Los resultados encontrados en esta investigación señalan que los niños que recibieron seguimiento psicológico por mayor tiempo lograron una mejor reducción de peso. Si bien son pocas las investigaciones que estudian los factores psicosociales de la obesidad (Aguilar, et. Al., 2013.), también se ha encontrado que el apoyo familiar incide de manera positiva en la reducción y mantenimiento de peso (Braet, et-al., , 2015; Cabello y De Jesus, 2011) y que el abordaje multidisciplinario es el mejor para lograr una reducción de peso efectiva (Aguilar, et. Al., 2011). Nuestros resultados apuntan hacia esta última dirección, pues se observa que ambos grupos de intervención lograron una mayor reducción de peso que el grupo control.

Estudios realizados anteriormente que abordan la problemática de la reducción de peso en niños y adolescentes, tienden a enfocarse en el aspecto físico, nutricional o pedagógico, sin abordar los factores psicosociales que podrían afectar en la disminución de peso o el apego a un régimen alimenticio y/o de ejercicios (Acosta, et.al. 2014; Aguilar, et. Al., 2011; Díaz, y Aladro, 2016). Esto es importante, pues la inclusión del aspecto psico-social en el tratamiento de la obesidad da al sujeto un

espacio en donde puede expresare su vivencia de la obesidad y su relación con la comida (Bathrellou, et. Al., 2010; Rofey, et al., .2009).

Con base a los análisis realizados, no se observaron cambios significativos en el IMC, ansiedad y depresión, pero sí se observó una pequeña disminución en la media de dichas variables. Cabe señalar que, dentro de los datos cuantitativos, el peso se mantuvo estable a pesar del aumento en la estatura propia del desarrollo biológico de los sujetos. En lo referente a la ansiedad y la depresión, los resultados del grupo GI01 llevaron a realizar adecuaciones para la intervención del grupo GI02, incluyendo en duración del programa de intervención a 12 meses, en donde pudo observarse que la disminución de IMC, ansiedad y depresión si fueron significativamente menores al finalizar el programa.

Con base a los resultados del GC01, se puede observar que la falta de una intervención adecuada puede provocar que la mayoría de los niños aumenten de peso, lo cual a su vez podría desencadenar la aparición de trastornos psicológicos asociados con la obesidad, tales como la depresión y ansiedad (Bathrellou, et. al, 2010; Calderón, et.al., 2010; Lobstein, Baur y Uauy, 2004). Por otro lado, se encontró que el grupo GI02, cuyo tratamiento duró 1 año, y al cual se le dio un seguimiento de manera más frecuente, obtuvo mejores resultados en cuestión de mantenimiento de peso, en comparación con el grupo GI01, cuyo tratamiento tuvo una duración de 6 meses. Esto concuerda con las recomendaciones hechas por otros investigadores (Aguilar et al., 2015) quienes señalan que los programas de reducción de peso deben durar por lo menos 1 año y el seguimiento debe realizarse de manera frecuente a lo largo de toda la infancia. Es importante mencionar que desde el momento en que se les solicitó su consentimiento informado, se les invitó a participar en el programa, sin embargo ninguno de ellos aceptó; cuando se les realizó la segunda evaluación se les volvió a invitar, y habiendo observado los resultados, 12 de los niños participaron en el siguiente programa.

Los hallazgos de la presente investigación indican los posibles senderos que podrían seguirse en posteriores trabajos de evaluación e intervención, de manera tal que sea posible indagar acerca de las razones detrás de las dificultades de estas personas para controlar su alimentación, así como también la creación de modelos que permitan ayudarlos en el manejo emocional y conductual en la comprensión de las dificultades asociadas a su problema de obesidad.

Una de las áreas de oportunidad para futuros estudios parte de las observaciones realizadas durante las entrevistas a los padres acerca de la dificultad que estos tienen para intervenir en los hábitos alimenticios de los niños con estos problemas, y la dificultad que esto les representa debido a, por un lado, tener consciencia de que la obesidad no solo es un problema de salud física, sino que se conjugan además aspectos sociales y psicológicos, y por el otro lado, la dificultad de poner límites y prohibiciones en los hábitos alimenticios.

Siguiendo la línea establecida por estudios anteriores (Acosta, et.al., 2014 ; Saavedra, y Dattilo; 2012), se hace la recomendación de que los programas de

intervención y/prevención del sobrepeso y la obesidad en niños, deberían incluir la participación de un equipo multidisciplinario que aborde a los sujetos desde las perspectivas médica, nutricional y psicosocial, de manera que sea posible comprender e incidir positivamente en la reducción y mantenimiento del peso a través de un apego positivo a los regímenes de alimentación y actividad física que deben seguir los niños.

Propuestas de intervención psicosocial

Los niños mexicanos y específicamente los niños nuevoleonese, actualmente sufren las consecuencias de un cambio significativo en sus hábitos alimenticios debido al impacto de nuevos estilos de vida generados por drásticos cambios en la organización familiar y social. El avance acelerado de uso de las tecnologías en la vida cotidiana, así como el desarrollo de industrias alimenticias, han generado y creado nuevos productos y nuevas formas de preparación de las comidas, así como formas nuevas de consumo, sin considerar el valor nutricional que una dieta balanceada debe incluir. Estos factores sociales han afectado la prevalencia de la obesidad en los niños demandando una atención prioritaria de las autoridades de salud pública, escolares y familiares.

La intervención en esta investigación se realizó desde el marco de la psicología de la salud, la cual se enfoca en el estudio de las relaciones existentes entre la salud física y la conducta, y los estados psicológicos, especialmente la manera en que estos factores se influyen entre sí (Camacho, 2002). La propuesta parte de la línea de la psicología de la salud pero basado específicamente en los enfoques cognitivos-conductuales que son muy beneficiosos para el tratamiento de hábitos nocivos para la salud, y siguiendo los lineamientos propuestos por Fiorentino (2010).

La propuesta se basa en un modelo de intervención cognitivo-conductual, el cual postula como principios básicos que tanto las conductas como las emociones y los pensamientos son el resultado del aprendizaje y pueden modificarse mediante un nuevo proceso de aprendizaje; y en segundo lugar hay una relación equivocada entre el pensamiento y la conducta de tal forma que un cambio en las creencias o en la forma de interpretar los datos, llevará asociado un cambio de conducta (Fernández y López, 2006; Viscarret, 2012).

El modelo cognitivo conductual que proponen Vera y Fernández (citado por Fiorentino, 2010) para el tratamiento de la obesidad, parte de un sujeto que tiene la habilidad de desarrollar destrezas cognitivas, afectivas o conductuales, que le permitan modificar algunos comportamientos como el comer excesivamente y/o no tener un estilo de vida saludable. Algunas técnicas utilizadas para la aplicación de este modelo según los autores serán: la autoobservación, el auto registro, el análisis funcional, y la reestructuración cognitiva.

Parte de la labor preventiva que se realiza desde la psicología de la salud y desde el modelo cognitivo-conductual se logra gracias al trabajo psicoeducativo con los sujetos, esto es, la impartición de una enseñanza enfocada a orientar la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, concretamente los factores que afectan la salud y los

tratamientos que llevan a recuperar la misma y prevenir la enfermedad, en pos de una mejora en la calidad de vida de los individuos (Campero y Ferraris, 2015).

De acuerdo a Gómez, et. al. (2008), una de las razones por las que no se tiene éxito en las estrategias de prevención y tratamiento de la obesidad infantil se encuentra relacionada con una falta de capacitación del personal involucrado en su manejo y además, en que la intervención no solo debe centrarse en las indicaciones de la dieta y ejercicio, sino también trabajar con el niño para lograr cambios en el área afectiva-emocional, aspectos difíciles de lograr en el ámbito educativo. En base a lo anterior nuestra propuesta de intervención resalta el factor social especialmente en el contexto familiar ya que es necesario involucrar a la familia y todos sus actores en el tratamiento de la obesidad infantil. Los resultados de esta investigación muestran que algunos factores como la autoestima y el afecto se ven involucrados en el sobrepeso del niño.

De acuerdo a Cabello y Vázquez-González (2014), el desarrollo de la obesidad y el sobrepeso están relacionados con las funciones familiares. Un grupo familiar en el que se dedica tiempo y energía a cuidar la alimentación, seleccionar alimentos de calidad y diseñar menús variados genera un patrón muy diferente al de una familia en la que no se presta tanta atención a la alimentación (Cabello, Ávila y Garay, 2010). Desde la perspectiva social se presupone que las personas en todo el desarrollo de su ciclo vital aprenden valores, roles y conductas de su cultura (Kail y Cavanaugh, 2008). Así se afirma que el niño aprende a comer determinado tipo de alimentos, en ciertas cantidades, en un horario, con cierta frecuencia, bajo ciertas condiciones. Dicho aprendizaje en la primera etapa del ciclo vital recae en los padres y otros cuidadores primarios del grupo familiar, como los abuelos o las empleadas domésticas, pero existen otros agentes sociales, instituciones y redes sociales que se van incorporando como fuerzas poderosas e influyentes en la generación de esas conductas, como la escuela, los amigos, los compañeros, la televisión, las redes sociales virtuales y otros, provocando actitudes y conductas de auto cuidado, pero también, otras que conducen a un deterioro en los estilos de vida.

El profesional del trabajo social, requiere conocer la vida cotidiana de las personas, para identificar su objeto de intervención, y aunque las alternativas metodológicas son múltiples, uno de los mayores retos es el abordaje metodológico horizontal, participativo, holístico y adaptable a los sujetos; por lo que se proponen modelos de intervención social bajo esta perspectiva donde el cambio se genere desde el sujeto que vive la problemática, siendo el principal protagonista y partir de él hacer propuestas de intervención a través de mecanismos multidisciplinarios en distintos niveles y sectores sociales.

Referencias bibliográficas

- Acosta Edna, Canino Glorisa, Ramírez Rafael, Prelip Michael, Martin Molly, Ortega Alexander. (2012). Do Puerto Rico youth with asthma and obesity have higher odds for mental healthier disorders? *Psychosomatics* 53;162-71. doi.org/10.1016/j.psych.2011.07.011
- Acosta, José Alfredo, Medrano, Gabriel., Duarte Guadalupe, González, Sergio. Ramón (2014). Malos hábitos alimentarios y falta de actividad física principales factores desencadenantes de sobrepeso y obesidad en los niños escolares". *CULCyT/Nutrición* 54; 81-90.
- Aguilar, María. José, Ortegón, Alberto, Baena, Laura, Noack, Jessica Pamela, Levet, María Cristina. y Sánchez, Antonio, Manuel. (2015). Efecto rebote de los programas de intervención para reducir el sobrepeso y la obesidad de niños y adolescentes. *Nutr Hosp* 32(6), 2508-2517.
- Aguilar-Navarro Hilda Juanita, Pérez, Patricia, Díaz de León Enrique, Cobos-Aguilar Hector. (2011). Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años. *Pediatría de México* 13 (1), 17-23.
- Asociación Médica Mundial. (2016). Declaración de Helsinki. Obtenido de principios científicos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3>
- Bathrellou, Eirini, Yannakoulia Mary, Papanikolaou Katerina, Pehlivanidis Artemios, Pervanidou Panagiota, Kanaka-Gantenbein Christina,...y Sidossis, Labros. (2010). Development of a multi-disciplinary intervention for the treatment of childhood obesity based on cognitive behavioral therapy. *Child Fam Behav Ther* 32; 34-50. doi.org/10.1080/07317100903539873
- Braet Caroline, Moens Ellen y Latomme Julie. (2015). Psychological Treatment of Childhood Obesity: Main Principles and Pitfalls. En: M.L. Frelut (ed.), *The ECOG's eBook on Child and Adolescent Obesity*. [Libro electrónico]. 2015. [21 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://ebook.ecog-obesity.eu/content/>
- Cabello, Martha Leticia, Ávila, María Natividad y Garay, Sagrario. (2010). Percepción de las madres sobre una alimentación "saludable" y su relación con los hábitos alimenticios de los hijos. En M. Cabello y S. Garay (Coords.). *Obesidad y prácticas alimentarias: impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León. 193-214
- Cabello, Martha Leticia y De Jesús-Reyes, David. (2011). Percepción de las madres de niños con obesidad sobre los hábitos alimenticios y sus responsabilidades en la alimentación de los hijos. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 7 (1).
- Cabello, Martha Leticia, Díaz, Héctor Luis y Mendoza, Héctor Augusto. (2013). A Development- Focused and Empowerment Model to Combat Childhood Obesity among Public School Students in Monterrey, Nuevo León, México: A Qualitative Study. *International Journal of Hispanic Psychology*. 6 (2), 159-174 **ISSN 1939-**

5841 Nova Science Publishers, Inc.
https://www.novapublishers.com/catalog/product_info.php?products

- Cabello, Martha Leticia. y Vázquez-González, Silvia. (2014). Prácticas alimentarias y obesidad infantil. Cultura regional y factores intrapersonales, familiares y escolares. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*. Revista Española, 21, pp.47-62 **ISSN 1133-0473** Doi: 10.14198/ALTERN2014.21.03 http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/43711/6/Alternativas_21_03.pdf
- Cabello, Martha Leticia y Zúñiga, José Guillermo. (2011). Socio-cultural and familiar feeding practices associated with obesity: a qualitative study under Mexican and Mexican-American perspective. *International Journal of Hispanic Psychology*, 3 (2).
- Calderón Caterina, Forns, M y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp* 25 (4), 641-647
- Camacho, C. (2002). Una perspectiva de la aplicación de la psicología de la salud en la rehabilitación. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 1 (1):9-11.
- Campero, María Angélica, Ferraris, Luciana. (2015). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *Inmanencia*, 4 (2):52-55.
- Cebolla Ausias, Baños Rosa Botella Cristina, Lurbe Empar, Torró Maria Isabel. (2009). Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso u obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *Revista de psicopatología Clínica* 16; 125-134. doi.org/10.5944/rppc.vol.16.num.2.2011.1035
- Díaz, Rosa, y Aladro, Miguel. (2016). Relación entre uso de las nuevas tecnologías y sobrepeso infantil como problema de salud pública. *RqR Enfermería Comunitaria* 4 (1) pp. 46-51.
- Fernández, Tomás y López, Antonio. (2006). *Trabajo Social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fiorentino, María. Teresa. (2010). Conductas de la salud. En la L. A. Oblitas (Ed). *Psicología de la salud y calidad de vida* (57-81). México. D.F: Cengage Learning Editores
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). Salud y nutrición [Monografía en Internet, 28 de febrero de 2016]. Recuperado en <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.html>
- Fox, Claudia, Gross, Amy., Rudser, Kyle, Allison Foy, A. Kelly, Aaron. (2016). Depression, Anxiety and Severity of Obesity in Adolescents: Is Emotional Eating the Link?. *Clin Pediatr (Phila)*. 55 (12), 1120-1125 doi:10.1177/0009922815615825
- García-Falconi, Renán., Rivas, Valentina., Hernández, Julita Elemí., García Herminia. y Braqbien, Catherine. (2016). Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad en Niños con Sobrepeso y Obesidad. *Horizonte Sanitario*, 15(2), pp 91-97.

- Gómez, Rita Angélica, Rábago-Rodríguez, Rocío., Castillo-Sotelo, Enrique, Vázquez Estupiñan, Felipe. Barba, Rebeca y Wachter, Niels. (2008). Tratamiento del niño obeso. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*. 65 (6).
- Goossens Lien, Braet Caroline, Van Leen, y Mels Saskia (2009). Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Revista* 17-1; 68-78. doi.org/10.1002/erv.892
- Gutiérrez Juan Pablo, Rivera, Juan, Shamah, Teresa, Villalpando, Salvador, Franco, Aurora, Cuevas, Lucia, Romero, Martín. Hernández y Fernando. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública. En: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Hussain, Syed Sufyan y Bloom, Stephen Robert. (2011). The pharmacological treatment and management of obesity. *Postgraduate Medicine* 123 (1), 34-44.
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (2016). Informe Final de Resultados. Disponible desde: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
- Kail, Robert, y Cavanaugh, John. (2008). *Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital*. (3ª. ed.) México, D.F: CENGAGE Learning.
- Lang, Moshe. y Tisher, Miriam. (2003). *Cuestionario de depresión para niños CDS*. Madrid: TEA Ediciones.
- Latzer, Yael, y Stein, Daniel. (2013). A review of the psychological and familial perspective of childhood obesity. *Journal of Eating Disorders*. 1(7), 1-13. doi.org/10.1186/2050-2974-1-7
- Lobstein Tim, Baur Louise, y Uauy Ricardo. (2004). *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. *Obes Rev*. 5(1), 4-104. doi.org/10.1111/j.1467-789x.2004.00133.x
- Madowitz, J., Knatz, S., Maginot, T., Crow S., y Boutelle, K.N. (2012). Teasing, depression and unhealthy weight control behavior in obese children. *Pediatr Obes* 7 (6):446-52. doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00078.x
- Mitchell Nia, Catenacci Vicki, Wyatt Holly y Hill James. (2011). Obesity: Overview of an epidemic. *Psychiatr Clin North Am* 34 (4), 717-32.
- Morrison, James. (2015). DMS 5. *Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual Moderno
- Reynolds, C, y Richmond, B. (1997). *Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R*. México: Manual Moderno
- Rofey Dana, Kolko Rachel, Iosif Ana-María, Silk Jennifer, Bost James, Feng, Wentao, Szigethy Eva, Noll Robsert, Ryan, Neal D y Dahl, Ronlad E. (2009). A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child Psychiatr Hum Dev* 40;517-26. doi.org/10.1007/s10578-009-0141-1

- Organización Mundial de la Salud (2017). Comisión para acabar con la obesidad infantil. Datos y cifras sobre obesidad infantil Disponible en <http://www.who.int/end-childhood-obesity/facts/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2017). Obesity and Overweight. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- Saavedra José y Dattilo Anne. (2012). Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 29 (3) 379-85.
- Secretaría de Salud. (2013). Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. [Monografía en Internet, 10 de marzo de 2016]. Recuperado en <http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestroGPC.html>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Viscarret, Jesús (2012). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza.