



**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN
ADOLESCENTES**

Tutora:
Mariemma Antor

Autoras:
Rosemarye Díaz
María Luisa Goncalves

Caracas, Noviembre de 2010



**Universidad Central de Venezuela
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología
Departamento de Psicología Clínica**

**DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN
ADOLESCENTES**

**Autoras:
Rosemarye Díaz
María Luisa Goncalves**

Caracas, Noviembre de 2010

Trabajo Especial de Grado
Presentado en la ilustre Universidad Central de Venezuela
Para optar al Título de Licenciadas en Psicología

AGRADECIMIENTOS

Al recordar quienes nos apoyaron durante todo este recorrido universitario y en el desarrollo de esta investigación sobrevienen innumerables personas que por su disposición, cariño, esfuerzo y tiempo invertido merecen un absoluto reconocimiento.

Gracias a Dios por su compañía y bendición constante.

Gracias a nuestras familias por su amor y apoyo incondicional.

Gracias a nuestra querida Tutora, la Profa. Mariemma Antor, por su dedicación, entusiasmo, paciencia y colaboración.

Gracias a los profesores que nos ofrecieron su asesoría y ayuda en todo momento: Rosa Lacasella, Ciro Muñoz y Armando Moreno.

Gracias a todas las personas que laboran en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo por facilitar sus conocimientos, instalaciones y recursos materiales y humanos.

Por último y no menos importante, gracias a los participantes, quienes con entusiasmo y responsabilidad colaboraron en esta investigación y la hicieron posible.

¡A todos, Muchas Gracias!

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo diseñar y validar un programa cognitivo-conductual para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adolescentes entre 14 y 18 años que asisten al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Para ello, se realizó un diagnóstico de necesidades a través de dos formatos de entrevistas, dirigidos a los 4 especialistas que atienden a esta población y a 15 adolescentes que habían sido atendidos en ese Centro. La investigación se llevó a cabo en dos etapas: en la primera se procesaron los datos de las entrevistas mediante análisis de contenido que permitió identificar las necesidades tanto de los especialistas de CANIA como de los adolescentes que habían sido atendidos en este centro; en la segunda se realizó el diseño del programa sobre la base de las necesidades y se validó socialmente a través del juicio de expertos. El programa quedó constituido por 4 módulos: información nutricional, manejo conductual, autoestima y asertividad y estilo de vida saludable.

Palabras Clave: Sobrepeso, Obesidad, Información Nutricional, Manejo Conductual, Autoestima, Asertividad, Estilo de Vida Saludable.

Índice de Contenido

Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Índice de Contenido	v
Índice de Tablas	vi
Índice de Figuras	ix
Índice de Anexos	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO CONCEPTUAL	5
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	42
IV. OBJETIVOS	46
VI.1. General	46
VI.2. Específicos	46
V. MARCO METODOLÓGICO	47
5.1. Tipo de Investigación	47
5.2. Etapas de la Investigación	51
5.2.1. Etapa Preparatoria y Recolección de Información	51
5.2.1.2. Participantes	51
5.2.1.3. Ambiente	51
5.2.1.4. Materiales	52
5.2.1.5. Procedimiento	52
5.2.1.6. Análisis y Discusión de Resultados	54
5.2.1.7. Conclusión	117
5.2.2. Elaboración y Diseño del Programa y su Validación Social	140
5.2.2.1. Participantes	119
5.2.2.2. Ambiente	120
5.2.2.3. Materiales	120
5.2.2.4. Procedimiento	120
5.2.2.5. Análisis y Discusión de Resultados	121
5.2.2.6. Conclusión	126
VI. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES	127
REFERENCIAS	129
ANEXOS	135

Índice de Tablas

Tabla N° 1	Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo a su IMC.	12
Tabla N° 2	Clasificación de la obesidad infantil según su percentil.	13
Tabla N° 3	Valores del percentil 97 del índice de masa corporal	14
Tabla N° 4	Datos de identificación de los profesionales entrevistados.	54
Tabla N° 5	Rango de edad de los pacientes que son atendidos en CANIA.	55
Tabla N° 6	Estado nutricional de los adolescentes que acuden a CANIA.	56
Tabla N° 7	Estrato social de los adolescentes que acuden a CANIA.	57
Tabla N° 8	Cuidadores principales de los pacientes.	58
Tabla N° 9	Instituciones que remiten pacientes a CANIA.	58
Tabla N° 10	Principal motivación de los adolescentes para asistir a CANIA.	59
Tabla N° 11	Modalidad de asistencia de los adolescentes a CANIA.	60
Tabla N° 12	Prioridad de atención de casos.	61
Tabla N° 13	Criterios para la toma de decisiones en torno a la intervención.	61
Tabla N° 14	Función de los profesionales en la intervención.	63
Tabla N° 15	Tópicos que consideran los profesionales para su intervención.	64
Tabla N° 16	Talleres que se imparten en CANIA.	67
Tabla N° 17	Complicaciones más frecuentes durante la intervención.	68
Tabla N° 18	Criterios para dar de alta a los pacientes.	69
Tabla N° 19	Contacto posterior con el Centro.	70
Tabla N° 20	Reacción de los pacientes ante el diagnóstico e intervención planteada.	71
Tabla N° 21	Expectativas de los pacientes en torno a la intervención.	71
Tabla N° 22	Expectativas de los profesionales.	72
Tabla N° 23	Porcentaje de pacientes que modifican sus hábitos.	73
Tabla N° 24	Inquietudes de los pacientes.	73
Tabla N° 25	Inquietudes de los familiares de los pacientes.	74
Tabla N° 26	Grado de adaptación de los pacientes y sus familiares a su nuevo estilo de vida.	75
Tabla N° 27	Porcentaje de pacientes que siguen instrucciones de los Especialistas.	75
Tabla N° 28	Medidas para la adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida.	76
Tabla N° 29	Medidas para mantener los cambios en el nuevo estilo de vida.	76
Tabla N° 30	Otro aspecto a mencionar por parte de los profesionales.	77
Tabla N° 31	Variables sociodemográficas de los adolescentes entrevistados.	78

Tabla N° 32	Resumen de los estadísticos descriptivos de las variables antropométricas.	79
Tabla N° 33	Año de ingreso de los participantes a CANIA.	80
Tabla N° 34	Tiempo de los participantes en tratamiento en CANIA.	81
Tabla N° 35	Tiempo para notar cambios en el peso corporal.	81
Tabla N° 36	Participantes que culminaron el tratamiento.	82
Tabla N° 37	Participantes que abandonaron el tratamiento.	82
Tabla N° 38	Complicaciones que se le presentaron a los participantes para culminar el tratamiento en CANIA.	83
Tabla N° 39	Participantes referidos de otras instituciones.	83
Tabla N° 40	Áreas hacia las que estuvieron dirigidos los tratamientos recibidos por los participantes.	84
Tabla N° 41	Modalidad de tratamiento.	84
Tabla N° 42	Acompañantes de los participantes a CANIA.	85
Tabla N° 43	Análisis de los pros y los contras de la intervención.	86
Tabla N° 44	Posibilidad de elección del tratamiento.	87
Tabla N° 45	Transmisión de la información a los participantes.	88
Tabla N° 46	Reacción de los participantes ante el diagnóstico propuesto.	89
Tabla N° 47	Reacción de los participantes ante el tratamiento propuesto.	89
Tabla N° 48	Expectativas de los participantes en torno al tratamiento.	90
Tabla N° 49	Grado de cumplimiento de las expectativas expuestas por los participantes.	90
Tabla N° 50	Grado de motivación de los participantes en torno al tratamiento.	91
Tabla N° 51	Grado de motivación de los familiares de los participantes en torno al tratamiento.	91
Tabla N° 52	Calidad del servicio que brinda la institución.	92
Tabla N° 53	Talleres a los que asistieron los participantes.	92
Tabla N° 54	Contacto posterior con el Centro.	95
Tabla N° 55	Vínculos de apoyo brindado y percibido entre los participantes.	95
Tabla N° 56	Adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida.	96
Tabla N° 57	Adaptación de los familiares de los pacientes a su nuevo de vida.	96
Tabla N° 58	Grado en que los participantes modificaron sus hábitos alimenticios y de ejercicio.	97
Tabla N° 59	Grado en que los participantes siguieron las instrucciones impartidas por los especialistas durante y después del tratamiento.	97

Tabla N° 60	Principal motivación para asistir a CANIA.	98
Tabla N° 61	Criterio por el cual los participantes acudieron a CANIA.	99
Tabla N° 62	Percepción de la obesidad como enfermedad por parte de los participantes.	99
Tabla N° 63	Definición de obesidad.	100
Tabla N° 64	Áreas afectadas por la obesidad	101
Tabla N° 65	Afirmaciones con las que los participantes se identificaban antes y ahora.	102
Tabla N° 66	Aspectos que los participantes consideran que faltan para dar solución a su problema.	114
Tabla N° 67	Inquietudes que reportan los participantes en torno a su problemática.	114
Tabla N° 68	Áreas en las que debería hacerse énfasis en el tratamiento.	115
Tabla N° 69	Áreas en las que los participantes quisieran haber sido entrenados.	116
Tabla N° 70	Factores motivante de los participantes durante el tratamiento.	117
Tabla N° 71	Datos de Identificación de los Expertos que realizaron la Validación Social.	122

Índice de Figuras

Figura Nº 1	Vínculo de apoyo entre los pacientes.	74
Figura Nº 2	Listas de espera para acceder al tratamiento.	80
Figura Nº 3	Motivación de los participantes durante el tratamiento.	85
Figura Nº 4	Preferencia de cambio de la modalidad de tratamiento.	86
Figura Nº 5	Preferencia de los pacientes en torno a la modalidad de transmisión de la información.	87
Figura Nº 6	Consideración de los participantes de agregar algún material	88
Figura Nº 7	Consideración de los participantes de que se agregue algún tópico.	93
Figura Nº 8	Atribución de la pérdida de peso del peso corporal al tratamiento recibido en CANIA.	93
Figura Nº 9	Participantes que recibieron el alta.	94
Figura Nº 10	Participantes que conocen el criterio por el cual le dieron el alta.	94
Figura Nº 11	Participantes que consideran dieron solución a su problema de obesidad.	113

Índice de Anexos

- Anexo 1. Programa Cognitivo-Conductual para el Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes.
- Anexo 2. Carta de Solicitud de Permiso al Comité de Bioética de la Institución para el desarrollo de la investigación.
- Anexo 3. Protocolo de Entrevista para Profesionales del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.
- Anexo 4. Protocolo para contactar a los Adolescentes Participantes.
- Anexo 5. Protocolo de Entrevista para Adolescentes del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo
- Anexo 6. Autorización para los Representantes de los Adolescentes.
- Anexo 7. Carta de Solicitud de Colaboración para los Expertos.
- Anexo 8. Ficha de Identificación del Experto.
- Anexo 9. Formato de Evaluación del Cuadro Esquemático del Programa.
- Anexo 10. Carta de Agradecimiento a los Expertos.
- Anexo 11. Carta de Agradecimiento a CANIA.

I. INTRODUCCIÓN

La obesidad es considerada una enfermedad crónica no transmisible y se define como un aumento de grasa corporal (tejido adiposo), como consecuencia de un balance positivo de energía, en un período prolongado. El origen de este trastorno es multifactorial (Laurentin, Schnell, Tovar, Domínguez, Pérez, y López, 2007; Polanco, 2004).

Este problema de salud se generaliza a todos los grupos etáricos: niños, adultos, ancianos y particularmente a adolescentes, quienes por las características propias de su etapa evolutiva, se encuentran expuestos con mayor frecuencia a factores contribuyentes en la adquisición, instauración y mantenimiento de hábitos de vida inadecuados y poco saludables que a corto, mediano o largo plazo pueden desencadenar el padecimiento de la obesidad (Macías, Landaeta, Bosch, Méndez, 2002).

Desde el punto de vista fisiológico, la adolescencia inicia con la aparición de las características sexuales secundarias y termina con el cese del crecimiento somático. Abarcando el período entre los 10 y 19 años de edad; la Ley Orgánica de Protección al Niño y Adolescente (LOPNA) considera adolescente a toda persona con 12 años o más y menor a 18 años de edad. Se considera una etapa importante en el desarrollo humano, debido a todos los cambios fisiológicos, físicos y psicológicos que ocurren y que pueden afectar el bienestar nutricional del adolescente. Un reflejo de ello es la obesidad, cuya prevalencia constituye un problema creciente de salud pública, no sólo en la población adulta de todo el mundo, sino también en edades más tempranas (Higuera, Arria, Vera y Sanz, 2009; Millan y Sileo, 2002).

Es bien sabido que las necesidades nutricionales de los individuos varían en cada etapa de la vida, así como también en cada proceso fisiológico. Son muchos los autores que concuerdan que una nutrición adecuada en las etapas tempranas de la vida, contribuiría a que existiera una menor probabilidad de contraer o desarrollar enfermedades, ya sea en la infancia y/o en la edad adulta. Una adecuada alimentación se traduciría en un mejor desarrollo

psicomotor e intelectual, en una mejor composición corporal, una mejor capacidad cognitiva, mayor rendimiento escolar, mejor respuesta inmunológica, mayor capacidad para el trabajo físico y disminución del desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, entre otras (Higuera y cols., 2009).

Sin embargo, en la actualidad, los hábitos alimenticios son cada vez menos saludables, trayendo como consecuencia el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. A su vez, los modos de alimentarse, las preferencias y rechazos hacia determinados alimentos están fuertemente condicionados por el contexto familiar durante la etapa infantil, en la que se incorporan la mayoría de los hábitos y prácticas alimentarias de la comunidad. En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos; situaciones que contribuyen en la adquisición de hábitos inadecuados de alimentación y el desarrollo de la obesidad desde edades tempranas (Domínguez-Vásquez, Olivares y Santos, 2008).

La obesidad en la infancia y adolescencia es un síndrome con diversas implicaciones, a saber: físicas, psíquicas y sociales, cuyo tratamiento en ocasiones tiene resultados frustrantes (Polanco, 2004). Aunado a esto, la obesidad infantil incrementa el riesgo de la aparición de enfermedades crónicas en la edad adulta como la hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia, enfermedades cardiovasculares, entre otras (Polanco, 2004).

Como lo señala Capriles (2007) las repercusiones de la obesidad en la niñez y adolescencia no han sido únicamente de índole social y psicológico, sino que afectan de forma grave la salud de quienes padecen esta enfermedad. Estudios recientes han demostrado que al menos el 80% de los adolescentes y el 60% de los niños obesos entre 5 y 10 años tienen alguno de los siguientes

riesgos cardiovasculares asociados: elevaciones de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas, hipertrigliceridemia, bajos niveles de HDL, elevación del colesterol total y/o elevación de los niveles plasmáticos de insulina. De la misma forma, la obesidad es la mayor causa de resistencia insulínica en la infancia y adolescencia, con mayor frecuencia los cuadros de Diabetes Mellitus tipo II o diabetes adquirida aumentan su incidencia en este grupo etáreo, donde las cifras han pasado de 0.2 por cada 100000 habitantes hace 30 años a 7.2 por cada 100000 habitantes en la actualidad. De igual forma, la obesidad infantil es responsable de al menos 25% de los casos de obesidad en el adulto, observándose que los niños que presentan obesidad antes de los 8 años tienden a desarrollar grados severos de obesidad en la adultez.

En nuestro país existen pocas instituciones que aborden este problema, destacando entre ellas el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), institución que lleva trabajando más de 15 años, brindando atención nutricional integral, a través de la intervención interdisciplinaria: médica, nutricional, psicológica y social; que involucra a niños y adolescentes con sus familiares. En esta institución existen datos que corroboran la incidencia de la obesidad. Entre enero de 2000 y septiembre de 2005, se evaluaron 328 niños y adolescentes de 2 a 17 años, con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, con Acantosis nigricans y/o antecedentes familiares de diabetes; de estos fueron seleccionados 160 pacientes (95 hembras, 65 varones) por presentar criterios diagnósticos de intolerancia a la glucosa, y resistencia a la insulina y/o hiperinsulinismo. El 99% presentó resistencia a la insulina y/o hiperinsulinismo, 3,7 % intolerancia a la glucosa, 60% hipertrigliceridemia, 59% valores bajos de colesterol-HDL, y el 8% hipertensión arterial. A su vez, en 74 de los 160 pacientes se diagnosticó el síndrome metabólico. La prevalencia por grupo de edad fue: 55% en el grupo de 10 a 14 años, 41% en niños de 6 a 10 años, 2,7% en jóvenes ≥ 15 años y 1,3% en niños de 2 a 6 años. La obesidad presentada en dicha muestra, corresponde en un 50% a obesidad grave, 47% a obesidad moderada y 3% a obesidad leve. Esta información lleva a la conclusión de que el síndrome metabólico es frecuente en niños y adolescentes obesos de Antímamo, Caracas, y su prevalencia se incrementa con la severidad de la obesidad (Laurentin y cols., 2007).

Capriles (2007) señala que el tratamiento nutricional aunado a una terapia psicológica de modificación de conducta que involucre al ámbito familiar y al aumento de la actividad física como parte de un sistema de cambio definitivo del estilo de vida, es quizás el más importante y trascendental tratamiento de la obesidad. Por ello y en vista de que cada vez se observa mayor incidencia de la obesidad en la niñez y adolescencia es necesario insistir en la identificación y el tratamiento precoz y oportuno a estas poblaciones de manera que pueda prevenirse la morbilidad y mortalidad asociada a la obesidad que aumenta a medida que los niños y adolescentes se transforman en adultos. El momento apropiado para intervenir en la prevención precoz del daño, debería ser el período prenatal, idealmente preconcepcional y también en los primeros años de vida post-natal (Pizarro, 2007).

Esto es más cierto aún si se contemplan las estimaciones de la OMS que señalan que la erradicación de la obesidad reduciría en casi un 60% la prevalencia de diabetes tipo II, en un 20% la prevalencia de enfermedad coronaria y de accidente vascular encefálico y en casi un 30% la prevalencia de hipertensión arterial. Apreciaciones similares para el sedentarismo, muestran las reducciones de morbilidad que se lograrían con la práctica de actividad física moderada en toda la población; reducción de 30% de muertes por enfermedad coronaria, 25% por diabetes y cáncer de colon, 12% por cáncer de mamas, 15% por accidente vascular cerebral isquémico y 10% por fractura de cadera (Pizarro, 2007).

Por tal motivo, el objetivo principal de esta investigación está dirigido a atender las necesidades de los adolescentes con Sobrepeso y Obesidad quienes acuden a CANIA, con el fin de realizar una propuesta que permita un manejo eficiente de las condiciones asociadas a tal fenómeno, contribuyendo al desarrollo del bienestar y la calidad de vida de esta población. En tal sentido, se propone un programa terapéutico de corte cognitivo-conductual enmarcado dentro del ámbito de la psicología de la salud, para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adolescentes.

II. MARCO CONCEPTUAL

La obesidad es considerada como una enfermedad crónica no transmisible (Pizarro, 2007). Se define como el aumento de la grasa corporal (tejido adiposo) que se produce como resultado de un balance positivo de energía en el organismo, es decir, por el desequilibrio entre el ingreso y gasto diario de calorías. Su desarrollo es heterogéneo y etiológicamente multifactorial (Polanco, 2004).

En congruencia con la definición anterior, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (Organización Mundial de la Salud, 2006).

A su vez se describe como un síndrome complejo, de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos y celulares (Kaufer, Tavano y Ávila, 2001, c.p. Oviedo, Morón y Solano, 2006).

En el contexto actual, existen dos hechos fundamentales que permiten la comprensión del aumento de los índices de obesidad y sobrepeso mundialmente. Estos hechos son: la modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes; y la tendencia a la disminución de la actividad física, potenciado por la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, actividades recreativas, los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización (OMS, 2006).

Anteriormente la obesidad y el sobrepeso se consideraban un problema exclusivo de los países de altos ingresos; sin embargo, en la actualidad, el sobrepeso y la obesidad están aumentando cabalmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano, por lo que se considera una de las problemáticas crónicas de salud a nivel mundial, reemplazando incluso los problemas tradicionales como la desnutrición y las enfermedades infecciosas (OMS, 2006).

La incidencia de esta enfermedad se encuentra en crecimiento. Según los cálculos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2005 en el mundo existían aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y 400 millones de adultos con obesidad. Además, según sus proyecciones, se calcula

que en el año 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad (OMS, 2006).

En Venezuela, las estadísticas que se manejaban para el año 2005 indicaron que el 69.1 % de los hombres y el 61.4% de las mujeres presentaban sobrepeso; a su vez el 26.3 % de las mujeres y el 23.2 % de los hombres tenían obesidad. Mientras que para el 2015, si la tendencia actual se mantiene, se estima que entre el 36.2% de los hombres y el 39.9 % de las mujeres del país presentarán cuadros de obesidad; al mismo tiempo que los índices de sobrepeso estarán fluctuando entre 79.0% en los hombres y el 72.5% de las mujeres (World Health Organization, 2009).

Estos datos resultan alarmantes e inclusive la primera reacción ante ellos podría ser su cuestionamiento. En este sentido, si bien el Instituto Nacional de Nutrición en la actualidad no cuenta con cifras exactas y oficiales que corroboren estos datos (ya que el estudio para determinar los índices de obesidad y sobrepeso a nivel nacional no ha sido culminado); sí existen estudios particulares que permiten apreciar la credibilidad de estas aproximaciones.

Vale citar la investigación realizada por Núñez, Peña, Pacheco, Sánchez y Rivera (2006) en el Municipio Sucre del Estado Miranda donde los datos obtenidos fueron significativamente superiores a los publicados internacionalmente en Europa, y el resto de Latinoamérica. Esta investigación realizada durante 2005 evaluó el estado nutricional de 360 adultos que consultaron los ambulatorios “Don Pedro del Corral”, “Araguaney” y las Clínicas Móviles. El diagnóstico se realizó según el índice de masa corporal (IMC) (Kg/m^2) sugerido por la OMS y se clasificó la obesidad en tipo I, tipo II y tipo III según la OMS. Los resultados indican que el 28,88% de los pacientes femeninos y 23,33% de los pacientes masculinos que se consultaron presentaron obesidad. Hubo obesidad tipo I en un 65,79%, tipo II en un 23,68% y tipo III en un 10,52%. La distribución por sexo fue la siguiente: en la población femenina se observó un 28,88% de obesidad, un 31,11% de sobrepeso y 32,22% de peso normal; y en la masculina un 23,33% de obesidad, un 30% de sobrepeso y 40% de peso normal, revelando una prevalencia de obesidad superior a la obtenida por las estadísticas a nivel internacional; y superior al compararla con los índices de España, Brasil y otros países latinoamericanos.

En la población infantil y adolescente las cifras continúan siendo alarmantes, convirtiendo a Venezuela en un país donde convergen la desnutrición y obesidad infantil de manera paradójica, inclusive en los estratos sociales más desfavorecidos

(Barría y Amigo, 2006; Laurentin y cols., 2007; Landaeta-Jiménez, Macia-Tomei, Fossi, García, Layrisse y Méndez-Castellano, 2002; Oviedo y cols, 2006), como lo demuestra el estudio sobre el patrón de lípidos en preescolares de bajos recursos socioeconómicos en Valencia (2003), que incluyó 390 preescolares de 1 a 7 años, donde se indica que existe un déficit nutricional del 14,3% y un exceso nutricional, incluyendo sobrepeso y obesidad del 20,8% en dicha población (Solano, Velázquez, Naddaf y Páez, 2003).

Por su parte, el estudio realizado a nivel nacional por la Dirección del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) del Instituto Nacional de Nutrición (INN) en el año 2005 corrobora estos datos. Dicho estudio incluyó 600.000 niños de todo el territorio nacional y encontró que en los lactantes el porcentaje de sobrepeso aumentó de un 23,1% en 1990 a 26,9% en el 2005; en preescolares el porcentaje ascendió de 7,9% a 11% y en la población de 7 a 14 años el índice de sobrepeso aumentó de 9,7% en 1990 a 15,8% en el 2005. Además, se evidencia el aumento del consumo de comida chatarra, rica en carbohidratos y grasas (Paoli, 2008).

Datos más recientes del estudio llevado a cabo a nivel nacional por la Dirección del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) del Instituto Nacional de Nutrición (INN, 2007) referido al estado nutricional de los niños menores de 15 años, señala que el porcentaje de los niños y niñas de 7 a 14 años, según el indicador peso/talla, ubicado sobre el percentil 90 (obesidad) fue de 19,31% , mientras que en los niños y niñas menores de 15 años fue de 13,12% (Instituto Nacional de Nutrición, 2008).

Si bien podría decirse que estos estudios particulares pudiesen tener algún sesgo o errores de muestreo, en pocas palabras que sus datos no reflejen la prevalencia real del sobrepeso y la obesidad en Venezuela; resulta necesario afinar el análisis con respecto a los indicadores/índices utilizados para la evaluación del estado nutricional de los niños y adolescentes, en términos de lograr la comprensión de un fenómeno tan complejo como la obesidad.

En este sentido, las instituciones encargadas de velar por la salud en las naciones, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) constantemente evalúan y muestran indicadores de referencia mundial que permiten conocer la incidencia de los problemas que afectan a la humanidad y específicamente a la infancia, para con ello conocer el nivel de vida de cada país y la efectividad de las medidas sanitarias, gubernamentales y mundiales en

la disminución de las condiciones que afectan a estas poblaciones y constituyen factores amenazantes a su calidad de vida.

A lo largo de la historia uno de los indicadores mayormente utilizados para determinar el estado nutricional de las poblaciones infantiles y adolescentes era el crecimiento infantil (OMS, 2010). Actualmente, en vista de que los problemas nutricionales y sobre todo la malnutrición se han diversificado, pasando por todos los grados del espectro, del déficit al exceso, los indicadores utilizados cada vez resultan más específicos. Es así como en las estimaciones presentadas a nivel mundial se utilizan, como un determinante de las condiciones de vida, tres indicadores que permiten describir y conocer el estatus nutricional, en los niños y adolescentes. Ellos son:

- ✓ El Retraso del crecimiento: es decir, la talla baja para la edad, refleja los efectos acumulativos de la desnutrición y las infecciones desde el nacimiento, e incluso antes. Su presencia es indicativa de malnutrición crónica, la cual probablemente repercuta de forma muy grave y duradera en la salud.

- ✓ La Insuficiencia ponderal: significa el bajo peso para la talla, implica una pérdida de peso aguda, retraso del crecimiento o ambas cosas.

- ✓ El Sobrepeso: o acumulación de grasa corporal.

Por su parte, según el Instituto Nacional de Nutrición (INN, 2006), existen varios índices para realizar la evaluación nutricional antropométrica de niños y niñas menores de 15 años de edad, y se utilizan dependiendo del nivel de sensibilidad que se requiera. Los indicadores establecidos por la OMS y adoptados por el INN son los siguientes:

- ✓ Talla-Edad: relación entre la talla obtenida de un individuo y la referencia de la misma edad y sexo (T-E)- Es el indicador que refleja el estado nutricional pasado o crónico.

- ✓ Peso-Talla: el cual se define como la relación que existe entre el peso corporal con respecto a la talla (P-T). Es el indicador más específico para valorar el estado nutricional en los mayores de 2 años.

- ✓ Peso-Edad: establece la relación entre el peso corporal obtenido en un sujeto a una edad determinada y la referencia para su misma edad (P-E). Resulta el indicador más sensible para valorar el estado nutricional en los menores de 2 años.

En este orden de ideas, aunque se conoce que las estadísticas de retraso en el crecimiento e insuficiencia ponderal han disminuido en muchos países, gracias a la mayor disponibilidad de nutrientes y la fortificación de los alimentos (Unicef, 2005); los

datos con respecto al sobrepeso en la niñez a nivel mundial no se conocen a ciencia cierta. En la actualidad, cada vez hay más pruebas de la existencia de una carga doble, es decir, de malnutrición por déficit (con altas tasas de insuficiencia ponderal o retraso del crecimiento) en algunos grupos de población; unida a altas tasas de sobrepeso en otros grupos (OMS, 2010).

En Venezuela, según las estadísticas sanitarias presentadas en 2010 por la OMS, donde se exponen las cifras referentes a los factores de riesgo de mortalidad y morbilidad más amenazantes en la población, se conoce que a pesar de que en Venezuela todavía existen niños con Retraso del Crecimiento 15,6% y con Insuficiencia Ponderal en un 3,7% también está presente el Sobrepeso. Las cifras indican que en menores de 5 años el porcentaje de sobrepeso pasó de la década de 1990-1999 de 5,2 % a 6,1 % entre el 2000-2009; a su vez, se desconocen con exactitud las cifras de niños mayores de 5 años, adolescentes y adultos (OMS, 2010).

De los resultados parciales del Segundo Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (SENACREDH), realizado por la Fundación Centro de Estudios Sobre Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (FUNDACREDESA) en el Eje Centro Norte Costero puede extraerse que el 80,62% de los niños y niñas de 0,25 a 1,99 años, y el 82,28% de los de 2 a 4,99 años, presentó un peso adecuado para su edad, el déficit de peso observado fue de 6,54% y 6,80% respectivamente; mientras que el exceso de peso se presentó en el 12,84% y 10,92% respectivamente de los niños, niñas y adolescentes estudiados. Con respecto a la talla para la edad el 94,20% y 95,35% respectivamente presentó una talla adecuada para su edad, el déficit fue de 2,50% y 1,47% respectivamente y la talla alta 3,30% y 3,18% (FUNDACREDESA, 2010).

En el mismo orden de ideas y con miras a establecer las características del perfil nutricional de la población infanto-juvenil venezolana Higuera y cols. (2009) tomaron como muestra parte de los datos recolectados en la población de los estados Aragua, Carabobo, Miranda, Distrito Capital y Vargas, pertenecientes al Eje Centro Norte Costero, recolectada entre abril de 2007 y noviembre de 2008 por FUNDACREDESA, en el Segundo Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana (SENACREDH), donde determinan el estado nutricional (IMC), así como su relación con los lípidos séricos, ambos, factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.

En este estudio fueron evaluados 1.776 individuos, de los cuales 892 (50,2%) fueron del sexo femenino y 884 (49,8%) del sexo masculino; distribuidos en dos grupos de edad, de 12 a 14,99 años y de 15 a 19,99 años. Para la caracterización del IMC se

utilizaron los percentiles (p) de referencia nacional. Los valores límites utilizados para establecer las categorías del estado nutricional de acuerdo con este indicador fueron:

- ✓ Normal: $\geq p 10$ a $\leq p 90$
- ✓ Déficit : $< p 10$
- ✓ Exceso : $> p 90$.

Este indicador se determinó mediante la fórmula: $IMC = \text{peso}/\text{talla}^2$ y se expresa en Kg/m^2 . Al clasificar a los adolescentes de acuerdo al IMC calculado, se encontró entre un 67,7% y 76,7% de individuos dentro del rango de normalidad (p 10 a p 90). Por el contrario, entre el 14 y el 18,7% de los adolescentes presentó un IMC por encima del percentil 90, clasificado como exceso de peso (Higuera y cols., 2009).

Los resultados arrojaron que en los adolescentes evaluados la prevalencia del IMC por encima del percentil 90 estuvo entre 14 y 18,7%, siendo mayor en las adolescentes. A medida que fue aumentando el IMC, también se incrementaron los niveles de colesterol total, siendo significativamente mayores en el sexo femenino. Por su parte, aquellos adolescentes femeninos y masculinos, que presentaron IMC en exceso, tuvieron niveles significativamente mayores de triglicéridos con respecto a aquellos con un IMC en déficit e IMC adecuado, siendo mayores en las adolescentes. De igual forma, se observó que fueron descendiendo los niveles de HDL; sin embargo, estos niveles de lípidos séricos resultaron adecuados tanto para los individuos del sexo masculino como femenino (Higuera y cols., 2009).

De todo lo expuesto anteriormente, se extrae que la obesidad no sólo representa una epidemia mundial, como muchos autores la denominan por lo acelerado de su propagación a nivel mundial, sino que además se confirma que representa una importante amenaza y se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, a las que se les atribuye el mayor número de muertes nacional y mundialmente; a la vez contribuye con el desarrollo de otras enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes tipo II) que acortan la vida de quienes la padecen, conlleva al deterioro progresivo de la salud y disminuye la calidad de vida (Antor, 2007; Hernández, 2004).

En este momento, resulta imperioso hacer la salvedad de que existen diferentes maneras de medir y clasificar la obesidad y el sobrepeso, dependiendo del grupo etario, el sexo y la edad. En términos generales, se acepta que la consideración de todas estas diferencias entre las poblaciones y los puntos de corte seleccionados para la clasificación del sobrepeso y la obesidad, permite establecer evaluaciones y diagnósticos más precisos en relación a esta enfermedad. No debe dejar de mencionarse que el establecimiento de criterios específicos permitirá la identificación

temprana de los niños y adolescentes que presenten sobrepeso y obesidad, a la vez que contribuirá en el despliegue de estrategias preventivas, más que remediales.

En forma práctica, la obesidad puede ser medida de diversas formas. Entre ellas se encuentran las medidas antropométricas que permiten hacer una valoración general del estado de nutrición del individuo, las más frecuentes son: el peso, la talla, los pliegues cutáneos y el Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC). A su vez, también puede ser medida a través de la circunferencia de la cintura, la medida del índice cintura cadera, y por la estimación del grado de depleción corporal a través de la medida del grosor del pliegue cutáneo y la circunferencia muscular del brazo. Igualmente existen tablas comparativas que permiten la estimación del peso ideal del sujeto de acuerdo a su sexo, edad y talla, pero dichas tablas no han resultado generalizables a todos los contextos y se encuentran sesgadas ante determinadas poblaciones, por ello se recomienda la utilización de los valores de referencia locales, más que el empleo de tablas provenientes de otras locaciones (Moreno y Villar, 2002; Vera, 2002).

A pesar de existir diversas formas de medida, el Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC) es la medida más empleada. Sirve para determinar el grado de pérdida o ganancia de masa grasa y muscular de las personas. La fórmula para su cálculo es la siguiente (Moreno y Villar, 2002; Vera, 2002):

$$\text{IMC} = \text{Peso (en Kilogramos)} / \text{Estatura}^2 \text{ (en metros)}$$

Para la clasificación en los adultos, suele utilizarse el Índice de Masa Corporal (IMC) el cual permite la clasificación de la población, posibilitando ubicarlos en los diagnósticos de "Sobrepeso" y "Obesidad" (OMS, 2006).

A partir de la clasificación del Estado Nutricional de acuerdo con el IMC según la OMS (2006) un Adulto con Sobrepeso será aquella persona cuyo IMC se encuentre entre 25 y 30, mientras que un Adulto con Obesidad presentará un IMC superior a 30, el cual variará dependiendo del tipo: obesidad tipo I (IMC entre 30,00 y 34,99); obesidad tipo II (IMC entre 35,00 y 39,99) y obesidad tipo III (IMC \geq 40,00).

Tabla N° 1. Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo a su IMC.

Clasificación	IMC (kg/m²)
Infrapeso	<18,50
Delgadez severa	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49
Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00
Pre-obeso	25,00 - 29,99
Obeso	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00

Fuente: Organización Mundial de la Salud (2006).

De igual forma, en los niños y adolescentes, el IMC permite establecer los puntos de corte para la clasificación de los mismos en las categorías de sobrepeso y obesidad; pero en vez de utilizar la tabla anteriormente presentada de forma directa, la relación (kg/m²) es sometida a ajustes de acuerdo con la edad. Inclusive a nivel mundial y local, existen tablas con curvas percentiles que permiten ubicar a los niños y adolescentes de acuerdo al IMC relacionado con la edad (Cole, 2001).

En este sentido, los índices de peso para la edad no se consideran adecuados para evaluar el sobrepeso, pues ignoran el efecto de la talla, por esta razón se recomienda el uso del índice peso para la talla en la evaluación del estado de nutrición de los niños. En la adolescencia, en especial, se adicionan la edad y el estado de maduración como variables relevantes, éstas se deben considerar en la valoración de la masa corporal; es así que, por ejemplo, los valores internacionales de peso para la talla propuestos por la OMS y elaborados por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud de Estados Unidos no se extienden a las edades y estaturas posteriores al inicio de la pubertad, por cuanto no deberían utilizarse en todas las poblaciones (Esquivel y Rubén, 2001).

Además de ello, durante la adolescencia, las características de la masa corporal total, están mediadas por la genética y la variabilidad individual, debido a que se trata de un período de desarrollo del tejido adiposo. A pesar de que se cuenta con el índice de masa corporal (IMC), se ha referido que su correlación con la grasa corporal disminuye de 0,90 en los prepúberes a 0,32 en los púberes. Así, resulta importante mejorar su

sensibilidad, considerando: la raza, el género y el grado de desarrollo puberal (Guerrero y Sánchez, 2009); pues de lo contrario podrían subestimarse o sobrestimarse los valores que se obtienen (Saldaña, 1991).

En congruencia con lo anterior, como lo plantean Capriles (2007) y Hernández y cols. (2004) aunque no hay unanimidad entre los autores, el IMC sigue siendo el mejor indicador disponible para el diagnóstico tanto de la obesidad como del sobrepeso, así como también es importante contar con tablas de referencia que permitan detectar, desde edades tempranas, los riesgos de padecer obesidad. De esta manera, se diagnostica Obesidad cuando los niños y adolescentes presenten un IMC mayor al 95% para la edad y sexo; y el Sobrepeso en aquellos cuyos IMC se encuentre entre el 85 y 95%.

Existen otras categorizaciones para referirnos al sobrepeso y la obesidad. Polanco (2004) las clasifica de la siguiente manera:

Tabla N° 2. Clasificación de la obesidad infantil según su percentil.

Clasificación	Percentil
Normal	< 85
Sobrepeso	85 - 90
Obesidad Leve	90 - 95
Obesidad Moderada	95 - 97
Obesidad Grave	≥ p 97

Fuente: Polanco (2004).

Como se evidencia, los puntos de corte varían de un autor a otro y de una población a otra. En Venezuela, según los valores de referencia nacional se asume que un niño se encuentra dentro de su peso Normal cuando las puntuaciones del IMC corporal se encuentren entre el 10 y 90% de la población; mientras que se habla de exceso de peso u obesidad cuando las puntuaciones de su IMC se encuentren por encima del percentil 90, es decir, se ubique en el 90% de la población de referencia (INN, 2008).

Para los fines de esta investigación, se considerará que pertenecen a la categoría de Obesidad los niños y adolescentes cuyos IMC se encuentren por encima del percentil 97; tomando como referencia para ello los puntos de corte que aparecen en la Tabla N° 3.

Por otra parte, de acuerdo a la distribución corporal del tejido adiposo o distribución de la grasa corporal, se hablará de Obesidad Androide o Central cuando la acumulación de tejido adiposo se encuentre en la región víscero-abdominal; mientras que, se hablará de Obesidad Ginecoide cuando la acumulación del tejido adiposo se encuentre en el tejido subcutáneo glúteo-femoral (Bandini, 2001; Castillo, Gallardo, García, Moreno y Víctor, 2003; Laurentin, y cols, 2007).

Tabla Nº 3. Valores del percentil 97 del índice de masa corporal (kg/m²)

Edad	Femenino	Masculino
2	19,3	18,7
3	19,2	18,5
4	18,7	18,4
5	18,5	18,6
6	18,5	19,4
7	19,3	19,8
8	20,5	21,3
9	21,2	22,0
10	22,1	23,3
11	23,3	24,4
12	24,2	25,2
13	25,7	27,1
14	26,2	27,0
15	26,6	27,5
16	27,1	28,3
17	27,4	28,2
18	27,7	28,8

Fuente: Landaeta-Jimenez y cols. (1995 c.p. Maulino y cols., 2009).

En este sentido, la localización de la grasa varía de unas personas a otras. Los hombres tienden a tener más grasa abdominal siguiendo el modelo androide o masculino de distribución de la grasa. Por otro lado, las mujeres tienden a tener mayor cantidad de grasa a nivel del glúteo, teniendo una circunferencia de la cadera mayor, característico del llamado modelo ginecoide o femenino de distribución de la grasa. El predominio relativo de un modelo u otro puede ser determinado a través del índice cintura/cadera (Bandini, 2001; Castillo y cols., 2003; Laurentin, y cols., 2007).

En el mismo orden de ideas, numerosas evidencias indican que el riesgo de padecer síndrome metabólico se asocia no sólo con el grado de obesidad sino más directamente con la localización de la grasa en el cuerpo. Por ello, si bien tener un IMC elevado es un factor que predispone para el desarrollo de este síndrome, la situación se complica cuando la distribución de la grasa está en el área abdominal. Así, se asume que la distribución central de la grasa (Obesidad Androide o Central) puede ser incluso más crítica que la grasa total como factor de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, pues ésta se encuentra muy relacionada con una mayor prevalencia de intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, aumento de presión arterial, aumento de lípidos sanguíneos, anomalías metabólicas como hiperglucemia, hiperinsulinismo e hiperlipidemias, que son factores de riesgo para la arteriosclerosis (Bandini, 2001; Castillo y cols., 2003 y Laurentin, y cols., 2007).

Entre las características que secundan a la obesidad androide están habitualmente alteraciones de los lípidos y lipoproteínas plasmáticas. La hipertrigliceridemia y el aumento de las lipoproteínas de muy alta densidad (VLDL) es, sin duda, la alteración más frecuente; seguida de la disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), el aumento de los ácidos grasos libres en plasma y la elevación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) (Bandini, 2001; Castillo y cols., 2003; Laurentin, y cols., 2007).

Así como es importante conocer los criterios definitorios del sobrepeso y la obesidad, es necesario saber cuáles son los principales factores de riesgo para la adquisición y desarrollo de esta enfermedad.

Como se sabe el origen de la obesidad es multifactorial, los niños y adolescentes pueden presentar obesidad por diferentes razones, a saber: hábitos de conductas de alimentarias inadecuadas, ausencia o disminución en la actividad física, factores hereditarios, y la combinación de las razones mencionadas anteriormente (Barboza, Gaslonde, Gonzáles, López, Vergara y Zarzalejo, 2010).

En la actualidad el mayor poder adquisitivo de la población, la disponibilidad de alimentos y de los medios para adquirirlos, junto con la modificación de los hábitos de conducta alimentaria y la reducción de la práctica de actividad física han contribuido de forma importante en la presencia del sobrepeso y la obesidad en edades cada vez más tempranas (Polanco, 2004).

Entre los factores de riesgo más importantes relacionados con la obesidad infantil se encuentran: el peso al nacer, la historia/ antecedentes familiares de obesidad y las

horas dedicadas a la televisión. También, existen factores conductuales asociados como: el temperamento del niño, la frecuencia de pataletas y la preocupación de los padres por el peso del niño, entre otros (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

A continuación, se expondrán de forma detallada los factores genéticos, nutricionales, psicosociales y socioeconómicos, que predisponen y pueden determinar la aparición y persistencia de la obesidad en la población infantil y adolescente.

✓ Factores Genéticos: Como premisa se puede decir que a priori, poseer una carga genética que propenda a la delgadez es un factor de protección contra la obesidad y el síndrome metabólico, mientras que aquella que propenda a la obesidad resultará un factor de riesgo en el desarrollo de dicha enfermedad (Dulloo y Jacquet, 2001; Laurentin y cols., 2007). Estudios realizados en mellizos han descrito una importante influencia genética relacionada con la conducta y las preferencias alimentarias (Dulloo y Jacquet, 2001; Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

✓ Factores Nutricionales y Biológicos:

- Obesidad en la madre y alto peso al nacer: el peso al nacer no sólo tiene influencia en la probabilidad de sobrevivencia de la población neonatal e infantil sino que también tiene consecuencias a largo plazo en el crecimiento y desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes. La obesidad materna, fuera de representar un riesgo obstétrico para la madre, representa para el niño un riesgo de macrosomía (peso de nacimiento mayor a 4 kg.) y de eventual obesidad en su vida adulta (Pizarro, 2007 y Singhal, Lanigan y Lucas, 2001).

- Malnutrición intrauterina: el ambiente nutricional intrauterino parece ser de especial importancia en términos de imprimir en el feto características metabólicas que influyen sobre su riesgo de desarrollar obesidad u otras enfermedades crónicas no transmisibles durante la vida adulta (Pizarro, 2007; Singhal, Lanigan y Lucas, 2001). Este factor, si se combina con la existencia de un ambiente en la familia y/o fuera de ella, con malos hábitos de alimentación y de actividad física, el resultado será un adulto obeso. Este mecanismo explica la transmisión de la obesidad dentro de un grupo familiar a nuevos individuos (Pizarro, 2007).

- Programación fisiológica: bajo circunstancias que cambian el entorno en el que se desarrolla el feto, como la insuficiente nutrición, la obesidad materna, y la diabetes; los genes del nuevo individuo deben adaptarse para vivir en esas condiciones. Después del nacimiento, esta programación se mantiene, favoreciendo el desarrollo de la obesidad más adelante (Pizarro, 2007; Singhal, Lanigan y Lucas, 2001). En este

sentido, se ha demostrado experimentalmente que si individuos adultos sanos son sometidos a ayuno o a dietas de alta densidad calórica, ellos regresarán espontáneamente a su peso inicial una vez cesado el tratamiento, atribuyéndose gran importancia entonces a la programación fisiológica en los mecanismos del control del peso corporal (Laurentin y cols., 2007; Singhal, Lanigan y Lucas, 2001).

- La diabetes gestacional: los hijos de madres diabéticas, hipertensas u obesas tendrán un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo II, hipertensión y/u obesidad en el curso de su vida, no sólo por factores genéticos, sino también por el mecanismo de programación fisiológica, mediado por factores hormonales y/o nutricionales y ambientales (Pizarro, 2007).

Hasta este momento puede decirse, que tanto un ambiente de privación nutricional intrauterina, cuyo resultado puede ser un recién nacido de bajo peso que propenda al desarrollo de la distribución central de la grasa corporal; como el producto de una gestante obesa o diabética, condicionan una mayor tendencia a presentar enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta, entre las que destaca la obesidad (Amador, 2000; Laurentin y cols., 2007; Singha, Lanigan y Lucas, 2001; Pizarro, 2007).

En este orden de ideas y continuando con los factores biológicos que influyen en el desarrollo de la obesidad se encuentran:

- La Talla/Estatura: En los países en vías en desarrollo, el retraso de la talla/estatura está asociado con un mayor riesgo de padecer obesidad; sin embargo también se evidencia que los niños que poseen una talla muy alta para su edad, presentan tal condición como consecuencia de la estimulación de la maduración ósea a causa de la obesidad (Kain, Burrows y Uauy, 2001). En ocasiones, muchos de los niños y adolescentes venezolanos con sobrepeso y obesidad, lo desarrollan porque tienen una talla disminuida para su edad, observable principalmente en los niños de estratos sociales bajos (Landaeta-Jiménez y cols., 2002).

- Influencia de los mecanismos hormonales de regulación del peso corporal del sistema nervioso central: la disminución de la masa adiposa (durante el ayuno) disminuye la concentración de leptina e insulina circulantes y estimula la secreción de grelina, hormonas que poseen receptores en el cerebro que estimulan las vías neuronales que conducen a la represión del centro de la saciedad y estimulación del centro del hambre (Singha, Lanigan y Lucas, 2001).

✓ Factores Psicológicos: Se acepta que generalmente los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales. (Amador, 2000; Birch, 2001 y Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

A continuación se describirán algunos de los factores psicológicos relacionados con el desarrollo del sobrepeso y la obesidad en la infancia y adolescencia.

- Influencia del entorno familiar: se ha encontrado que el grupo familiar más directo y especialmente las madres, tienen una influencia importante en la forma como el niño se comporta en relación con la alimentación (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008). Por su parte, debe tenerse en cuenta que la alimentación no sólo tienen fines nutricionales, sino que va más allá de ello, convirtiéndose en un proceso de socialización donde los niños aprenden comportamientos, hábitos y creencias que permanecerán a lo largo de su vida; asimilando una multitud de patrones como horarios de alimentación, cantidades y tipos de alimento, formas de preparación, entre otros. Por su parte, el conjunto de creencias que se maneje en el entorno familiar también será determinante; así por ejemplo, muchas familias todavía consideran que el sobrepeso e inclusive la obesidad son signo de buena salud; lo que condiciona y dificulta el despliegue de acciones que giren en torno al control del peso corporal (Birch, 2001; Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008; Sadaña, 1991).

- Patrón de consumo: la naturaleza del consumo de alimentos, es decir, el qué comen, cómo, cuándo, dónde y cuánto, está muy influenciado por procesos sociales, económicos, políticos y culturales (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008). Esta actuación de los factores sociales y culturales sobre el patrón de consumo alimentario puede condicionar un estado de salud favorable o desfavorable. En ese sentido, se conoce que los niños nacen con una preferencia ya determinada hacia los alimentos dulces y salados y con un rechazo por los sabores ácido y amargo; sin embargo, el resto de las preferencias alimentarias se aprenden muy temprano en la niñez, cuando el niño comienza a incorporarse a la alimentación familiar. Estas preferencias alimentarias condicionarán los hábitos de alimentación a edades posteriores. (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008). La madre y el grupo familiar deben estar preparados, tanto para apoyar el aprendizaje de preferencias alimentarias saludables, como para preservar la capacidad innata del niño de

alimentarse adecuadamente, obedeciendo a las señales internas que lo llevan a mantener un adecuado balance energético (Pizarro, 2007).

- Significación de la conducta alimentaria: hechos como la restricción absoluta de algunos alimentos, el uso de alimentos como recompensa a conductas deseadas, el condicionar cuáles alimentos gustan más y los que gustan menos, la norma de comerse toda la comida servida a pesar de no tener apetito, entre otros patrones culturales que se dan en torno a la alimentación, contribuyen al desarrollo de creencias con respecto a la alimentación y por tanto a la ejecución de hábitos alimentarios tanto saludables como no saludables (Pizarro, 2007).

Desarrollando un poco más las ideas planteadas anteriormente, se puede decir que estos patrones de alimentación infantil están basados en la disponibilidad de alimentos en el hogar, las tradiciones familiares, el acceso a medios de comunicación y la interacción con los niños durante la comida. Por ello, la exposición repetida del niño a estos modelos familiares, genera un estímulo condicionado que asocia determinados alimentos con eventos específicos (fiestas, castigos, estaciones, entre otros), ejerciendo un efecto modulador sobre su comportamiento alimentario. De esta forma, como consecuencia del reforzamiento positivo de la conducta, derivado de las experiencias de alimentación, los niños adoptan las preferencias alimentarias y costumbres familiares que le resultan agradables, seleccionando las conductas que repetirán en el futuro (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos 2008).

- ✓ Factores Socioeconómicos: los factores socio-culturales como situación socioeconómica, estilo de vida, lugar de residencia entre otros, también son determinantes de las prácticas alimentarias. En este contexto, se ha reconocido el papel de la publicidad dirigida hacia los niños. La constante exposición a la publicidad de alimentos y bebidas de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, así como una gran oferta de este tipo de alimentos, en todos los lugares a los que los niños concurren, ha inducido un cambio importante en el patrón de alimentación infantil (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

- Nivel socioeconómico e instrucción de los padres: Aunque algunos autores señalan que el nivel socioeconómico está relacionado con el riesgo de padecer o no obesidad, los resultados de las investigaciones son paradójicos. Algunos estudios indican, que en los países desarrollados las mayores tasas de prevalencia de la obesidad se encuentran en los estratos socioeconómicos más desfavorecidos, mientras que en los países en vías de desarrollo ocurre lo contrario, presentándose

mayor índice de obesidad en los estratos más altos (Guansheng, 2001). Otros autores señalan que el sobrepeso y la obesidad son condiciones que se encuentran en todos los estratos sociales (Barría y Amigo, 2006; Laurentin y cols., 2007; Landaeta-Jiménez, y cols., 2002; Oviedo, Morón y Solano, 2006).

- Disponibilidad de alimentos y lugares para la realización de actividad física: los productos que se caracterizan por ser buenos para la salud, como las frutas, verduras y carnes blancas, suelen tener precios elevados; de tal forma que la población con menor poder adquisitivo, ubicada en los estratos sociales más bajos, no puede acceder a ellos fácilmente, limitando su alimentación al consumo de carbohidratos y grasas que suelen tener un valor más reducido (Landaeta-Jiménez y cols., 2002). Por su parte, los espacios destinados para la realización de actividad física también son restringidos (Gimnasios, piscinas, canchas, etc.); por lo general son privados y ofrecen tarifas elevadas, mientras que las opciones públicas, en muchas ocasiones, se encuentran en mal estado, resultan inseguras y poco atractivas para la población (Guansheng, 2001).

- Rutina de vida moderna: las características de las ciudades, el aumento de las distancias entre el lugar de residencia, estudio y trabajo y la necesidad de utilizar medios automotores para el traslado de la población, inciden en la actividad física que se realiza. De igual manera, el ritmo de vida acelerado de la sociedad actual supone que cada vez se cuente con menos tiempo tanto para la selección compra y preparación de la comida, como para la estructuración de rutinas de ejercicio, prefiriéndose las opciones más prácticas en la selección de alimentos, como los enlatados, las comidas rápidas y los alimentos congelados; aunado a opciones de entretenimiento sedentario (Guansheng, 2001).

- Influencia de los medios de comunicación: en la actualidad, los medios de comunicación audiovisual, principalmente la televisión y el cine, representan las opciones de entretenimiento por excelencia, teniendo un importante papel en la socialización de los individuos, en la divulgación de las prácticas culturales y en la instauración de actividades sedentarias. Éstos, a través de la publicidad y su programación, contribuyen en la difusión de estilos de vida poco saludables, centrando su publicidad por lo general, en alimentos poco nutritivos y con alto aporte calórico, dirigidos principalmente a la población infantil (Guansheng, 2001).

En Venezuela, la situación de inseguridad alimentaria en que viven muchos niños y adolescentes, el deterioro de la capacidad adquisitiva, así como el abandono temprano de la lactancia materna, ha impactado la calidad de vida y el estado nutricional de la población (Landaeta-Jiménez y cols., 2002).

Una vez expuestos los factores que influyen en el desarrollo de la obesidad, resulta importante conocer las consecuencias de esta enfermedad sobre la salud física y mental de los niños y adolescentes que la padecen.

Se conoce que, según la edad de comienzo de la enfermedad, el tipo y la intensidad, las consecuencias sanitarias, psicológicas, médicas y económicas son distintas. La obesidad que se inicia en la niñez y adolescencia tiene una repercusión inmediata sobre la salud del niño, afectando su crecimiento, ritmo madurativo y equilibrio endocrino. Sin embargo, las consecuencias más importantes para la salud se derivan del riesgo de perpetuar la condición de obesidad a lo largo de la edad adulta, ya que ésta facilita la aparición de enfermedades que pueden generar invalidez e incrementan la mortalidad (Hernández, 2004).

Desde el punto de vista psicosocial se ha comprobado que los niños y adolescentes obesos tienen una pobre imagen de sí mismos, expresan sensaciones de inferioridad y rechazo, experimentan la discriminación de sus pares e inclusive pueden desarrollar depresión, aislamiento social y/o conductas antisociales, las cuales, por supuesto, afectan de forma importante su desarrollo psicológico y adaptación social (Hernández, 2004).

En líneas generales, puede decirse que la obesidad, como muchas otras enfermedades, se convierte en un factor disposicional que condicionará, de una u otra manera, el desarrollo y comportamiento del individuo, su salud física y psicológica, e inclusive sus interacciones con el medio; sobre todo si su inicio ocurre en edades tempranas.

A continuación se realizará una síntesis de las consecuencias de la obesidad en niños y adolescentes, quedando tácito el hecho de que si la obesidad persiste en la edad adulta, las comorbilidades asociadas a esta condición serán más graves e inclusive fatales (Capriles, 2007; Hernández, 2004).

✓ Repercusiones en Salud:

- Crecimiento acelerado, adelanto de la maduración ósea y sexual: la hipersecreción de andrógenos por parte de la glándula suprarrenal es responsable de los cambios en el patrón de crecimiento que afectan la velocidad de crecimiento y la maduración. Como consecuencia del desequilibrio nutricional, esta respuesta hormonal produce en los niños y adolescentes obesos la tendencia a ser más altos, pero la talla alta tiene un carácter transitorio ya que es debida a una aceleración del ritmo madurativo. Es por ello que regularmente los niños y adolescentes obesos presentan una edad ósea avanzada para la edad cronológica, situación que puede generar que el crecimiento finalice precozmente y la talla adulta se encuentre en valores inferiores a la norma o dentro de ella (Hernández, 2004).

Por su parte, la maduración ósea acelerada y su repercusión sobre el crecimiento influyen en la precocidad de la maduración sexual y los cambios puberales, situación que se acompaña de una centralización de la distribución de la grasa, u obesidad androide, sobre todo en las niñas, lo cual constituye un factor de riesgo para el desarrollo de alteraciones a nivel metabólico y patologías cardiovasculares en la edad adulta (Hernández, 2004).

- Dislipidemia o anomalías en el metabolismo de los lípidos: son una serie de diversas condiciones patológicas en el metabolismo de los lípidos, es decir, alteraciones de las concentraciones de lípidos en la sangre, como la hipercolesterolemia (colesterol alto) y hipertrigliceridemia (triglicéridos altos); (Capriles, 2007; Hernández, 2004). El riesgo de padecer alguna de estas condiciones se debe a que cuando los lípidos comienzan a acumularse en las paredes de las arterias producen su engrosamiento, endurecimiento e inclusive su obstrucción (Antor, 2007).

- Síndrome Metabólico: Es una condición que incrementa la posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo II. Para llevar a cabo el diagnóstico del síndrome metabólico es necesario que se presente: obesidad de distribución abdominal, hipertensión arterial, dislipidemia e insulino-resistencia (Capriles, 2007; Hernández, 2004).

- Diabetes Mellitus tipo II: el hecho de desarrollar obesidad en edades tempranas incrementa la posibilidad de presentar resistencia a la insulina y favorece la aparición precoz de la Diabetes tipo II (Capriles, 2007; Hernández, 2004).

- Hiperinsulinismo: patología responsable de los cambios en el perfil lipídico, especialmente de la elevación del colesterol y aumento de los triglicéridos, los cuales constituyen factores de riesgo que contribuyen en la aparición de patologías cardiovasculares (Capriles, 2007; Hernández, 2004).

- **Esteatosis hepática:** conocida comúnmente como hígado graso, se caracteriza por la acumulación de ácidos grasos y triglicéridos en las células hepáticas (Capriles, 2007; Hernández, 2004).
- **Hiperandrogenismo:** condición que se caracteriza por la alteración de la acción biológica de los andrógenos, produciendo según el sexo alteraciones. En las hembras: la centralización de la grasa, enfermedad poliquística del ovario e infertilidad; mientras que en los varones produce ginecomastia (crecimiento de las glándulas mamarias), por lo que se distorsiona además su imagen corporal (Hernández, 2004).
- **Patología Cardíaca:** la obesidad produce diferentes cambios estructurales en el corazón, aumentando su tamaño y el de sus ventrículos (Antor, 2007; Hernández, 2004).
- **Presión arterial alta o Hipertensión:** la presión sistólica se correlaciona positivamente con el IMC; la obesidad infantil multiplica la posibilidad de padecer esta condición en la edad adulta, sin tomar en cuenta los casos en que se ve afectada desde la infancia, aunque son poco frecuentes (Capriles, 2007).
- **Problemas Ortopédicos:** el sobrepeso tiene diversos efectos sobre el aparato locomotor. Las alteraciones más frecuentes van desde el arqueamiento de las extremidades inferiores (fémur, tibia y peroné), el deslizamiento de la cabeza femoral, hasta inclusive el desarrollo de artritis, condiciones que generan inflamación, dolor y disminución de la movilidad (Hernández, 2004).
- **Apnea del sueño y Complicaciones Respiratorias:** la obesidad puede repercutir sobre la función pulmonar, por tanto dificultar la respiración de quienes la padecen (Hernández, 2004).
- **Trastornos Dermatológicos:** la insulino-resistencia por la obesidad produce diferentes manifestaciones cutáneas como lo son: la acantosis nigricans, candidiasis y estrías (Hernández, 2004). Por su parte, en los casos de obesidades graves, la fricción entre las capas de la piel puede generar lesiones e infecciones cutáneas (Antor, 2007).
- **Persistencia de obesidad en edad adulta:** el hecho de que la obesidad persista en la edad adulta se considera uno de los problemas más importantes desde el punto de vista sociosanitario, ya que en la adultez es cuando aparecen o se agravan las enfermedades asociadas a los factores de riesgo que acompañan a estas enfermedades, es decir, los efectos a largo plazo de la obesidad del niño y adolescente sobre la morbilidad y mortalidad en el adulto son correlacionables con la patología coronaria, la hemorragia cerebral, el cáncer de colon, arteroesclerosis, diabetes y artritis; independientemente del peso en la edad adulta (Hernández, 2004).

✓ Repercusiones Psicológicas: La adolescencia es una etapa de cambios tanto físicos como psicológicos donde se lleva a cabo el proceso de construcción de la identidad, se estructura la personalidad y con ello el autoconcepto y la autoestima (Oliva, 1999; Perinat, 2003). Las dificultades que genera la obesidad en los adolescentes sobre todo en las niñas, son significativamente mayores que las que pudiese generar si su desarrollo es en la edad adulta (Hernández, 2004).

En este sentido, el hecho de ser adolescente implica una serie de carencias, confusiones y transformaciones en la adaptación hacia la adultez, que serán aún más complejas cuando todo ello pasa por el tamiz de padecer una enfermedad crónica como por ejemplo la obesidad (Oliva, 1999). Durante la adolescencia el autoconcepto y la autoestima comienzan a estructurarse principalmente con base a la introspección que realiza el adolescente de los cambios físicos propios de la pubertad, cuestión que les obliga a revisar la imagen que hasta entonces habían contraído para incluir los nuevos rasgos que comienzan a configurar su nuevo cuerpo de adulto. Por ello, no resulta extraño que los adolescentes se definan a sí mismos tomando en cuenta las características corporales, ya que su aspecto físico representa una de las principales preocupaciones. De igual manera, este autoconcepto se estructura sobre las bases de su corporalidad aunada a las referencias, concepciones y comparaciones provenientes de su entorno social (padres, familiares y amigos), (Oliva, 1999; Perinat, 2003).

Es así como la discriminación precoz y sistemática por parte de los compañeros, familiares y la sociedad, consecuencia de los cánones culturales que enaltecen a la figura esbelta y delgada, estigmatizan al obeso como alguien imperfecto y producto de debilidades, abandono y falta de voluntad. Todo ello acarrea repercusiones serias en la adaptación social del adolescente a su entorno, siendo este último, en muchas ocasiones, percibido como amenazante (Oliva, 1999; Hernández, 2004).

En este orden de ideas, las dificultades en las interacciones sociales generan la pérdida de la autoestima, que muchas veces desencadena el aislamiento, depresiones e inclusive alteraciones de la conducta alimentaria como la bulimia, la anorexia nerviosa y el cuadro de temor a la obesidad descrito por Lifshitz (1993, c.p. Hernández, 2004). Estas alteraciones, por lo general se manifiestan a través de una serie de comportamientos desordenados en torno a la alimentación: realización de dietas restrictivas y ayunos, ejercicio excesivo, toma de fármacos adelgazantes, sin ningún tipo de supervisión profesional, las cuales, traen consecuencias importantes para la salud del adolescente (Hernández, 2004).

Inclusive en los casos de altos grados de obesidad, las limitaciones aumentan y se manifiestan desde el hecho de perder la independencia para realizar actividades de autocuidado como bañarse, vestirse, atarse las trenza de los zapatos, hasta la vida de pareja y familiar (Antor, 2007).

✓ Consecuencias Socioeconómicas: La obesidad es uno de los trastornos nutricionales más comunes en la adolescencia y a diferencia de otros trastornos que afectan la salud, tiene mayores consecuencias adversas en el plano individual, económico y social (Amador, 2000).

El aumento de la incidencia de la obesidad durante la pubertad, la tendencia en ambos sexos a presentar una distribución de grasa androide o centralizada y la alta probabilidad de que la obesidad persista después de la adolescencia, tienen efectos importantes sobre la salud, pues aumentan el riesgo de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles (Amador, 2000). La obesidad en sí misma y junto a sus comorbilidades implica la necesidad de asistencia sanitaria en la edad adulta, por lo que no se sabe a ciencia cierta cuáles serán los requerimientos sanitarios de esta población y si los servicios médico asistenciales podrán cubrir la demanda esperada (Amador, 2000; Hernández, 2004).

Además de ello, las repercusiones económicas que acarrea esta enfermedad a nivel individual en los obesos son importantes, pues genera gastos en lo que respecta a salud (compra de fármacos), transporte (la necesidad de cancelar dos boletos) e inclusive la necesidad de diseñar ropa a la medida por no encontrar de su talla.

Por todas las razones mencionadas anteriormente resulta necesario tratar y prevenir la propagación de la obesidad, sobre todo en Venezuela, donde la epidemiología se encuentra en aumento, en edades cada vez más tempranas.

En líneas generales, los tratamientos convencionales para la obesidad han estado orientados a lograr cambios en la dieta y la actividad física por medio de la educación, el uso de fármacos y en algunos casos a través de intervenciones quirúrgicas. Actualmente se considera la inclusión de la psicología en el tratamiento de la obesidad, como una disciplina que puede contribuir en la potenciación y mantenimiento de estos cambios (Madrid, 1998; Saldaña, 2004; Peña y Bacallao, 2000; Polanco, 2004).

Como lo señala la OMS (2006) para estimular la adopción de estilos de vida más sanos, es necesario potenciar las medidas desde la investigación multidisciplinar, encaminada a diferenciar los factores sociales y de comportamiento que influyen en la elección de una dieta equilibrada y estilos de vida más saludables (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal, 1997).

Esta perspectiva multifactorial, permite incluir a otras disciplinas en el abordaje de la obesidad, por ejemplo a la psicología, pues se reconoce la influencia de los factores cognitivos y comportamentales en el desarrollo y mantenimiento del problema de la obesidad y el sobrepeso (Casado y cols., 1997).

Así, los tratamientos actuales no sólo se enfocan en la educación en nutrición y el aumento de la actividad física, sino que también consideran la evaluación y modificación de las variables cognitivas y conductuales asociadas, pues la experiencia sugiere que la pérdida de peso lograda exclusivamente a través del seguimiento de dietas hipocalóricas presenta un elevado índice de fracaso, tanto por las dificultades de una adhesión mantenida al tratamiento, como por la recuperación del sobrepeso una vez alcanzada la meta (Casado y cols., 1997).

En este sentido, en vista de que existen comportamientos que deberían ser modificados (creencias, comportamientos y emociones) en pro de la salud de los individuos, la psicología conductual, desde el marco de la Psicología de la Salud puede facilitar diversas herramientas para el manejo de estas situaciones, logrando el beneficio para los niños y adolescentes con esta condición.

Los niveles de acción para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, han estado orientados a la promoción de la salud, y a la prevención primaria, secundaria y terciaria de esta enfermedad, siendo la psicología de la salud una de las disciplinas que contribuye en dicha causa, pues brinda una metodología para la evaluación de las variables psicológicas que son pertinentes para el cuidado, mantenimiento o recuperación de la salud (Piña y Riviera, 2006).

Matarazzo (1982, c.p. Donker, 1991) define a la Psicología de la Salud como el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología, para la promoción y mantenimiento de la salud, así como para la prevención y el tratamiento de la enfermedad; la identificación de factores de riesgo, las mejoras del sistema sanitario y la sensibilización de la opinión pública en los temas relacionados con la salud (Brannon y Feist, 2000).

Por tanto, la Psicología de la Salud es un área de la psicología que pretende comprender, explicar y predecir las conductas asociadas a las condiciones de salud y enfermedad, para desarrollar intervenciones con el objetivo de prevenir los

comportamientos de riesgo asociados a las enfermedades y/o estimular comportamientos protectores para aumentar el completo estado de bienestar del ser humano (Brannon y Feist, 2000).

Para el logro de estos objetivos, las acciones a desarrollar se enfocan en dos grandes áreas: la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Por promoción de la salud se entiende al conjunto de actuaciones encaminadas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud, por medio de la educación para la salud y la difusión de estilos de vida saludables (Simón, 1990).

Los estilos de vida han sido considerados factores determinantes y condicionantes del estado de salud de un individuo y por ende contribuyen en el mantenimiento o detrimento de la misma. Se considera como estilo de vida saludable: la práctica de una correcta alimentación, de actividad física, y el desarrollo de hábitos que promuevan el descanso y la recreación (Almaraz, Medina, Valla, Von, Atienza y Linetzky, 2008).

En resumen, la promoción de la salud implica la difusión, implementación y mantenimiento de conductas y hábitos sanos o saludables, lo cual requiere el despliegue de acciones dirigidas al fortalecimiento de las habilidades y capacidades de los individuos y la modificación de las condiciones sociales, ambientales y económicas que perjudican dicha condición (Flores, 1997).

Por su parte, la prevención primaria está dirigida a evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia, actuando sobre la población de riesgo. La prevención secundaria y terciaria tienen por objeto detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado respectivamente (Brannon y Feist, 2000). Así, la prevención primaria de la obesidad requiere, por un lado, identificar precozmente a los niños y adolescentes con riesgo de desarrollar sobrepeso y por otro, brindarles herramientas de prevención que permitirán evitar que lleguen a desarrollar enfermedades tales como la obesidad (Pérez, Ribas, Serra y Aranceta, 2004).

La prevención secundaria está orientada a paliar las consecuencias asociadas a la obesidad, mediante un diagnóstico de confirmación y su tratamiento eficaz. Las intervenciones a este nivel están orientadas al tratamiento de los niños clasificados como obesos. Algunas experiencias en este sentido sugieren el importante papel que puede desempeñar el personal de guarderías y escuelas primarias tanto en la

identificación de la población de riesgo como en la remisión de dichos casos (Pérez y cols., 2004).

Por su parte, la prevención terciaria consiste en intervenciones sanitarias en fases avanzadas del proceso, como por ejemplo, un adolescente con obesidad que ha presentado sobrepeso u obesidad durante su infancia; mediante el tratamiento restaurador adecuado que permita evitar complicaciones y aliviar o rehabilitar las secuelas (Pérez y cols., 2004). La presente investigación se enmarca en este nivel de acción.

La obesidad ha sido uno de los temas de mayor interés para los investigadores del área de la modificación de conducta, debido a la gran cantidad de población afectada por el problema, los importantes trastornos de salud asociados y los escasos resultados obtenidos con otras terapéuticas (Saldaña, 1991).

Actualmente existe un sinfín de investigaciones que han podido demostrar la superioridad de los tratamientos conductuales de la obesidad frente al no tratamiento, a varias formas de placebo y a las intervenciones más tradicionales como son los programas dietéticos y el empleo de fármacos (Wilson, 1980, c.p. Saldaña y Bados, 1988).

Así, los programas conductuales para el tratamiento de la obesidad, han sido diseñados principalmente con el objetivo de modificar los patrones de alimentación y de actividad física, los cuales, son fundamentales para reinstaurar el equilibrio energético y, por consiguiente, para facilitar la pérdida de peso (Saldaña y Bados, 1988).

Sin embargo, tras una revisión de los estudios realizados en la década de los 70 y 80 donde se emplearon técnicas conductuales para el tratamiento de la obesidad, se muestra cómo los participantes de estos programas, al año de seguimiento recuperaron casi el 40% del peso perdido durante la intervención realizada (Saldaña y Bados, 1984).

En el mismo orden de ideas, en la actualidad se conoce que todavía permanecen dos problemas de gran importancia que, ni la aproximación conductual, ni otras aproximaciones han podido solucionar. A saber: 1) la relevancia clínica de las pérdidas de peso que se obtienen inicialmente, sólo son adecuadas para personas con sobrepeso ligero; 2) existe gran dificultad en mantener de forma indefinida la pérdida de peso conseguida durante la intervención (Saldaña y Bados, 1988).

Como se evidencia, aunque el abordaje psicológico para el tratamiento de la obesidad no ha resultado del todo satisfactorio, los procedimientos y técnicas provenientes de la

psicología conductual han demostrado mayor efectividad que otras. Por esta razón y con miras a mejorar cada vez más los tratamientos, se han ido incorporado estrategias de tipo cognitivo que potencian los efectos de los tratamientos de índole conductual (Saldaña, 1991).

En términos generales, los tratamientos empleados para el sobrepeso y la obesidad han contemplado tres pilares fundamentales: la regulación de la nutrición, la actividad física y el uso de técnicas cognitivo-conductuales. Sin embargo, a medida que estas estrategias han resultado menos eficaces se han ido incorporando más elementos a las intervenciones (Saldaña, 1991; Vera, 2002).

El abanico de posibilidades terapéuticas para el tratamiento de la obesidad es bastante amplio en la actualidad, desplegándose desde los tratamientos médicos como la cirugía bariátrica y el uso de fármacos; hasta estrategias psicológicas donde se intervienen las conductas, emociones y pensamientos de los protagonistas a quienes va dirigido el tratamiento (Saldaña, 2004; Polanco, 2004).

Actualmente, los componentes básicos de la mayoría de los programas para la intervención psicológica de la obesidad son: 1) Dieta: basada en una alimentación equilibrada y nutritiva, la cual permita continuar normalmente el proceso de crecimiento, no suponga restricciones calóricas importantes, produzca cambios graduales en los patrones de alimentación y permita adoptar hábitos y preferencias saludables y estables. 2) Actividad física, dirigida al incremento de la actividad física cotidiana y estructurada. 3) La implicación activa de los padres, proporcionando a estos educación en nutrición y control de los niños, solicitando su colaboración como modelos de cambio y administradores de las contingencias de reforzamiento. 4) Paquetes de técnicas de modificación de conducta, como lo son: los autorregistros, la educación en nutrición, el control de estímulos, la modificación de los hábitos alimenticios y el estilo de comer, la reestructuración cognitiva junto con el entrenamiento autoinstruccional para modificar las cogniciones desadaptadas, excusas y pensamientos negativos; la autoimagen y la autoestima, la imaginación aversiva, el entrenamiento en habilidades sociales, la solución de problemas, los contratos conductuales, el reforzamiento positivo, y el coste de respuesta (Polanco, 2004; Saldaña, 1991; Saldaña, 2004; Vera, 2002).

Con un programa semejante al anteriormente descrito, Saldaña (1991) ha conseguido cambios promedio del 8,53% en el porcentaje de sobrepeso de los niños al final de una intervención de 3 meses (12 sesiones de 2 horas), los cuales son semejantes a los alcanzados por Kirschenbaum y cols. (1984, c.p. Saldaña 1991) quienes lograron la disminución del sobrepeso en un 6,3%. Esto evidencia que aunque poco, ha mejorado la eficacia de los tratamientos a través de la introducción de elementos que

permitan evitar las recaídas y que brinden a los participantes, herramientas para mejorar situaciones de la vida cotidiana, que puedan ser problemáticas e intercedan con el tratamiento y sus condiciones en vida en general (Saldaña y Bados, 1988).

A continuación se describirán cada una de las variables biopsicopsicosociales abordadas en la presente investigación, así como algunos procedimientos y técnicas provenientes de la psicología conductual empleadas en la intervención de los comportamientos que favorecen el desarrollo y mantenimiento del sobrepeso y la obesidad incluyéndose elementos que contribuyan al desenvolvimiento adecuado del individuo en muchos de los aspectos psicológicos de su vida, y basándose como lo recomienda Saldaña (1991) en las necesidades identificadas y expresadas por la población a la que va dirigido. De esta forma, dichas técnicas y procedimientos facilitaron el diseño del Programa Cognitivo-Conductual para el Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes (ver anexo 1).

✓ Información nutricional y actividad física: Debe recordarse que el objetivo prioritario a alcanzar mediante la intervención psicológica de la obesidad es el cambio de los patrones alimentarios y de actividad física del niño, de forma que se restaure su balance energético. En este sentido, el supuesto sobre el que se debe apoyar cualquier programa de tratamiento para la obesidad es, que si se produce en principio un cambio cualitativo en la alimentación y actividad física, y posteriormente un cambio cuantitativo, tanto en la dieta como en los patrones de actividad física y estos cambios se consolidan, la pérdida de peso se alcanzará más lentamente pero de forma permanente (Saldaña, 1991).

La importancia de la selección adecuada de la dieta para lograr los cambios cuantitativos y progresivos de la alimentación de los niños es tal, que si el plan de alimentación o dieta tienen restricciones exageradas, éstas sólo pueden conducir a que los niños pierdan peso rápidamente y lo recuperen de la misma forma (Bennet y Gurin, 1982, c.p. Saldaña, 1991). Por ello, resulta importante establecer un plan de alimentación adecuado, cónsono con las necesidades energéticas propias de la edad y actividades que realiza el adolescente, contando con la ayuda de profesionales en el área de la nutrición, pues como se sabe la pérdida y recuperación de peso de forma alterna y acelerada genera estragos, incluso mayores que el hecho de mantener un peso corporal que esté por encima del adecuado (Saldaña, 1991; Vera, 2002).

En el mismo orden de ideas, el comportamiento alimentario del niño y específicamente del adolescente se encuentra influenciado, por un lado, por los hábitos familiares, la mayor vinculación social con sus pares, la creciente preocupación acerca de la imagen corporal y, por el otro, por las necesidades de energía alimentaria (Amador, 2000).

Truswell (1985, c.p. Amador, 2000) señala algunas características comunes del comportamiento alimentario del adolescente: la omisión de comidas, el consumo de golosinas, la ingestión de alimentos de preparación rápida, el consumo de alimentos no convencionales, el inicio del hábito de consumir bebidas alcohólicas, el consumo excesivo de bebidas gaseosas, la preferencia o aversión por determinados alimentos, el consumo de cantidades altas de calorías, el consumo inadecuado de algunos nutrientes y la práctica de dietas para reducir el peso sin la supervisión de profesionales.

Por su parte, la actividad física se define como cualquier movimiento corporal realizado con los músculos esqueléticos y que produce un gasto energético (Pérez y cols., 2004; García, 2004). Ésta desempeña un papel importante en el control del peso y la prevención de la obesidad por su influencia en las funciones metabólicas, el comportamiento y su relación con la ingesta de energía alimentaria (Torún, 2000).

Macías (2001) afirma que diversos estudios clínicos han demostrado que la actividad física programada y regular aumenta el nivel de autoeficacia en los niños y adolescentes ya que, por medio de ella: son capaces de reconocer sus aptitudes, favorece el rendimiento escolar y contribuye a la interacción social con sus pares, especialmente en los deportes en equipo.

Sin embargo, a pesar de todos los beneficios que puede aportar la actividad física tanto al cuerpo como a la mente, en la actualidad, las actividades físicas al aire libre tanto para niños como para adolescentes han sido sustituidas por el sedentarismo, el uso de los video juegos, las computadoras y las horas de exposición frente a la televisión. Estas actividades han invadido parte del tiempo que debe ser dedicado al juego recreativo al aire libre y a la práctica del deporte formal, sobre todo en la población de niños y adolescentes, por lo que la disminución o eliminación de estas prácticas saludables en el estilo de vida y el aumento del sedentarismo ha constituido una de las principales causas de la obesidad infantil (Panvini, 2007).

No debe olvidarse que la familia constituirá el núcleo fundamental en la potenciación de los cambios esperados tanto en los patrones alimentarios como de actividad física del niño y adolescente; por ello y considerando la gran influencia que representan las figuras parentales en el modelaje y adquisición de comportamientos de los niños y adolescentes, resulta vital que toda la familia se involucre en el tratamiento y modele estilos de alimentación y prácticas de actividad física saludables (Saldaña, 1991; Domínguez-Velazquez, Olivares y Santos, 2008).

Esta consideración aunada a la psicoeducación y el aporte de las técnicas de modificación de conducta (reforzamiento, moldeamiento por aproximaciones sucesivas, modelaje, reforzamiento diferencial de otras conductas, contrato

conductual), contribuirán en la instauración y mantenimiento de los hábitos de alimentación y actividad física saludables; así como en la disminución de los hábitos poco saludables; garantizando la aprehensión de los conceptos, instrucciones y procedimientos que modificarán la conducta de los individuos, siempre y cuando se tomen en cuenta los aspectos personales y sociales de los niños y adolescentes participantes (Saldaña, 1991; Saldaña, 2004).

✓ El Autocontrol: Las técnicas de autocontrol se han utilizado en múltiples investigaciones para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Entre las aplicaciones clínicas destacan los trabajos de Ferster, Nurnberger y Levitt (1962), Santacreu y Scigliano (1986), Chacón (1992) y Escalante y Abreu (2006). Estas técnicas resultan de fácil enseñanza y de bajo costo ya que tienen como fin que los mismos participantes puedan ser los administradores de sus propias contingencias.

El autocontrol es considerado como la manipulación sistemática de eventos o estímulos antecedentes y consecuencias de respuesta (Rimm y Masters, 1981). Se dice que una persona muestra autocontrol cuando, en ausencia de imposiciones externas inmediatas, lleva a cabo una conducta cuya probabilidad es menor que otras conductas disponibles en su repertorio, siendo entonces el Autocontrol una habilidad susceptible de aprendizaje, que engloba cualquier conducta controlada exclusivamente por variables autogeneradas (físicas, sociales o cognitivas), que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta, cuyas consecuencias, en algún momento, podrían resultar aversivas para el individuo (Thorense y Mahoney, 1974; Labrador, Cruzado y Muñoz, 1993).

También puede ser definido como una técnica operante-cognitiva, basada en los procesos internos, donde el propio sujeto se administra las contingencias, reforzantes y aversivas, registrando su conducta. De esta manera, mediante las técnicas de autocontrol, se enseña al paciente a conocer los principios de la conducta, para que él mismo pueda aplicar dichos conocimientos en la modificación de sus comportamientos, en lugar de depender del terapeuta (Salmerón, 2006).

En todos los casos el término autocontrol se refiere a conductas concretas y situaciones específicas, y no a rasgos globales relacionados con el tesón, esfuerzo o fuerza de voluntad, ya que la concepción de autocontrol como rasgo resulta poco práctica y cierra las puertas al entrenamiento, por tanto a la modificación del comportamiento de la persona. Por ello, desde el punto de vista de la terapia de la conducta, el concepto de autocontrol se ve como una habilidad susceptible al entrenamiento, que conforma un continuo, a lo largo del que se sitúan las personas (Salmerón, 2006).

La importancia del entrenamiento en autocontrol se fundamenta en la existencia de muchas conductas que sólo son accesibles al propio sujeto (pensamientos, fantasías, imágenes) no susceptibles de observación directa; en la incapacidad de algunas personas a quienes aún buscando ayuda, les resulta difícil modificar sus hábitos de vida, siendo necesario plantear alternativas de respuestas que motiven sus creencias sobre el cambio convirtiéndolo en algo positivo y factible para ellas, y en la necesidad de enseñar al sujeto cómo manejar posibles recaídas o nuevos problemas, por lo que el entrenamiento no debe acabar sólo con los conflictos presentes (Thorensen y Mahoney, 1974; Labrador, Cruzado, y Muñoz, 1993).

De esta manera, la capacidad de una persona para controlar sus acciones se encuentra estrechamente relacionada con sus experiencias y el control de las variables ambientales. Para esto es necesario que discrimine los antecedentes y las consecuencias de las conductas que requieren ser reguladas, dando paso al entrenamiento en ciertas técnicas que les permitirán obtener el autocontrol de sus comportamientos (Thorensen y Mahoney, 1974).

Ávila (1990, c.p. Rosa, Sánchez y Olivares, 1999); Labrador, Cruzado y Muñoz (1993) y Thorensen y Mahoney (1974) presentan la siguiente clasificación para las técnicas de autocontrol: 1) Técnicas para facilitar el cambio de conducta, 2) Técnicas de control estimular y; 3) Técnicas de programación conductual. A continuación serán descritas de manera detallada:

1. Técnicas para facilitar el cambio de conducta: éstas pretenden aumentar la motivación de la persona para seguir y colaborar con la terapia; lo cual se logra a través de los siguientes procedimientos:

- Auto-observación: Es imprescindible que la persona aprenda a detectar su conducta problemática antes de intentar modificarla. En un primer momento habrá que enseñar al paciente a definir su problema, sustituyendo las definiciones vagas y generales por expresiones claras y concretas susceptibles de observación y cuantificación, para posteriormente obtener datos acerca de las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos. La autoobservación tiene un doble objetivo: motivar a la persona, al implicarle activamente en el programa, y percibir los efectos positivos que la técnica tiene sobre su conducta abriendo la posibilidad de que aprenda a detectar qué condiciones propician su conducta problema. Una vez definido el tipo de sucesos que debe observar la persona, se decide el método mediante el que llevará a cabo el registro.

- Autoregistro: consiste en anotar las conductas que se deseen controlar o modificar, mediante la observación exacta de las propias acciones. El registro suele

ser una representación gráfica que evidencia los datos obtenidos, permitiendo la autoevaluación de los estímulos desencadenantes del comportamiento, las respuestas y su autorrefuerzo.

2. Técnicas de control estimular: donde se planifica y modifica el contexto estimular, el medio social y físico en el que se desenvuelve la persona y tiene lugar la respuesta controlada, de manera que su probabilidad sea alterada ejerciendo control sobre aquellos estímulos que están determinando la aparición de dicha respuesta, antes de que esta tenga lugar.

Implicaría las siguientes estrategias, escogidas dependiendo de cada caso y problema:

- **Restricción Física:** encaminada a prevenir la respuesta problema.

- **Eliminación o estrechamiento de estímulos:** se trata de hacer desaparecer los estímulos que provocan las conductas no deseadas.

- **Cambiar los estímulos discriminativos:** el objetivo es que las conductas inadecuadas queden solamente bajo la influencia de determinados estímulos, es decir, se trataría de restringir el número de estímulos que provocan una respuesta.

- **Cambiar el medio social:** introducir a alguna persona en el contexto, para que su presencia impida la realización de la respuesta problema.

- **Modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas:** el objetivo es modificar el medio interno del sujeto de tal manera que se reduzca la probabilidad de ciertas respuestas.

3. Las Técnicas de Programación Conductual: La intervención se realiza a posteriori, manipulando las consecuencias de la respuesta una vez que ésta ha tenido lugar.

Para poder llevarse a cabo es necesario que la persona maneje las estrategias de autoobservación y autorregistro, que le permitirán darse cuenta de su comportamiento, registrarlos y de esta manera pueda auto administrar sus contingencias:

- **Auto-recompensa:** consiste en la autoadministración de una recompensa cada vez que se emita la respuesta deseada por la persona, es decir, se habla de autoreforzamiento cuando es el propio individuo quien aplica, exclusiva y contingentemente, las consecuencias reforzantes de su conducta. Por su parte, el autoreforzamiento positivo implica la entrega a sí mismo de una recompensa o premio,

mientras que el autoreforzamiento negativo implica la retirada de un estímulo aversivo.

Es importante determinar qué criterios conductuales y qué cantidad de refuerzo se obtendrá por la conducta realizada. Esto será decidido a priori por el terapeuta y la persona durante el diseño del programa de autorreforzamiento. Los efectos de la autoadministración se ven incrementados al permitir a los sujetos decidir los criterios de reforzamiento que se aplicarán.

Recomendaciones para la aplicación de las Técnicas de autocontrol:

1. Para que la persona pueda tomar ventaja ante la conducta, ya que esta se halla bajo el control de estímulos, es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

a. Cambio físico del ambiente.

b. Reducción de los estímulos desencadenantes de las conductas indeseables.

c. Fortalecimiento de la conexión entre los estímulos y las conductas deseables.

2. El individuo tiene que determinar los refuerzos para administrárselos inmediatamente después de la respuesta. apropiada.

3. Debe determinar respuestas competitivas y respuestas alternativas para fortalecerla.

4. Intentará la interrupción de las cadenas de conducta indeseable, tan pronto como le sea posible.

5. Debe plantearse su meta de manera gradual.

6. A la hora de eliminar la conducta conflictiva es necesario sustituirla por otra alternativa para que no se recaiga.

Aunque se ha demostrado que las técnicas de autocontrol resultan muy efectivas para la disminución de hábitos inadecuados de alimentación y el tratamiento de la obesidad (Escalante y Abreu, 2006; Chacón, 1992; Santacreu y Scigliano, 1986; Rosa, Sánchez y Olivares, 1999) ; existen otros autores que indican que el abordaje psicológico de la obesidad y el sobrepeso no puede dedicarse únicamente a la modificación de los hábitos, sino que por el contrario, deben abordarse todos los factores que influyan en la obesidad y el sobrepeso, a saber: los genéticos y biológicos, los relacionados con la actividad física, los factores cognitivos, emocionales y sociales de estas personas; ya que estos modulan sus comportamientos y por tanto influyen en la eficacia del tratamiento (Casado y cols.; 1997; Vera, 2002).

Por ello, si bien las técnicas de autocontrol aplicadas a la obesidad en el pasado

habían resultado exitosas, en la actualidad se plantea la necesidad de un abordaje más complejo que incluya el resto de los factores (Casado y cols., 1997; Vera, 2002). Dicho paquete terapéutico no debe dejar de lado el componente emocional para el abordaje de la obesidad y el sobrepeso, ya que así como lo define Skinner (1975, c.p. Contreras, 1997) las emociones son eventos disposicionales, es decir, como un estado inferido a partir de la fuerza o debilidad de una respuesta, son predisposiciones a actuar de una manera. Desde este punto de vista, las emociones no serían conductas ni colecciones de ellas, sino que formarían parte moduladora de cualquier respuesta, siempre y cuando ciertas variables u operaciones las indujeran.

✓ Adhesión al Tratamiento: Un aspecto fundamental para valorar la eficacia de un programa de intervención está relacionado con el cumplimiento por parte de los participantes de las actividades prescritas durante el tratamiento. Aún más, en programas multicomponentes parece importante verificar, por una parte, el grado de adhesión de los participantes a las actividades que se proponen durante el tratamiento y, por otra parte, la relación existente entre ese grado de adhesión y cumplimiento con la magnitud del cambio alcanzado. Generalmente se ha encontrado que aquellos niños y adolescentes que tienen porcentaje de cumplimiento de las instrucciones terapéuticas superiores al 80%, son los que obtienen mayores pérdidas de peso, mientras que porcentajes de cumplimiento inferiores conducirán a pérdidas de peso escasas (Saldaña, 1991).

Autores como Meichenbaum y Turk (1991, c.p. Albornoz y Benítez, 2007) definen la adhesión al tratamiento como el acuerdo entre el paciente y el profesional de la salud de colaboración activa, que tiene la finalidad de llevar a cabo un procedimiento de acción que garantice el éxito preventivo o terapéutico esperado. Por su parte, Haynes (1979, c.p. Cedeño, Martínez y Pacheco, 2009) define la adhesión al tratamiento como el grado en que la conducta de alguna persona coincide con las recomendaciones médicas o de salud, en términos de ingesta de medicamentos, acatamiento de dietas o ejecución de cambios en el estilo de vida.

Por supuesto este compromiso asumido entre el profesional de la salud y el paciente, de formar parte activa e involucrarse en el tratamiento, se encuentra mediado por variables conductuales y cognitivas que influirán en el grado de adhesión que muestren los pacientes; siendo fundamental para ello que se reconozca la existencia de un problema que afecta la salud, sin ello resultará muy difícil lograr que los pacientes se involucren de forma responsable en el proceso de atención y que asuman su responsabilidad en el éxito del tratamiento.

En este sentido, refiriéndose específicamente a la obesidad en niños y adolescentes, resulta paradójico que a pesar de la presión social, la influencia de los medios de comunicación en potenciar el modelo estético de delgadez, y las implicaciones que acarrea la obesidad a la salud, todavía exista escaso reconocimiento por parte de la población en general, los padres, adolescentes y de un amplio número de profesionales de asistencia primaria, de la obesidad infantil y juvenil como un problema que deba ser tratado sin demoras. De forma alarmante, la obesidad infantil es motivo de satisfacción para las madres e inclusive en la mayoría de los casos, no se considera que el niño y adolescente con sobrepeso u obeso tenga un problema, siendo la solución más común por parte de los familiares, la espera de forma pasiva, a que la estructura física del niño o del adolescente cambie espontáneamente con el crecimiento y se solucione el problema por sí solo (Saldaña, 1991).

Saldaña (1991) indica que la solución a este problema debe ser la educación nutricional de la población en general, así como el cambio de creencias con respecto a la obesidad y sus repercusiones, en pocas palabras la sensibilización y concienciación de la población, mediante la identificación a nivel cognitivo de estas creencias erróneas con respecto a la salud y la modificación de las mismas.

Así, la influencia de los factores cognitivos en el desarrollo y mantenimiento del problema de la obesidad ha sido estudiada con mayor profundidad durante los últimos años. Las atribuciones y creencias que el niño o adolescente tiene de su problema, sus actitudes frente al mismo, sus percepciones sobre su imagen corporal, sus motivaciones para el cambio y sus expectativas sobre el resultado, parecen ser variables fundamentales que permiten predecir cuál será el grado de adhesión al tratamiento, y cuáles son las probabilidades de alcanzar las metas terapéuticas que se proponga. Además, los factores cognitivos pueden ser de gran importancia en el proceso de recaída (Saldaña, 1991).

Algunos autores han revisado los factores cognitivos asociados con este proceso de recaída, encontrando que ésta se puede producir como consecuencia de creencias erróneas o de autoverbalizaciones relacionadas con el fracaso percibido o la ausencia de autoeficacia (Mahoney y Mahoney, 1976; Sternberg, 1985 c.p Saldaña 1991). Por otra parte, Foreyt y Goodrick (1988 c.p. Saldaña 1991) señalan que los siguientes factores pueden afectar al mantenimiento de los cambios logrados por la intervención:

- 1) La autoeficacia percibida del niño y de los padres;
- 2) El nivel de éxito al final de la parte intensiva del tratamiento;
- 3) Las actitudes frente a los regímenes dietéticos y de actividad física;
- 4) La dificultad percibida y empleo de técnicas;
- 5) La eficacia percibida de las técnicas;
- 6) Las expectativas irreales;
- 7) El apoyo social, escolar y familiar; y
- 8) Las habilidades para la prevención de recaídas.

De igual manera, se ha demostrado que las personas se adhieren mejor al tratamiento cuando las instrucciones son sencillas, el tratamiento no dura mucho tiempo, de él no se derivan consecuencias aversivas inmediatas, los cambios en las conductas se adaptan a la rutina diaria de la persona, el paciente cuenta con apoyo social, y domina habilidades para seguir instrucciones y solucionar problemas (Reig, 1985, c.p. Rosa, Sánchez y Olivares, 1999).

Tomando en cuenta todo lo planteado anteriormente en relación a la necesidad de incorporar estrategias que permitan al niño y adolescente desplegar habilidades que favorezcan la adhesión al tratamiento y contribuyan con el mantenimiento a largo plazo de las estrategias remediales utilizadas para el problema de la obesidad y el sobrepeso; se considera la inclusión de las siguientes técnicas de modificación de conducta en el desarrollo de la siguiente investigación las cuales permitirán a los adolescentes adquirir estrategias para el manejo de su rutina diaria de forma óptima y contribuyendo en la mejora de su calidad de vida. Ellas son:

- ✓ Técnica de Resolución de Problemas: La técnica de resolución de problemas constituye un modo útil de enfrentar diferentes y múltiples desafíos situacionales. Conlleva a la capacitación de la persona para evaluar su problemática desde una perspectiva distinta, buscando soluciones para afrontar dicha situación de forma eficaz (Golfried y Davidson, 1976).

El objetivo de esta técnica es enseñar a la persona a solucionar problemas y tomar decisiones cuando: se enfrenten con cualquier tipo de adversidad a la que responden de manera ineficaz, cuando redunde en el problema sin dar solución y cuando no evalúe las consecuencias, tanto a corto como largo plazo, obviando que estas últimas pueden generar otro problema hasta mayor que el anterior, al que se le intentaba dar solución (Crespo y Larroy, 1998).

La resolución de problemas se ha utilizado para ayudar a niños y adolescentes con obesidad en el manejo exitoso de distintas situaciones conflictivas, como por ejemplo esta técnica es adecuada especialmente cuando las consecuencias de una respuesta ineficaz pueden ser graves o aún desastrosas (Saldaña, 1988; Saldaña, 1991).

- ✓ Técnicas de Relajación: el entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, en la versión abreviada de Wolpe (1973, c.p. Iruarrizaga, Romero, Camuñas, Rubio y Cabrerizo, 2001), unida a un entrenamiento en respiración abdominal, permite generar un estado de tranquilidad y bienestar que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida. La implementación de ambas, se justifica en que dichas técnicas logran disminuir estados de ansiedad sin ayuda de recursos externos mediante ejercicios musculares que permiten la diferenciación de los estados de

tensión y relajación del organismo, de manera que ante una señal de tensión se pueda poner en marcha la relajación (Crespo y Larroy, 1998).

✓ **Planificación del Tiempo:** Dotar a los participantes de información sobre las ventajas de un adecuado aprovechamiento del tiempo, permitirá que puedan estructurar sus actividades, dando prioridad a las requeridas para el éxito del tratamiento (Saldaña, 1991).

✓ **Autoconcepto, Autoestima y Habilidades Sociales:** Investigaciones realizadas han mostrado qué afecta a los niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad. Por ejemplo, el nivel de ansiedad, el hecho de que se encuentre deprimido, el nivel en que esté su autoconcepto y autoestima, y cuáles son sus capacidades personales y habilidades sociales. De esta forma, si el niño o joven presenta problemas en una o varias de estas áreas se justificará la intervención en las mismas con miras a que no afecten el desenvolvimiento correcto del tratamiento (Saldaña, 1991).

En este sentido, se sabe que el autoconcepto se construye de manera dinámica porque puede modificarse con las nuevas experiencias; éste se crea, evoluciona e incorpora todo lo que el individuo va conociendo de sí mismo. Está en constante interacción con el ambiente, las creencias, actitudes y los valores propios; y su concepción estará en función de dichos elementos. Se asume que por ello, el autoconcepto puede modificarse al incorporar nuevas experiencias, comportamientos, actitudes, creencias y valores (Ríos, 2002).

Así, en vista de que el autoconcepto sufre transformaciones importantes basadas en los cambios físicos propios de la edad y las referencias provenientes de los familiares y pares, es de esperar que la autoestima, que incluye los aspectos valorativos y afectivos ligados a dicho autoconcepto, también sufra ciertas modificaciones (Oliva, 1999).

Si bien durante la niñez la autoestima se fundamentaba en el aspecto físico, el rendimiento académico y la relación con los padres e iguales, en la adolescencia se incorporarán a estos factores nuevas dimensiones referentes a las relaciones afectivo-sexuales, el atractivo físico y las capacidades relacionadas con la orientación profesional (Oliva, 1999). De esta forma, cada uno de estos aspectos pasa a ser un criterio de autoevaluación, por medio del cual los adolescentes conforman su autoconcepto y autoestima. Si bien pueden someterse a autoevaluación cada una de estas áreas, eso no implica que el adolescente tenga dominio en todas o considere que lo tiene; de ello dependerá también la importancia que atribuya a cada una de ellas y así el nivel de autoestima que manifieste el adolescente (Oliva, 1999).

Por ello cuando el adolescente obeso comienza a notar déficits en su desempeño, en alguna de las dimensiones que resulten importantes para él, su autoconcepto y autoestima se encontrará afectada, independientemente que pueda tener dominio y un alto nivel de desempeño en otras dimensiones que no sean tan importantes para él (Oliva,1999).

Se menciona además, que existen diferencias de género en relación con las dimensiones que podrían ser relevantes para cada sexo; sin embargo, en líneas generales puede decirse que el énfasis durante la adolescencia se encuentra en las habilidades interpersonales, el atractivo físico, las habilidades deportivas y el sentimiento de eficacia (Oliva, 1999).

Los adolescentes obesos se encuentran en desventaja por no cumplir con los cánones de belleza impuestos culturalmente, no tener la posibilidad de destacar en actividades deportivas que requieran un alto nivel de desempeño, y por la exclusión y discriminación que les impide desarrollar a cabalidad sus habilidades sociales y relacionales, haciendo que el autoconcepto y autoestima del adolescente se vean disminuidas (Hernández, 2004).

Resultaría útil entonces, incorporar a su repertorio las habilidades sociales y específicamente estrategias de asertividad que le permitan lograr un mejor desempeño en este ámbito tan importante durante la adolescencia, lo cual como factor añadido contribuirá en la mejora de su capacidad para adaptarse al medio social, obtener reforzamiento del ambiente y mejorar así su autoconcepto y autoestima. Así mismo, la obesidad se relaciona con importantes alteraciones emocionales, fundamentalmente, elevados niveles de ansiedad y depresión, conductuales y, en general, un déficit de la función psicosocial (McCarthy, 1990; Schwalbrg, Barlow, Alger y Howard, 1992; Casas y Capafons, 1996, c.p. Iruarrizaga y cols., 2001).

Las habilidades sociales se emplean para mejorar la efectividad interpersonal y la conducta adaptativa y prosocial necesaria para involucrarse en relaciones interpersonales exitosas (Caballo, 1998). Mediante esta intervención las personas aprenden a decir no y a realizar peticiones, entre otros aspectos (Casado y cols., 1997).

La asertividad es el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, en el que es capaz de expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, acorde con la situación y respetando esas mismas conductas de los demás (Caballo, 1998). Una persona tiene una conducta asertiva cuando defiende sus propios intereses, expresa sus opiniones libremente y no permite que los demás se aprovechen de ella, al mismo tiempo, que considerada la forma de pensar y de sentir de los demás.

Investigaciones como la realizada por Iruarrizaga y cols. (2001) donde se aplicaron las técnicas de: relajación muscular progresiva, respiración abdominal, reestructuración cognitiva, solución de problemas, control de estímulos y asertividad obteniendo resultados exitosos, evidencian que la incorporación de este tipo de estrategias en los programas dirigidos a personas con sobrepeso y obesidad, pueden ser satisfactorios. Por tanto, se recomienda utilizar todas aquellas técnicas pertinentes a la población diana, para el manejo de esta enfermedad que día a día afecta la salud de muchos niños y adolescentes.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La prevalencia de la obesidad está aumentando de forma progresiva, tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo y en todos los grupos de edad. En toda Venezuela, se ha observado una tendencia al aumento del sobrepeso y la obesidad infantil convirtiéndose esta en un problema relevante para la salud pública (Domínguez-Vázquez, Olivares y Santos, 2008).

La obesidad infantil concebida como una enfermedad multifactorial, acarrea diversas consecuencias que inciden en la calidad de vida presente en la población infantojuvenil. Dichas consecuencias son nocivas y se pueden agrupar en tres grandes categorías: trastornos de la nutrición, déficit del desarrollo físico, cognitivo y psicosocial y problemas de salud tales como: niveles altos de colesterol y de presión arterial, diabetes, enfermedad de la vesícula e interrupción del ritmo respiratorio al dormir (apnea de sueño) (Almaraz y cols., 2008).

Sin embargo, a pesar de que se conocen las repercusiones físicas y psicológicas de la obesidad, esta ha alcanzado niveles alarmantes en el mundo entero. Aunado a ello existe déficit en los tratamientos realizados en Venezuela, siendo pocas tanto las investigaciones que se han realizado para documentar y tratar el problema, como las instituciones, fundaciones y centros que se encarguen de dar solución a esta problemática, entre ellas: el INN, Hospitales como el Dr. Domingo Luciani, J.M. de los Ríos, y Universitario de Caracas, la Fundación Bengoa y el Centro de Atención Infantil Antímamo CANIA (Antor, 2007).

Así resulta de suma importancia la promoción de estilos de vida saludables, siendo la nutrición un pilar fundamental para ello. Resulta necesario introducir a los niños y adolescentes en las formas de realizar actividad física, estimularlos a analizar críticamente la salud, el ejercicio dentro de su contexto social y cultural y cómo hacer mejor uso de las facilidades que tienen disponibles en la comunidad (Almaraz y cols., 2008).

Específicamente en cuanto a la obesidad y el sobrepeso, han sido múltiples los tratamientos y programas desarrollados a nivel mundial para dar solución a esta problemática. Sin embargo, es sabido que en diversas ocasiones la efectividad del tratamiento se ha visto afectada, muchas veces por la poca disposición y motivación de los participantes para seguir las recomendaciones y en otros casos por falta de

mantenimiento en las prácticas después de la intervención (Saldaña y Bados, 1988; Saldaña, 1991).

Una revisión de los estudios realizados en la década de los 70 y 80 donde se emplearon técnicas conductuales para el tratamiento de la obesidad, muestran cómo los participantes al año de seguimiento recuperaron casi el 40% del peso perdido durante la intervención (Saldaña y Bados, 1984).

Actualmente, perduran dos problemas de gran importancia que, ni la aproximación conductual, ni otras aproximaciones han podido solucionar, a saber: 1) la relevancia clínica de las pérdidas de peso que se obtienen inicialmente, sólo son adecuadas para personas con sobrepeso ligero; 2) la dificultad de mantener de forma indefinida la pérdida de peso conseguida durante la intervención (Saldaña y Bados, 1988).

Estos nuevos retos para la psicología conductual se evidencian en múltiples investigaciones donde los resultados confirman los problemas planteados anteriormente. Vale citar las investigaciones realizadas por Santacreu y Scigliano (1986) y la de Vera y Fernández (1986, c.p Saldaña, 1991) donde menos de la mitad de los participantes lograron alcanzar la meta final del tratamiento. Los resultados que se acaban de mostrar sugieren la necesidad de incorporar a los programas de tratamiento de la obesidad, estrategias de intervención que faciliten el logro de las metas.

El problema radica en que no sólo dejan de alcanzarse las metas planteadas, sino que además la mayoría de los obesos experimentan importantes ganancias de peso, similares o superiores a las que presentaban antes del tratamiento (Saldaña y Bados, 1988). A su vez, y como lo señala Saldaña (1991) la pérdida y recuperación del peso de forma alterna genera estragos en la salud peores que tener sobrepeso u obesidad de forma constante.

Por tanto, se hace necesario el diseño de estrategias para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad más efectivas y sostenibles a largo plazo. Como lo señalan Saldaña y Rossell (1988, c.p. Saldaña y Bados, 1988) la solución de este problema se obtendrá en el momento en que sea posible, por un lado, identificar los factores fundamentales implicados en el proceso de recaída y por el otro, desarrollar estrategias terapéuticas que faciliten el mantenimiento del peso perdido.

Gormally, Rardin y Black (1980, c.p. Saldaña y Bados, 1988) señalan que las personas incapaces de mantener el peso perdido luego del tratamiento, experimentan recaídas por factores de estrés o depresión. Stenberg (1985, c.p. Saldaña y Bados, 1988) también encontró que las recaídas en las personas con obesidad se encuentran relacionadas con factores intrapersonales, como el afrontamiento de estados emocionales negativos de ansiedad, aburrimiento y depresión; y por factores interpersonales referidos a estados emocionales positivos. Los resultados encontrados por Stenberg (1985, c.p. Saldaña y Bados, 1988) indican que las personas sometidas a regímenes para el control de peso se enfrentan fundamentalmente a dos tipos de situaciones de alto riesgo: la presencia de estados emocionales negativos que se producen cuando se está solo (ansiedad, aburrimiento, depresión); y la presencia de estados emocionales positivos que se producen cuando hay otras personas, en situaciones como celebraciones, fiestas y eventos sociales (Saldaña y Bados, 1988).

Saldaña y Bados (1988) indican que las variables que interfieren para el éxito en el mantenimiento del peso perdido, implican los procedimientos de registro y contaje diario de calorías, así como también la identificación tanto de los factores determinantes del proceso de recaída inicial, como de algunos procedimientos empleados por las personas que padecen obesidad que no recaen.

Tradicionalmente los procedimientos más comunes empleados para el mantenimiento del peso han sido: las sesiones de apoyo, el contacto telefónico y por correo, la incorporación de técnicas en los paquetes de tratamiento tales como la relajación, el entrenamiento asertivo y el manejo de contingencias; y la adopción de un modelo de intervención para toda la vida, como por ejemplo el utilizado por alcohólicos anónimos (Saldaña y Bados, 1988).

Sin embargo, no todas estas estrategias han resultado adecuadas para la prevención de las recaídas en pacientes obesos. En este sentido Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson (1986, c.p. Saldaña y Bados, 1988) han propuesto un modelo de prevención de la transgresión inicial y la recaída, en el que se implementaron estrategias como la resolución de problemas, el ejercicio físico, la práctica de autorregistros y el apoyo social.

Por su parte, Marlatt y Gordon (1985, c.p. Saldaña y Bados, 1988) indican que para prevenir las recaídas es necesario poner en práctica técnicas específicas orientadas a lograr este objetivo antes de finalizar el tratamiento. El programa propuesto por estos

autores está compuesto por estrategias de resolución de problemas y de habilidades de afrontamiento para que la persona aprenda a hacer frente a las situaciones de alto riesgo, siendo preciso para ello la identificación de dichas situaciones a través de procedimientos de autorregistro que permitan realizar posteriormente un análisis de ellas.

A su vez, según estos autores resulta necesario entrenar a los participantes en habilidades que les permitan dar una respuesta de afrontamiento ante la situación de riesgo. Se conoce que estas habilidades de afrontamiento muchas veces son inhibidas por ansiedad, así se justifica la utilización de técnicas que contribuyan a disminuir los niveles de ansiedad, como por ejemplo la relajación y por tanto faciliten la ejecución de habilidades de afrontamiento. Igualmente el entrenamiento en resolución de problemas facilita que los participantes sean capaces de identificar las ventajas e inconvenientes que a corto y largo plazo le puede conllevar la decisión de transgredir el tratamiento (Marlatt y Gordon, 1985, c.p. Saldaña y Bados, 1988). Incorporar estas técnicas dentro de la intervención del sobrepeso y la obesidad podrá garantizar el éxito de las mismas.

En congruencia con lo anteriormente planteado y como respuesta a la necesidad de un tratamiento efectivo que se mantenga en el tiempo, se considera el uso de las técnicas de modificación cognitivo-conductuales para la instauración y mantenimiento de acciones deseadas tales como las relacionadas con los hábitos adecuados de alimentación, la práctica de ejercicio físico, entre otras; y a su vez para la reducción de conductas no deseadas que entorpezcan la adquisición y desarrollo de un estilo de vida saludable.

Por tal motivo, y conociendo las necesidades existentes en muchas de las instituciones que se dedican a esta causa, la investigación presente procura entonces diseñar y validar un Programa Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes que asisten a CANIA, centro que se especializa en trabajar con niños y adolescentes con malnutrición tanto por déficit como por exceso, lo cual resulta congruente con los objetivos planteados en este trabajo.

IV OBJETIVOS

IV.1 General:

Diseñar y Validar un Programa Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes.

IV.2 Específicos:

- ✓ Identificar las necesidades en las áreas Nutricionales y Psicosociales (hábitos de alimentación, autocontrol, adhesión al tratamiento, habilidades sociales, grupos de apoyo, autoestima y hábitos de práctica de actividad física) de los adolescentes con sobrepeso y obesidad que asisten a CANIA a través de una entrevista semiestructurada creada *ad hoc*.
- ✓ Categorizar las necesidades nutricionales y psicosociales de los adolescentes con sobrepeso y obesidad que asisten a CANIA a través de un análisis de contenido.
- ✓ Validar por medio del Juicio de Expertos, los contenidos y técnicas utilizadas en el Programa Cognitivo-Conductual para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adolescentes que asisten a CANIA.

V. MARCO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de Investigación: Esta investigación se encuentra dentro del marco de la validación social de programas, definida por Wolf (1978) como un proceso de evaluación, donde se establece la importancia social de los cambios conductuales logrados a través de programas de intervención de análisis conductual.

Wolf (1978) extiende este concepto afirmando que la sociedad puede validar un tratamiento terapéutico cuando menos en tres niveles:

- a. La significación social de los logros: referida al grado en qué la sociedad “desea” cambios en ciertas conductas meta.
- b. Aceptabilidad social de los procedimientos que se van a utilizar, seleccionando las técnicas que resulten ser las más efectivas, justas y éticas.
- c. La importancia social de los efectos del tratamiento sobre la conducta modificada, a través de evaluaciones individuales de personas que tienen relación con el paciente o con la ejecución de iguales que no presentan desviaciones y que se encuentran en el mismo ambiente del paciente.

A través de la validación social se quiso explorar la existencia de criterios sociales para evaluar los objetivos, actividades y procedimientos del programa desarrollado en la presente investigación para el tratamiento cognitivo–conductual de la obesidad en adolescentes.

El objetivo general de este trabajo fue la elaboración del diseño de un programa el cual es entendido por Guevara (1992) como un documento que permite verter el producto de la planificación para un lapso predeterminado y relativamente corto de tiempo, en el cual se especifican en forma precisa los objetivos que se pretenden alcanzar en ese período; las actividades requeridas para ello; los procedimientos a través de los cuales éstas se llevan a cabo; los recursos humanos, financieros, materiales y técnicos necesarios; el tiempo estimado para cada actividad y para el logro de los objetivos específicos planteados y, finalmente, los criterios y métodos de evaluación que se usarán para estimar el éxito de la programación.

En este caso en particular, fue necesario realizar un estudio minucioso de las necesidades de la institución y/o población a la cual está dirigido el programa (pacientes que acuden a CANIA). Dicho estudio de necesidades permitirá el

reconocimiento adecuado de los problemas sociales y la justificación de la intervención que se diseñó; haciendo que la misma fuera más cercana a esta comunidad, y tuviere mayor aceptabilidad social garantizando su pertinencia, adecuación, suficiencia, efectividad y eficacia en aras de resolver los problemas definidos (Fernández-Ballesteros 1996; Lacasella, 1999-2005).

De lo anterior se desprende que los programas se elaboran sobre la base de las necesidades, las cuales constituyen una herramienta fundamental en la identificación de los problemas sociales y fundamentan la intervención, ya que esta se realiza en torno a las necesidades declaradas por los protagonistas de las mismas. Allí estriba la importancia de que en la especificación de las necesidades deben estar implícitos los clientes actuales o potenciales de tal tratamiento (Lacasella, 1999-2005).

Sin embargo, aunque el diagnóstico y evaluación de necesidades es sumamente importante, sólo constituye una de las etapas iniciales dentro del programa. Como lo señala Fernández-Ballesteros (1996, c.p. Lacasella, 1999-2005) todo programa incluye diversas etapas, como lo son:

- a.** Identificación del problema y necesidades
- b.** Planteamiento de objetivos y metas
- c.** Pre-evaluación potencial, cursos de acción y selección del que se considera más adecuado
- d.** Diseño y configuración del programa
- e.** Implantación del programa
- f.** Evaluación del programa
- g.** Toma de decisiones sobre el programa.

Para la realización y desarrollo de esta investigación se consideró la identificación del problema y necesidades, el planteamiento de objetivos y metas, la pre-evaluación potencial, cursos de acción y selección del que se considera más adecuado, el diseño y configuración del programa y la toma de decisiones con respecto al programa y ajustes que se ejecutarían una vez realizada la validación social a través del juicio de expertos.

Por su parte, no debe confundirse la evaluación de las necesidades con la evaluación del programa completo, pues esta última es la investigación

sistemática a través de métodos científicos de los efectos, resultados y objetivos de un programa con el fin de tomar decisiones sobre él (Fernández-Ballesteros, 1996). Involucra, además, diversos procesos que van desde los que están únicamente guiados por la población diana, hasta aquellos que parten únicamente de un marco científico.

Entre los procesos guiados por el marco científico está la evaluación a la luz de siete criterios que propone Fernández-Ballesteros (1996 c.p. Lacasella, 2001), que existen para determinar el valor de un programa. Estos son:

1. **Pertinencia:** en qué grado el programa responde a las necesidades planteadas por una población que está siendo atendida.
2. **Adecuación:** referida a si los contenidos del programa se ajustan para la población a la que va dirigido.
3. **Suficiencia:** permite determinar si las acciones propuestas en el programa son suficientes para alcanzar las metas planteadas en el mismo.
4. **Progreso:** establece en qué medida el programa se está aplicando como se estableció.
5. **Eficiencia:** referido a los beneficios que se obtendrán de los resultados y los medios para lograrlo.
6. **Eficacia:** determina si los objetivos establecidos en el programa se han logrado.
7. **Efectividad:** referida a los efectos producidos como resultados de la aplicación del programa.

Debido a que los primeros tres criterios expuestos por Fernández-Ballesteros (1996 c.p. Lacasella, 2001), están directamente relacionados con la valoración a través del juicio de expertos, son los que serán de utilidad para los fines de esta investigación; los últimos cuatro no serán considerados debido a que hacen referencia a la evaluación de los resultados obtenidos a través de la aplicación del programa.

Aparte de considerar los criterios anteriormente expuestos para la evaluación del programa, también se debe considerar para qué y desde dónde se efectúa dicha evaluación. En el caso de esta investigación se realizó una evaluación tanto desde adentro como desde afuera, debido a que se realizó dentro de la propia institución por los profesionales que allí laboran y también fue desde afuera ya que se

consideró el juicio de expertos ajenos al Centro (Fernández-Ballesteros, 1996 c.p. Lacasella, 2001).

Siguiendo las indicaciones antes expuestas, se elaboraron dos formatos de entrevistas semiestructuradas, una dirigida al equipo interdisciplinario de profesionales (ver anexo 3) que laboran en CANIA en la atención de pacientes que presentan sobrepeso y obesidad y la otra para los adolescentes (ver anexo 5) quienes habían sido atendidos en la institución bajo el diagnóstico de sobrepeso u obesidad con la finalidad de evaluar directamente cuáles eran las necesidades por ellos expresadas. Los resultados de la aplicación de ambos formatos de entrevistas fueron sometidos a un análisis de contenido con dos fines: el primero, obtener posibles categorías en las que se agruparía la información arrojada de las entrevistas y el segundo, establecer las necesidades percibidas y expresadas tanto por el equipo interdisciplinario como por los adolescentes.

Con toda esta información recolectada se pudo determinar que las necesidades reportadas tanto por los especialistas como por los adolescentes se agrupan en las siguientes categorías:

- ✓ Necesidades expresadas: se refiere a aquellas que pueden inferirse de los registros de servicios prestados.
 - Desarrollo de talleres dirigidos específicamente a adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años.
 - Actividades desarrolladas dentro de los talleres que sean de interés y motivantes para la participación activa de esta población en los talleres que fomenten la adhesión al tratamiento.

- ✓ Necesidades percibidas: referidas a las necesidades subjetivas de las personas (profesionales y adolescentes) que pueden ser puestas de manifiesto mediante instrumentos (entrevistas semiestructuradas).
 - Elaboración de actividades que se enfoquen en el entrenamiento de las siguientes áreas: hábitos alimenticios, autocontrol, habilidades sociales, autoestima, actividad física y apoyo de grupo.

- ✓ Necesidades normativas: se refiere a aquella normativa o regulación del tratamiento ya existente o preestablecido en la institución.

- La creación de 4 talleres: Hábitos Alimenticios, Manejo Conductual, Autoestima y Asertividad y Estilo de Vida Saludable los cuales deben dictarse por separado debido al sistema de atención que ofrece la institución.

Sobre la base de tales necesidades se elaboraron los objetivos y metas correspondientes para cada una de ellas y se diseñó un programa de intervención que fue evaluado en base a su pertinencia, adecuación, suficiencia, orden y redacción por medio del juicio de expertos las cuales se expresarán en el apartado del análisis de resultados de esta etapa de la investigación.

5.2. Etapas de la Investigación: el diseño, y validación del Programa Terapéutico dirigido a Adolescentes para el Tratamiento Cognitivo-conductual del Sobrepeso y la Obesidad fue llevado a cabo a través de las siguientes fases:

- ✓ Etapa preparatoria y recolección de Información.
- ✓ Elaboración y Diseño del Programa y su Validación Social.

5.2.1. Etapa Preparatoria y Recolección de Información:

5.2.1.1 Participantes:

- ✓ Quince pacientes adolescentes de CANIA con edades comprendidas entre 14 y 18 años, quienes habían acudido a este centro anteriormente a recibir tratamiento, ubicados en las categorías de Sobrepeso y Obesidad según su IMC y que no padecieran patologías psiquiátricas diagnosticadas o algún tipo de trastorno del desarrollo.
- ✓ Cuatro profesionales del área de la salud: una nutricionista, una médico, un psicólogo y una trabajadora social, que laboran en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo y brindan atención a pacientes que presentan Sobrepeso y Obesidad.

Los participantes fueron voluntarios y seleccionados de forma intencional (Hernández, Fernández y Baptista, 2002).

5.2.1.2 Ambiente:

La investigación se desarrolló en las instalaciones de CANIA, que cuenta con óptimas condiciones de infraestructura: características ambientales, espacio físico, iluminación, recursos materiales tecnológicos y bibliográficos, así como los recursos humanos necesarios para llevar a cabo la investigación.

5.2.1.3 Materiales:

✓ Recursos Materiales:

- (1) Carta para el Comité de Bioética de la institución solicitando permiso a la institución para llevar a cabo la investigación en sus instalaciones y hacer uso de sus recursos (ver anexo 2).
- (3) Hojas blancas utilizadas por las investigadoras para el registro de la observación realizada en los talleres dictados en CANIA.
- (2) Bolígrafos utilizados por las investigadoras para llenar el registro de la observación realizada en los talleres dictados en CANIA.
- (4) Protocolos de Entrevista para el diagnóstico de necesidades dirigidos a los profesionales (ver anexo 3).
- (4) Bolígrafos utilizados por los profesionales para el llenado de los protocolos de entrevista que se les realizó.
- (1) Grabadora de voz utilizada en las entrevistas realizadas a los profesionales para el diagnóstico de necesidades.
- (1) Protocolo de contacto, utilizado para suministrar la información telefónica que se le dio a los adolescentes por teléfono (ver anexo 4).
- (15) Protocolos de Entrevistas para el diagnóstico de necesidades dirigido a los adolescentes (ver anexo 5).
- (15) Lápices con borrador utilizados por los adolescentes para el llenado de la entrevista que se les realizó.
- (15) Hojas de autorizaciones para los (as) representantes de los (as) adolescentes entrevistados (ver anexo 6).
- (4) Bolígrafos utilizados por los (as) representantes de los (as) adolescentes para llenar las autorizaciones.

5.2.1.4 Procedimiento:

- ✓ Contacto con la institución y participantes: durante esta etapa se concertó una entrevista con el psicólogo, quien labora en CANIA en el área de pacientes con Sobrepeso y Obesidad, con la finalidad de solicitar la colaboración del Centro, para el desarrollo de la investigación. El Licenciado procedió a la explicación de los canales regulares que se deben seguir para acceder al uso del espacio físico del Centro, del material tecnológico disponible y de los posibles participantes, por lo que se debió consignar una carta al comité de Bioética (ver anexo 2) de la institución, quien evaluó la viabilidad del proyecto y posteriormente concedió el permiso para el desarrollo de la investigación.
- ✓ Diagnóstico de Necesidades: durante esta etapa de la investigación se visitó CANIA, para identificar las necesidades tanto de la institución como de la población receptora de sus servicios. Ello permitió el reconocimiento adecuado de los problemas sociales y la justificación de la intervención que se diseñó con miras a que la misma fuese más cercana a la comunidad, tuviera mayor aceptabilidad social y pudiera resolver los problemas presentes (Fernández-Ballesteros, 1996; Lacasella, 1999-2005). Dicho procedimiento se llevó a cabo por medio de la elaboración y realización de Entrevistas Semiestructuradas tanto a los profesionales (ver anexo 3) que laboran en el área de sobrepeso y obesidad en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) como a los adolescentes (ver anexo 5) con sobrepeso y obesidad allí asistidos.
- ✓ Realización de Entrevistas a los Profesionales de CANIA: durante esta etapa se contactó a los profesionales que laboran en este Centro con el fin de conocer la disponibilidad de cada uno de ellos para poder llevar a cabo la administración de la entrevista respectiva. Una vez coordinados los días se procedió a entrevistar a los especialistas y en cada caso se solicitó verbalmente el consentimiento al profesional para poder grabar las respuestas que expresaba a cada una de las preguntas que se les iba realizando; aunado a ello se fue tomando nota de los aspectos importantes. El tiempo de aplicación de la entrevista fue de 1 hora.
- ✓ Realización de entrevistas a los adolescentes que asistieron a CANIA con sobrepeso y obesidad: durante esta etapa se contactó telefónicamente a los adolescentes que habían estado en tratamiento en CANIA. Para ello, se utilizó un protocolo contentivo de la información que se le verbalizaba a los contactados (ver anexo 4), a través de una base de datos que fue facilitada por la institución. Se contactaron alrededor de 120 adolescentes con el fin de conocer la disponibilidad de cada uno de ellos para poder llevar a cabo la

aplicación de la entrevista respectiva. Una vez coordinados los días de aplicación, se procedió a realizar la entrevista en una de las salas de conferencias de CANIA. En total sólo asistieron 15 adolescentes. La aplicación de la entrevista fue de forma autoadministrada y en varios grupos, se les entregaba a los adolescentes la entrevista y a los representantes la autorización (ver anexo 6) en la que daban su consentimiento para que su representado participara en el desarrollo de la investigación. La aplicación de cada entrevista tuvo un máximo de 30 minutos.

- ✓ Análisis de Resultados: durante esta etapa se realizó la evaluación de las entrevistas dirigidas a los expertos y adolescentes a través de la metodología del análisis de contenido y posteriormente se transcribieron los datos respectivos de cada pregunta de cada entrevista en orden, siendo primero la de los profesionales y posteriormente la de los adolescentes. Se calcularon los estadísticos convenientes tales como: frecuencia, porcentaje, media, mediana, moda, desviación típica y rango máximo y mínimo, todo esto de acuerdo a la pregunta analizada. Una vez vaciados y calculados los datos se realizaron los gráficos y tablas pertinentes haciendo el análisis para cada una de ellas. Todo el manejo de datos se realizó a través del paquete estadístico SPSS (versión 18).

5.2.1.4 Análisis y Discusión de Resultados:

Los resultados que se presentarán a continuación se recolectaron a partir de la entrevista realizada a especialistas tales como: médicos, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales, que laboran en CANIA.

El objetivo de la entrevista fue identificar las necesidades que presentan los pacientes adolescentes con sobrepeso y obesidad, siendo parte importante también el diagnóstico de las necesidades que presenta la institución en cuanto al tratamiento que le brinda a esta población en particular.

En principio, se presentará una descripción de los cuatro especialistas que fueron entrevistados; quienes conforman el equipo interdisciplinario que trabaja específicamente con los pacientes que presentan sobrepeso y obesidad.

Tabla N° 4. Datos de Identificación de los profesionales entrevistados

Profesión	Edad	Sexo	Años en CANIA	Experiencia en el área
Médico	48	Femenino	8 años	12 a 15 años
Psicólogo	41	Masculino	6 años	12 a 15 años
Trabajadora Social	36	Femenino	4 años	4 a 7 años

Nutricionista	30	Femenino	3 años	0 a 3 años
---------------	----	----------	--------	------------

n=4

Como se pudo observar en la tabla que se expuso anteriormente, el equipo interdisciplinario que labora en CANIA con los pacientes que presentan sobrepeso y obesidad, está conformado por cuatro especialistas, una trabajadora social, una nutricionista, una médico y un psicólogo, siendo estos últimos los que tienen más experiencia en el área de obesidad.

Los datos recolectados a través de la entrevista se presentarán agrupados en tres grandes categorías, que hacen referencia a la caracterización de la población, sistema de atención de la institución y las necesidades percibidas por los profesionales en torno al trabajo con adolescentes. En cada una de estas categorías se incluirán las preguntas presentadas en la entrevista que apuntan a los datos referidos a cada una de ellas.

- 1. Caracterización de la Población:** dentro de esta categorización se incluirán todos aquellos datos que se recabaron a través de la entrevista aplicada a los profesionales especializados en el área de obesidad que laboran en el Centro de Atención Nutricional Antímamo (CANIA). Dichos datos permiten hacer una somera descripción de la población de adolescentes que acuden al Centro, lo cual resultó fundamental para el desarrollo de la investigación y el diseño del programa.

A continuación se presentarán los datos más relevantes que describen a la población de adolescentes que acuden a CANIA según el reporte de los especialistas de esta institución:

- ✓ **Edad:** ubica de acuerdo a un rango de edad a los pacientes con sobrepeso y obesidad que son atendidos en CANIA, siendo ésta una Institución que atiende sólo a la población infantil. Los rangos de edades están comprendidos entre 0 y 18 años.

Tabla Nº 5. Rango de edad de los pacientes que son atendidos en CANIA

Rango de edad de los pacientes	Fr	% de Especialistas
8 a 11 años	4	100
12 a 15 años	3	75
4 a 7 años	3	75
0 a 3 años	1	25

n=4

A CANIA asisten pacientes con edades comprendidas entre 0 y 18 años con sobrepeso y obesidad. El 100% de los profesionales entrevistados indicaron que la mayoría de estos pacientes se encuentran ubicados en el rango de edad de 8 a 11 años, el 75% de los entrevistados coinciden en que también atienden a una población ubicada en el rango de 4 a 15 años y un 25% afirma que en ocasiones atienden a pacientes con sobrepeso u obesidad con edades comprendidas entre 0 y 3 años de edad.

- ✓ **Sexo:** atiende al género de los pacientes con sobrepeso y obesidad que asisten al Centro. Los profesionales entrevistados coincidieron en que no existe preponderancia en el sexo de los pacientes; por el contrario, se pueden distribuir los porcentajes equitativamente en un 50% para cada uno, por tanto el sexo no fue una variable determinante en la realización del diseño del programa.
- ✓ **Estado nutricional:** expone la categoría de malnutrición por exceso en la que se encuentran los pacientes que llegan a CANIA, que va desde el sobrepeso a los diferentes tipos de obesidades, leve, moderada, severa, y mórbida.

A CANIA asisten pacientes que se pueden incluir en todas las categorías reflejadas en la siguiente tabla; un 25% de los profesionales entrevistados manifestó que al Centro acuden pacientes en las categorías de sobrepeso, obesidad mórbida y leve; por su parte 3 de los 4 profesionales entrevistados concuerdan en que la mayoría de los pacientes presentan obesidad severa; sin embargo, el 100% de los profesionales coinciden en que la mayoría de los pacientes que son atendidos en CANIA se ubican en el rango de obesidad moderada.

Tabla N° 6. Estado Nutricional de los Adolescentes que acuden a CANIA.

Estado nutricional de los adolescentes	Fr	% de Especialistas
Obesidad Moderada	4	100
Obesidad Severa	3	75
Sobrepeso	1	25
Obesidad Leve	1	25
Obesidad Mórbida	1	25

n=4

- ✓ **Estrato Social:** señala el estrato sociodemográfico en el que pueden ubicarse los pacientes adolescentes con sobrepeso y obesidad que asisten a CANIA

Tabla N° 7. Estrato social de los adolescentes que acuden a CANIA.

Estrato social de los adolescentes	Fr	% de Especialistas
D	4	100
B	2	50
C	2	50
E	2	50

n=4

Esta institución como lo reseña su historia fue creada por Empresas Polar para la población de Antímano, debido a la situación de malnutrición por déficit; sin embargo, hoy en día son atendidas personas de todas las áreas del país que acuden allí, y se ha abierto el rango de atención a personas malnutridas tanto por déficit como por exceso y a mujeres embarazadas, con el fin de lograr una óptima condición nutricional y la prevención del peso bajo en los niños al nacer, por lo que a ese Centro asisten pacientes de los estratos B, C, D y E con preponderancia del estrato D. El método de Graffar-Méndez fue utilizado para delimitar cada uno de estos estratos sociales. Dicho método considera que para definir el estrato social de la persona se debe conocer la profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso (o modalidad de ingreso) y condiciones de alojamiento; cada una de estas variables tiene un valor numérico que se asigna según el reporte de la persona; mientras menor sea el valor, mayor es el estrato social y a medida que los valores van aumentando la condición del estrato social va disminuyendo. El estrato A contempla las puntuaciones del 4 al 6, el estrato B del 7 al 9, el estrato C del 10 al 12, el estrato D del 13 al 15 y el estrato E del 17 al 20 (FUNDACREDESA, 2010). Se asume que debido a la condición económica de las personas que se pueden ubicar en el estrato social A, éstas poseen diferentes opciones de modalidad de atención en instituciones privadas ya que su estrato indica que están más favorecidas económicamente.

- ✓ **Escolarización:** los niños y adolescentes que acuden a CANIA, en su mayoría, se encuentran escolarizados según el reporte de los

profesionales entrevistados. Se menciona que la mayoría está escolarizada, y existe una minoría que se encuentra en edades comprendidas entre 0 y 3 años, no escolarizados.

- ✓ **Principales cuidadores de los pacientes:** a CANIA sólo pueden ingresar pacientes que vayan acompañados por algún representante familiar o legal.

Tabla N° 8. Cuidadores principales de los pacientes.

Cuidadores principales de los adolescentes	Fr	% de Especialistas
Mamá	4	100
Papá	3	75
Abuela	2	50
Abuelo	1	25
Tía	1	25
Tío	1	25

n=4

El 100% de los entrevistados afirmó que la madre es la principal acompañante del paciente al Centro, un 75% indicó que el padre también es uno de los principales acompañantes, mientras que el otro 25% señaló que tanto los abuelos y tíos han fungido como acompañantes de los pacientes.

- 2. Sistema de atención en la institución:** esta categoría hace referencia a todo el esquema de tratamiento dictado para los pacientes con sobrepeso y obesidad por el cual se rige CANIA. Cabe destacar que existe una diferenciación entre la modalidad de atención de los pacientes que presentan sobrepeso y los que presentan obesidad. Estos aspectos indagados a través de la entrevista a los profesionales del área de obesidad que laboran en la institución resultaron elementales para el diseño del programa que propone esta investigación.

A continuación se expondrán las diferentes variables incluidas en esta categorización que permiten conocer el esquema de tratamiento de CANIA:

- ✓ **Remisiones de otras instituciones:** a CANIA acuden pacientes por sugerencia de otras Instituciones.

Tabla N° 9. Instituciones que remiten pacientes a CANIA.

Instituciones que remiten	Fr	% de Especialistas
Instituciones de salud	3	75
Instituciones educativas	3	75
Instituciones legales	1	25

n=4

A CANIA asisten pacientes que han sido remitidos por profesionales de la salud, centros educativos e instituciones de carácter legal; algunos pacientes han recibido algún tratamiento previo y según el reporte de los profesionales entrevistados esto no interfiere con el tratamiento que se le propone en la institución. El 75% de los profesionales coincidió en que las Instituciones de Salud y Educativas son las que mayormente remiten.

- ✓ **Motivación:** perfila el interés principal que motiva a los adolescentes a acudir a CANIA según los profesionales que laboran en el área de obesidad. Cabe acotar que la opción de respuesta podía ser múltiple por lo que los entrevistados pudieron seleccionar varias alternativas.

Un 50% de los profesionales entrevistados coinciden y afirman que los pacientes acuden a CANIA por: salud, apariencia física, preocupación de los padres y estética; aunado a ello un 25% concuerda en que las relaciones sociales, las creencias y los síntomas que genera la obesidad, impulsan a los adolescentes a asistir al Centro.

Tabla N° 10. Principal motivación de los adolescentes para asistir a CANIA según los profesionales.

Motivación de los adolescentes para asistir a CANIA según los profesionales	Fr	% de Especialistas
Salud	2	50
Apariencia física	2	50
Preocupación por los padres	2	50
Estética	2	50
Relaciones sociales	1	25
Creencias	1	25
Síntomas de la obesidad	1	25

n=4

- ✓ **Modalidad de asistencia:** a CANIA asisten adolescentes por la indicación de profesionales, iniciativa propia, sugerencia de los familiares y por la labor comunitaria que ha emprendido la institución.

Tabla N° 11. Modalidad de asistencia de los adolescentes a CANIA.

Modalidad de asistencia a cania de los adolescentes según los profesionales	Fr	% de Especialistas
Indicación de profesionales	4	100
Iniciativa propia	3	75
Labor comunitaria	2	50
Sugerencia de los familiares	2	50

n=4

El 100% de los profesionales entrevistados coinciden en que estos pacientes acuden al Centro mayormente por indicación de profesionales. Esto se debe en gran parte a la Labor Comunitaria, que también es un criterio de asistencia expuesto por el 50% de los profesionales. Esta labor que lleva a cabo la Institución se centra en la promoción de la organización y participación vecinal, formación de promotores comunitarios de la salud, vigilancia y educación nutricional en escuelas, vigilancia y educación nutricional en preescolares asistenciales y multihogares, educación nutricional a embarazadas y madres en período de lactancia y sensibilización, capacitación y movilización de los actores de la red de atención primaria para la atención de la problemática nutricional (CANIA, 2007). Por su parte, un 75% de los profesionales también afirman que la iniciativa propia es uno de los criterios de asistencia al centro y por último un 25% de los adolescentes acuden a CANIA por sugerencia de padres/familia.

- ✓ **Método de clasificación de la obesidad:** en CANIA se recurre al uso de las medidas antropométricas, las cuales permiten hacer una valoración del estado nutricional del adolescente. El 100% de los entrevistados coincidió en que las medidas más frecuentes son el peso, la talla, los pliegues cutáneos y el índice de masa corporal (IMC).
- ✓ **Prioridad de atención:** responde a si existe dentro de la institución la posibilidad de darle prioridad de atención a algún adolescente

dependiendo del grado de obesidad que presente o gravedad de la malnutrición por exceso.

Tabla N° 12. Prioridad de atención de casos.

Prioridad de atención	Fr	% de Especialistas
Si	3	75
No	1	25

n=4

El 75% de los profesionales entrevistados afirma que cuanto más severa sea la obesidad, complicaciones o valores de laboratorios alterados que presente el paciente, se busca la manera de incorporarlo lo más pronto posible al esquema de tratamiento; no obstante, el 25% afirmó que no; sin embargo, esta negación se refiere a que no se le adelanta la cita con respecto a otro paciente ni que se quita a un paciente para incluir a otro.

- ✓ **Criterios para la toma de decisiones:** los profesionales que laboran en CANIA manejan diferentes criterios para la toma de decisiones con respecto a la intervención.

El 75% de los profesionales entrevistados coinciden en que un criterio importante es el grado de obesidad, el 50% de los entrevistados consideran como criterio las alteraciones en el perfil bioquímico y un 25% afirman que el peso y Rayos X de mano izquierda para determinar la velocidad de crecimiento, son criterios que también son tomados en cuenta para tomar las decisiones pertinentes en torno a la intervención de los pacientes.

Tabla N° 13. Criterios para la toma de decisiones en torno a la intervención.

Criterios de intervención	Fr	% de Especialistas
Grado de obesidad	3	75
Perfil bioquímico alterado	2	50
Peso	1	25
Rayos X de mano izquierda	1	25

n=4

- ✓ **Tipos de abordaje:** el 100% de los entrevistados aseveró que según las condiciones individuales de cada paciente y el tipo de obesidad que presente, existe un esquema de tratamiento.

A las personas que presentan sobrepeso se les realiza el triaje y un plan de alimentación; a las personas que presentan obesidad leve, se les hace exámenes de sangre (perfil lipídico y de glicemia) y Rayos X de mano izquierda. Dependiendo de los resultados, ingresan al esquema de obesidad, en el que se les abre la historia e inician el tratamiento del esquema de obesidad, al igual que las personas que presentan obesidad moderada, severa y mórbida.

El esquema de atención para las personas que presentan sobrepeso y obesidad leve, sin que tengan los valores alterados, se realiza de forma grupal a través de talleres y sólo son atendidos a nivel nutricional y médico.

Las personas con obesidad moderada, severa y mórbida son atendidas por los cuatro especialistas (nutricionista, médico, psicólogo y trabajador social). El tiempo de duración del tratamiento varía dependiendo de la obesidad; es decir, las personas que presentan obesidad moderada y severa son atendidas durante un año, mientras que las personas con obesidad mórbida duran dos años en tratamiento.

- ✓ **Abordaje interdisciplinario:** el 100% de los profesionales entrevistados afirmó que en este Centro se realiza un abordaje interdisciplinario, ya que, se cuenta con diferentes profesionales: médico, nutricionista, psicólogo y trabajadora social, los cuales se abocan específicamente al trabajo de malnutrición por exceso; por lo tanto, los tópicos hacia los que se orientan las intervenciones van dirigidas a las cuatro áreas que atañen a cada uno de los especialistas mencionados.
- ✓ **Modalidad de intervención:** todos los entrevistados coincidieron en que las intervenciones que se llevan a cabo en la institución se realizan de forma individual, grupal y con los familiares.
- ✓ **Transmisión de información:** el 100% de los entrevistados expresó que la información con respecto al diagnóstico, tratamiento y los cambios próximos en su rutina de vida para dar solución a la problemática, es transmitida por los cuatro especialistas (médico,

nutricionista, psicólogo y trabajadora social) de forma individual, es decir, cada especialista en su momento de consulta o en los talleres; puede ser con el adolescente solo, en compañía de familiares y de forma grupal en los talleres.

- ✓ **Función del especialista en la intervención:** cada especialista que trabaja en el equipo de obesidad tiene una función en particular, la cual queda establecida por su profesión.

Tabla N° 14. Función de los profesionales en la intervención

Función de los profesionales en la intervención	Fr	% de Especialistas
Conciencia de enfermedad	2	50
Entrenamiento en hábitos alimentarios	2	50
Orientación a padres	2	50
Educación nutricional	2	50
Prevención secundaria de la obesidad	1	25
Actividad física	1	25

n=4

El 50% de los profesionales entrevistados afirmó que su función va dirigida a la sensibilización del reconocimiento de la obesidad como una enfermedad, el entrenamiento en hábitos alimenticios, la orientación de los padres y la educación nutricional; un 25% afirmó que su función va dirigida a la prevención secundaria de la obesidad y a la motivación de la práctica de actividad física.

- ✓ **Tópicos de intervención:** cada especialista considera para el diseño de su intervención diferentes tópicos.

Los profesionales entrevistados intervienen múltiples variables según su área; sin embargo, el 100% de ellos coinciden en algunas, tales como: conciencia de enfermedad, área familiar, información nutricional y de actividad física; el 75% afirmó que trabaja con los hábitos alimenticios; por su parte, la médico y la nutricionista coincidieron en los siguientes tópicos: la psicoeducación y el índice de masa corporal. La médico es la única que trabaja con las siguientes áreas: perfil sanguíneo renal y hepático, tensión arterial, medidas antropométricas y velocidad de crecimiento; el psicólogo trabaja el entrenamiento en habilidades sociales y autocontrol y la trabajadora social maneja el área de la economía familiar y las condiciones físico ambientales.

Tabla N° 15. Tópicos que consideran los Profesionales para su Intervención.

Tópicos de intervención de los profesionales	Fr	% de Especialistas
Conciencia de enfermedad	4	100
Información nutricional	4	100
Actividad física	4	100
Área familiar	4	100
Hábitos alimenticios	3	75
Psicoeducación	2	50
IMC	2	50
Autoestima	1	25
Imagen corporal	1	25
Habilidades sociales	1	25
Economía familiar	1	25
Condiciones físico-ambientales	1	25
Perfil sanguíneo, renal y hepático	1	25
Tensión arterial	1	25
Medidas antropométricas	1	25
Velocidad de crecimiento	1	25
Autocontrol	1	25

n=4

- ✓ **Otras alternativas de intervención:** los cuatro profesionales entrevistados indican que en el Centro no se realizan intervenciones de tipo quirúrgico, ni suelen recetarse fármacos ni medicina alternativa. Sin embargo, existen opciones con casos particulares que así lo requieran en las que se realizan reuniones del equipo multidisciplinario con el representante a fin de concientizar sobre el diagnóstico y establecer compromisos que permitan la recuperación del paciente como lo expresa este verbatim: “En ocasiones se han referido casos a psiquiatría y han tenido que ser medicados por depresión debido a la obesidad; también en algunas oportunidades se hacen referencias a los colegios para que puedan aceptar al adolescente de nuevo ya que, había desertado por la obesidad y por problemas en las relaciones sociales”.
- ✓ **Análisis de pros y contras:** todos los profesionales entrevistados afirmaron que se realiza en conjunto con el paciente un análisis de los pros y los contras de cada uno de los procedimientos existentes para dar solución a su problema, de la modalidad de intervención y los cambios en su estilo de vida.
- ✓ **Posibilidad de elección del tratamiento:** el 100% de los profesionales indicó que al paciente no se le da la posibilidad de elegir entre varios procedimientos médicos, nutricionales y psicológicos

debido a que sólo existen los esquemas de tratamientos que se le plantean en principio, los cuales sólo variará dependiendo del diagnóstico. Estos esquemas de tratamiento por los cuales se rige el Centro fueron pensados por los especialistas como los más saludables para lograr modificar los hábitos poniendo en práctica un estilo de vida saludable, mejorando así la calidad de vida.

- ✓ **Recidiva de los pacientes:** todos los profesionales entrevistados afirman que hay pacientes que ingresan al Centro y en los primeros meses ya se están recuperando, mientras que hay pacientes que no acuden más y al pasar el tiempo regresan con un diagnóstico peor que por el cual ingresaron la primera vez. Asimismo existen los pacientes que se estancan y no avanzan en su tratamiento, se les dificulta lograr los objetivos o mantenerlos en el tiempo.
- ✓ **Transmisión de información de recidiva a los pacientes:** el 100% de los profesionales entrevistados afirmó que en oportunidades es transmitida la información a los pacientes con respecto a los casos de recidiva y las complicaciones que pueden tener para cumplir el tratamiento. Se les indica que el tratamiento no es tan rápido y que puede tomar mínimo un año. En algunas ocasiones con los pacientes que son reincidentes, se hace una carta de compromiso y se trabaja modelando las conductas adecuadas.
- ✓ **Consideración de la calidad de vida del paciente:** los profesionales entrevistados afirmaron que consideran los aspectos relacionados que pueden mejorar la calidad de vida del paciente; en sí mismo el tratamiento que se les imparte en el centro contribuye a que mejoren su desempeño en actividades, mejoren su salud y en general su estilo de vida. Adicionalmente, se detectan problemáticas que puedan afectar su desenvolvimiento psicológico y social como el duelo, estrés, problemas familiares y en estos casos se tratan de forma individual con el profesional especializado en el área.
- ✓ **Listas de espera:** para poder acceder al tratamiento que se brinda en la institución, los pacientes deben llegar a las 7am, se les entrega un número y una vez llegado su turno se les realiza el triaje, y el tiempo que tiene que transcurrir para poder acceder a la intervención es de

quince días. Por tanto todos los entrevistados afirmaron que no existen listas de espera.

- ✓ **Estrategias de los profesionales:** cada especialista utiliza estrategias para brindar atención a los pacientes. A nivel individual, cada profesional realiza consultas en las que se evalúa al paciente y se le transmite la información. Según el área se diversifica el tipo de estrategias de intervención. En el *área psicológica* se realiza: psicoterapia breve, intervención en crisis, terapia familiar y de pareja. En la *nutricional* se les da información, se explica el esquema de atención, se evalúa nutricionalmente, se elabora el plan de alimentación que va a seguir el paciente y se exponen las recomendaciones nutricionales. En el *área de trabajo social* se realiza la entrevista individual, se imparte orientación familiar con enfoque sistémico (niño, cuidador, familia y comunidad) y en caso de ser necesario, se proporcionan referencias interinstitucionales. A *nivel médico* se da información sobre estado nutricional y bioquímico, se identifican con el paciente las consecuencias de la obesidad que le afectan y se promueve la toma de conciencia de la enfermedad.
De manera grupal, se dictan talleres en los que participan los diversos profesionales de cada área. Estos están enfocados en el crecimiento personal y cambio, el desarrollo de fortalezas, autoestima y manejo de conductas alimentarias.
- ✓ **Aspectos para la planificación del tratamiento:** existen ciertos aspectos que permiten planificar la intervención que se brinda en el Centro. Los especialistas entrevistados señalan que los tres aspectos que permiten planificar la intervención y el esquema de tratamiento a utilizar son los siguientes: identificar los problemas que trae el paciente, las causas y el tipo de obesidad de cada uno y las necesidades del grupo familiar.
- ✓ **Programas de intervención:** en CANIA existen programas de intervención tanto a nivel individual como grupal. Todos los miembros del equipo interdisciplinario participan en ambos a través de la facilitación de talleres y en consulta. Sin embargo, dependiendo del

tema que se vaya a tratar en el taller se escoge un especialista en el área encargado. Estos talleres se ofrecen semanal o quincenalmente en la institución, lo cual facilita el ingreso de pacientes al esquema de tratamiento, impidiendo el retraso o estancamiento en el tratamiento debido a la inasistencia; es decir, si un paciente falta a un taller puede asistir al mismo taller que posiblemente se dicte en una o máximo dos semanas. Aunque este método tiene sus ventajas, también se ponen de manifiesto sus desventajas, entre ella la falta de cohesión y apoyo grupal, ya que los pacientes pueden o no coincidir en el taller, lo cual dificulta la cohesión y el apoyo grupal entre participantes.

Tabla N° 16. Talleres que se brindan en CANIA.

Talleres	Descripción
Charla de Crecimiento Personal y Cambio (CPC)	Promover el cambio para mejorar la calidad de vida
Autoestima y Desarrollo de Fortalezas (ADF)	Reconocer y valorar fortalezas, capacidades y potencial
Manejo de Conductas Inadecuadas en el Niño (MCI)	Desarrollo de estrategias para el manejo de los problemas con los niños
Manejo de Conductas Alimentarias (MCA)	Comprensión de la malnutrición, consecuencias y herramientas para el mejoramiento de la conducta alimentaria familiar
Comunicación Efectiva y Resolución de Problemas (CERP) (Opcional)	Aprender a escuchar y expresar de forma efectiva los sentimientos, necesidades y deseos
Grupos de Estilo de Vida Saludable I (GEVS 1)	Generar un espacio de encuentro que favorezca cambios de estilo de vida y promueva la salud en niños (as), adolescentes y sus familiares
Grupos de Estilo de Vida Saludable II (GEVS 2)	Generar un espacio de encuentro que favorezca cambios de estilo de vida y promueva la salud en niños (as), adolescentes y sus familiares
Aprender a comer jugando	Promover la práctica de hábitos y conductas alimentarias saludables y la actividad física en niños (as) y adolescentes con malnutrición por exceso a través de juegos activos

n=4

- ✓ **Complicaciones durante la intervención:** durante el tiempo en el que se lleva a cabo el tratamiento pueden surgir algunas complicaciones que en ocasiones impiden el desarrollo o término posterior de la intervención.

Tabla N° 17. Complicaciones más frecuentes durante la intervención.

Complicaciones más frecuentes durante la intervención	Fr	% de Especialistas
Psicológicas	4	100
Metabólicas	1	25
Ortopédicas	1	25

n=4

El 100% de los profesionales entrevistados coincidieron en que las complicaciones más frecuentes suelen girar en torno al campo psicológico, a saber: autoestima baja, el paciente no sigue el plan de alimentación, no realiza la actividad física, no cumple las instrucciones, falta de conciencia de enfermedad y resistencia al cambio en el estilo de vida. Por su parte un, 50% de los entrevistados también afirmó que otras complicaciones que suelen surgir durante la intervención giran en torno a dos renglones, Metabólicas: resistencia a la insulina, hiperlipidemias e intolerancia a la glucosa y las Ortopédicas: Escoliosis, problemas en las articulaciones, etc.

- ✓ **Entrenamiento por áreas:** los profesionales entrevistados señalaron que no existen talleres prácticos destinados a los adolescentes; sin embargo, para padres y niños existen talleres prácticos donde se les entrena en el área nutricional, de forma individual en consulta y posteriormente en un taller grupal de modelos de alimentos y en el taller de niños. Esta información se les imparte por medio de diversas vías, a nivel individual en consulta, de forma grupal en los talleres, con la entrega de folletos y muestra de material audio visual mediante videos y diapositivas. Los miembros del equipo interdisciplinario que trabajan con obesidad en el Centro participan suministrando la información a los pacientes, cada uno en consulta y abocado al área que corresponde a su especialización.
- ✓ **Entrega de material:** durante el tratamiento en CANIA tanto los pacientes como sus familiares reciben materiales didácticos tales como: folletos, trípticos informativos y se colocan carteleras de forma mensual en el Centro con consejos prácticos, los cuales suministran información relevante que contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente y a facilitar la comprensión de temas que se hayan

impartido en los diferentes talleres. Estos materiales son entregados antes, durante y después de la intervención.

- ✓ **Tiempo de intervención:** los profesionales entrevistados señalan que el tiempo que dura la intervención está entre 3 meses y más de 2 años, dependiendo del nivel de obesidad: si es de leve a moderada, dura de 3 meses a 1 año; si es severa dura entre 1 y 2 años, mientras que la obesidad mórbida puede durar más de 2 años.
- ✓ **Tiempo para notar cambios:** los profesionales entrevistados señalaron que el tiempo para notar cambios significativos en los pacientes oscila entre 3 y 6 meses, siempre y cuando cumplan las prescripciones terapéuticas, lo cual se debe en gran parte a que la familia esté involucrada en el tratamiento.
- ✓ **Redes de apoyo social:** las personas que ingresan para algún tratamiento a CANIA deben ir acompañadas de algún representante familiar o institucional. Son muy pocos los casos en que los pacientes no cuenten con redes de apoyo social; por lo regular vienen referidos de hogares de cuidado, asumiendo este la responsabilidad del cuidado del paciente.
- ✓ **Criterio para conceder el alta:** en CANIA existen algunos criterios que determinan si el paciente puede ser dado de alta o no.

El 75% de los profesionales entrevistados señaló que uno de los criterios que se utiliza para dar el alta es que el paciente haya alcanzado un peso acorde a su edad y su estatura y que no haya alteraciones en su perfil bioquímico, el 50% indicó que otro de los criterios es que hayan cumplido con el esquema de tratamiento y un 25% manifestó que desde el punto de vista psicosocial hayan alcanzado el manejo de conductas alimentarias adecuadas.

Tabla Nº 18. Criterios para dar de alta a los pacientes.

Criterios para dar de alta a los pacientes	Fr	% de Especialistas
Recuperación	3	75
Cumplimiento del esquema de tratamiento	2	50
Manejo de conductas alimentarias adecuadas	1	25

n=4

- ✓ **Seguimiento:** los especialistas entrevistados indicaron que no se realiza seguimiento de los casos. Una vez que se da el alta al paciente, no se lleva un control de cómo ha ido evolucionando, si lo aprendido en el Centro lo ha puesto en práctica, según el siguiente verbatim “El paciente dado de alta no vuelve a venir, a menos que tenga una recaída, de ser así, debe ingresar como un paciente nuevo, es decir, debe acudir al triaje y volver a seguir el mismo esquema, esto es denominado en el Centro como reinserción”.
- ✓ **Ausentismo o abandono:** los profesionales entrevistados afirman que los pacientes que acuden al Centro en ocasiones no concluyen su intervención debido a que abandonan el tratamiento, los profesionales entrevistados afirman que este ausentismo o abandono suele producirse en un rango de 40% a 60%, sin argumentar su causa.
- ✓ **Contacto con el Centro:** los pacientes tienen la posibilidad de contactar a cualquiera de los profesionales que laboran dentro del equipo de obesidad.

Tabla N° 19. Contacto posterior con el Centro.

Contacto posterior con el centro	Fr	% de Especialistas
Vía Telefónica	3	75
Asistencia al Centro	1	25

n=4

El 75% de los profesionales indicó que el contacto posterior con el Centro se puede lograr a través de la asistencia al mismo y por vía telefónica y un 25% señaló que el contacto posterior se realiza por medio de vía telefónica.

3. **Necesidades percibidas de los profesionales en torno al trabajo con adolescentes:** dentro de esta categorización se incluirán todos aquellos datos que se recolectaron a través de la entrevista aplicada a los profesionales especializados en el área de obesidad que laboran en CANIA. Dichos datos permiten identificar cuáles son las necesidades existentes en torno al trabajo con la población adolescente que asiste a la institución. Las necesidades percibidas reportadas marcaron la pauta para la creación y fundamentación del diseño del programa de

intervención que presenta esta investigación. Los profesionales entrevistados hicieron énfasis en el trabajo con adolescentes ya que la institución no cuenta con talleres desarrollados específicamente para esta población, lo cual les resulta de interés apremiante debido a la falta de motivación y adhesión al tratamiento que manifiesta este grupo etario.

A continuación se presentarán los aspectos que se consideran relevantes para la identificación de las necesidades percibidas por los profesionales en torno al trabajo con los adolescentes.

- ✓ **Reacción de los adolescentes ante el diagnóstico e intervención:** una vez que el paciente es evaluado y diagnosticado se le transmite la información, lo cual genera reacciones particulares en cada paciente.

Tabla N° 20. Reacción de los pacientes ante el diagnóstico e intervención planteada.

Reacción de los pacientes	Fr	% de Especialistas
Dificultad de conciencia de enfermedad	4	100
Resistencia al Tratamiento	1	25

n=4

Según los profesionales entrevistados generalmente se evidencia que existen dificultades en el reconocimiento del sobrepeso y obesidad como enfermedad y algunas veces existe resistencia al tratamiento.

- ✓ **Expectativas de los pacientes:** los adolescentes suelen tener expectativas claras en cuanto al desarrollo de la intervención y los resultados que desean lograr.

Tabla N° 21. Expectativas de los pacientes en torno a la intervención.

Expectativas de los pacientes en torno a la intervención	Fr	% de especialistas
Recuperación y pérdida de peso rápida	4	100
Autoeficacia percibida	1	25

n=4

El 100% de los profesionales entrevistados manifestaron que las expectativas son de recuperación y pérdida de peso de forma rápida; sin embargo, cuando el paciente se da cuenta que es un poco más complicado y que demora más tiempo de lo que esperaba, casi siempre abandonan el tratamiento. Un 25% de

los profesionales manifestó que algunos pacientes no creen que lograrán bajar de peso debido a que no consideran que ellos puedan obtener tal logro como resultado de su esfuerzo. Por tales expectativas se les explica con detenimiento a los pacientes el plan de tratamiento para que colabore con lo que se le indica que debe hacer, lo cual mejora la adhesión al tratamiento y contribuye con su pronta recuperación. Es importante destacar que debido a las expectativas que tienen los participantes, en ocasiones se cumplen por el trabajo en equipo que realiza el paciente con los profesionales y su adhesión al tratamiento; sin embargo, en otras oportunidades los pacientes no suelen cumplir con las prescripciones médicas afectando el cumplimiento de sus expectativas.

- ✓ **Expectativas de los profesionales:** así como los pacientes tienen expectativas en torno a su tratamiento en el Centro, los profesionales también manifiestan algunas expectativas con respecto a los pacientes y su estadía en CANIA. Esta pregunta fue realizada para que los entrevistados pudiesen responder de forma múltiple, por lo que algunos de ellos marcaron ambas opciones.

Tabla N° 22. Expectativas de los profesionales.

Expectativas de los profesionales	Fr	% de los Especialistas
Recuperación del paciente	3	75
Incorporación del grupo familiar al tto	2	50

n=4

El 75% de los profesionales entrevistados afirman que sus expectativas giran en torno a la recuperación del paciente, por su parte un 50% afirmó que el grupo familiar se involucre en el tratamiento, pues consideran que una familia involucrada da como resultado un tratamiento exitoso.

- ✓ **Motivación de los pacientes y sus familiares:** los profesionales entrevistados afirmaron que antes del tratamiento, la motivación tanto de los pacientes como de sus familiares es alta. Esta motivación va disminuyendo durante la intervención en los pacientes de un grado alto a moderado y en sus familiares de igual forma. En ocasiones, si los pacientes van viendo mejorías, la motivación va aumentando porque se dan cuenta de que el tratamiento sí funciona.

- ✓ **Modificación de hábitos:** refiere si los adolescentes con sobrepeso y obesidad atendidos en la Institución modifican en algún grado sus hábitos de alimentación y de actividad física.

El 100% de los entrevistados afirmó que los pacientes sí modifican sus hábitos y se adaptan a los nuevos. A pesar de ello, un 50% señaló que esa modificación sólo ocurre en el 60% de los pacientes, por el contrario un 25% afirmó que esa modificación de hábitos va desde el 30% al 70%. En conclusión, se puede afirmar que entre el 60% y 70% de los pacientes modifican sus hábitos de alimentación y ejercicio.

Tabla Nº 23. Porcentaje de pacientes que modifican sus hábitos.

Porcentaje de pacientes que modifican sus hábitos	Fr	% de Especialistas
60%	2	50
70%	1	25
30%	1	25

n=4

- ✓ **Inquietudes de los pacientes:** las inquietudes de los pacientes suelen estar orientadas en torno a diferentes tópicos.

Tabla Nº 24. Inquietudes de los pacientes

Inquietudes de los pacientes	Fr	% de Especialistas
Alimentos que pueden consumir	1	25
Limitación social	1	25
Exclusión	1	25
Temor a enfermedades asociadas	1	25

n=4

Los profesionales entrevistados afirmaron que las inquietudes suelen estar dirigidas a los alimentos de la dieta (qué clase de alimentos pueden consumir y qué cantidad), las relaciones sociales, la exclusión y al temor de presentar enfermedades asociadas a la obesidad.

- ✓ **Inquietudes de los familiares de los pacientes:** los familiares y representantes de los pacientes también manifiestan algunas inquietudes. En esta pregunta los profesionales podían contestar varias opciones.

El 75% de los profesionales entrevistados afirman que las inquietudes de los familiares de los pacientes giran en torno a los alimentos que pueden consumir

los pacientes, cómo lograr que su hijo (a) cumpla las prescripciones del equipo interdisciplinario y el temor que sus hijos (as) presenten alguna enfermedad asociada con la obesidad, un 50% de los entrevistados manifestó que una de las inquietudes que plantean los familiares está referida a los problemas de interacción social de sus hijos y un 25% se inquieta por los problemas de imagen corporal que puede presentar o presenta su hijo (a).

Tabla N° 25. Inquietudes de los familiares de los pacientes

Inquietudes de los familiares de los pacientes	Fr	% de Especialistas
Alimentos que se pueden consumir	3	75
Adhesión al tratamiento de sus hijos	3	75
Temor a enfermedades asociadas	3	75
Problemas en la interacción social de sus hijos	2	50
Problemas de imagen corporal	1	25

n=4

- ✓ **Vínculos de apoyo entre pacientes:** está concebido como la ayuda percibida y recibida por una persona a través de los lazos sociales como resultado de su interacción con otros individuos, grupos y comunidad total (Lin y cols.,1981 c.p. Martín, Chacón y Martínez, 1993).

Figura N° 1. Vínculos de apoyo entre los pacientes.



El 50% de los entrevistados afirmó que no se generan vínculos de apoyo entre los pacientes, un 25% indicó que por el contrario si se generan estos vínculos de apoyo y otro 25% señaló que sólo ocurre en ocasiones.

- ✓ **Adaptación de los pacientes y los familiares:** resulta importante conocer si tanto los pacientes como sus familiares se han podido adaptar a su nuevo ritmo de vida después del tratamiento recibido en CANIA.

Un 50% de los profesionales manifestó que el grado de adaptación tanto de los pacientes como de sus familiares es muy alto siempre y cuando hagan los cambios que se requieren por el tratamiento, el otro 50% afirmó que la adaptación es moderada tanto de los pacientes como de sus familiares.

Tabla N° 26. Grado de adaptación de los pacientes y familiares a su nuevo estilo de vida

Grado de adaptación de los pacientes y familiares al nuevo estilo de vida	Fr	% de Especialistas
Muy Alto	2	50
Moderado	2	50

n=4

- ✓ **Adhesión al tratamiento:** los pacientes que acuden al Centro deben seguir las instrucciones indicadas por los diversos profesionales (médicos, nutricionistas, psicólogos,) durante la intervención para lograr los resultados deseados y después de la intervención para mantener los resultados.

Tabla N° 27. Porcentaje de pacientes que siguen las instrucciones de los especialistas.

Porcentaje de pacientes que siguen las instrucciones	Fr	% de Especialistas
60%	2	50
70%	1	25
10%	1	25

n=4

El 100% de los entrevistados afirmó que los pacientes sí siguen las instrucciones suministradas por los diversos especialistas, sin embargo, el 50% señaló que en un 60% los pacientes siguen las recomendaciones; un 25% indicó que en un 70% los pacientes siguen las instrucciones y el otro 25% señaló que en un 10% los pacientes siguen las recomendaciones.

- ✓ **Adaptación:** los profesionales entrevistados consideran que existen medidas que pueden facilitar la adaptación de los pacientes a su nueva rutina de vida.

Tabla N° 28. Medidas para la adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida.

Medidas para la adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida	Fr	% de Especialistas
Motivación al cambio	3	75
Apoyo familiar	1	25

n=4

El 75% de los profesionales entrevistados exponen que entre las medidas que utilizan para facilitar la adaptación de los pacientes a su nueva rutina de vida se encuentra la motivación al cambio a través de: generar conciencia de enfermedad, promover la prevención de enfermedades y por medio del reforzamiento de los logros alcanzados. El otro 25% considera pertinente el apoyo familiar para facilitar la adaptación del paciente a su nuevo estilo de vida.

- ✓ **Mantenimiento de cambios:** para que los pacientes puedan mantener los cambios alcanzados durante la intervención los profesionales consideran pertinente algunas medidas que se deben seguir.

Tabla N° 29. Medidas para mantener los cambios en el nuevo estilo de vida.

Medidas para mantener los cambios en el nuevo estilo de vida	Fr	% de Especialistas
Adhesión al tratamiento	2	50
Actividad física	1	25
Motivación	1	25

n=4

El 50% de los entrevistados señaló que para mantener los cambios, los pacientes deben seguir sostenidamente las indicaciones que se le han dado desde el inicio del tratamiento; el 25% expone que los pacientes deben realizar actividad física para mantener los cambios y el otro 25% manifiesta que la motivación y el reforzamiento son una medida imprescindible.

- ✓ **Tópicos que se pudiesen agregar a los programas:** luego de exponer los talleres que se dictan en el Centro y el objetivo de cada uno, los profesionales afirman que hay una gran necesidad de crear talleres para el trabajo con adolescentes en donde los tópicos más importantes serían los siguientes: Conciencia de enfermedad, adhesión al tratamiento, autocontrol, autoestima, preparación de alimentos y Asertividad. Cabe destacar entonces que de tal

necesidad surgió la propuesta del programa que se diseñó en esta investigación, contenido de los módulos expuestos como necesarios por los profesionales del área de obesidad de CANIA.

- ✓ **Otro aspecto:** Para finalizar la entrevista realizada a los profesionales, la cual tuvo como finalidad identificar las necesidades que estos perciben en torno al tratamiento de la población de adolescentes que acude al Centro, se les preguntó si deseaban agregar algún otro aspecto. En respuesta a ello el 75% de los entrevistados hizo énfasis en el trabajo con adolescentes, el desarrollo de talleres para esta población específica, cómo motivarlos para su participación en dichos talleres y el logro de la adhesión al tratamiento. El otro 25% de la población entrevistada no agregó ningún otro aspecto.

Tabla Nº 30. Otro aspecto a mencionar por parte de los profesionales.

Otro aspecto a mencionar	Fr	% de Especialistas
Trabajo con adolescentes	3	75
Ninguno	1	25

n=4

A continuación se presentarán los resultados obtenidos a través de la entrevista realizada a adolescentes que acudieron para recibir tratamiento al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

Esta entrevista fue diseñada para identificar las necesidades que presentan los pacientes adolescentes con sobrepeso y obesidad, con miras al desarrollo de una intervención que sea eficiente efectiva y eficaz en el tratamiento cognoscitivo-conductual de esta población en específico.

Los datos se presentarán agrupados en tres grandes categorías, las que hacen referencia en primer lugar al perfil de estos pacientes que fueron atendidos en la institución, posteriormente las características del tratamiento recibido en el Centro y para finalizar las necesidades expuestas por estos adolescentes en torno a la obesidad y al tratamiento recibido en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). En cada una de estas categorías se incluirán las preguntas presentadas en las entrevistas que apuntan a los datos requeridos por cada una.

1. **Perfil del adolescente con sobrepeso y obesidad atendido en**

CANIA: se presentará una descripción de quince adolescentes que fueron entrevistados; en la que se expondrá su edad, sexo, estrato socioeconómico, peso, estatura, IMC, años de ingreso a la institución, tiempo de tratamiento en el Centro y si fueron remitidos por otra institución para ser atendidos en CANIA.

- ✓ **Variables sociodemográficas:** Las variables sociodemográficas están definidas por la edad y sexo de los adolescentes entrevistados, el estrato socioeconómico, determinado a través del método de Graffar y la escolaridad de cada adolescente.

Se entrevistaron quince adolescentes con edades comprendidas entre 14 y 18 años, siendo la media y la mediana de 15 años. De los participantes entrevistados prevalecieron los que tienen 14 años de edad y la desviación típica determinada por el programa estadístico fue de 1,19. En cuanto al sexo de los adolescentes entrevistados existió una preponderancia en el masculino de 60% sobre el femenino de 40%. La mayoría de los participantes entrevistados pertenecen al estrato D del método de Graffar ponderado con un valor de 13 a 16 puntos, lo que indica que se encuentran en una condición de muy bajos recursos tanto económicos como académicos.

- ✓ **Variables antropométricas:** Las variables antropométricas están definidas por la talla en centímetros, el peso en kilogramos y el IMC, estos estadísticos serán presentados como un resumen estadístico general de los 15 entrevistados, el cual contendrá la media, la mediana, la moda, el desvío típico y los rangos mínimos y máximos de la talla, el peso y el IMC.

Tabla N° 31. Resumen de los estadísticos descriptivos de las variables antropométricas.

Variable	Media	Mediana	Moda	Desv. Tip.	Rangos Mín-Máx
Talla en cms	165	170	1.70	9,14	150-181
Peso en Kgs	85,86	84	65 y 80	22,68	53-128
IMC(Kgs/m ²)	31,99	27,81	21,45	10,20	21,45-48,88

n=15

Se entrevistaron 15 adolescentes que medían entre 1.50 y 1.81 centímetros de estatura, siendo la media de 1.65; la mediana de 1.70; la moda de 1.70 y la desviación típica de 9.14. Con respecto al peso se entrevistaron adolescentes con pesos comprendidos entre 53 Kgs y 128 Kgs, la media fue de 85.86Kgs, la mediana de 84Kgs, la moda de 65 y 80Kgs y el desvío típico de 22.68. En cuanto al IMC la media que se obtuvo fue de 31.99, la mediana de 27.81, la moda de 21.45, el desvío típico de 10.20. Los IMC oscilaron entre 21.45 y 48.88.

2. Tiempo de los participantes en CANIA: el tiempo está definido por dos períodos: el primero se refiere al año en el que los adolescentes ingresaron a la institución para ser atendidos y el segundo está referido al periodo de tiempo que los adolescentes duraron en tratamiento en la institución; el cual contempla el rango de tiempo en el que observaron cambios en su peso corporal, si culminaron el periodo de intervención o si abandonaron el tratamiento, haciendo énfasis en las complicaciones que se pudieron presentar que obstaculizaron su asistencia al Centro y si fueron referidos de otras instituciones para ingresar a CANIA.

✓ **Año de Ingreso:** Año en el que los participantes ingresaron a CANIA para ser atendidos.

Tabla N° 32. Año de ingreso de los participantes a CANIA.

Año de ingreso de los participantes a la institución	Fr	%
No Contestó	4	26,7
2001	1	6,7
2002	1	6,7
2003	1	6,7
2004	1	6,7
2005	3	20,0
2006	1	6,7
2008	2	13,3

2010	1	6,7
n=15		

El 26,7% de los participantes no contestaron en qué año ingresaron a la institución por desconocimiento de la fecha; el 20% ingresó en el año 2005; el 13,3 ingresó en el año 2008 y un 6,7% de los participantes ingresaron en los años 2001, 2002, 2003, 2004, 2006 y 2010 respectivamente. Resulta importante destacar que el participante que ingresó en el presente año-(2010)- aún se encuentra en tratamiento en el Centro.

- ✓ **Listas de espera:** refiere si los participantes tuvieron que esperar algún tiempo para poder acceder al tratamiento que ofrece el Centro.

Como puede apreciarse en la Figura N° 2, el 67% que corresponde a 10 de los 15 participantes que fueron entrevistados, afirman que no existían listas de espera por lo que accedieron al servicio una vez que acudieron al mismo; por el contrario, el 33% afirma que si tuvieron que esperar para poder acceder al tratamiento.

Figura N° 2. Listas de espera para acceder al tratamiento.



- ✓ **Tiempo de intervención:** referido al tiempo en que los participantes a partir de su ingreso en la institución duraron en tratamiento, bien sea porque lo terminaron o porque lo abandonaron.

Un 26,7% de los participantes estuvieron en tratamiento en el rango de 6 meses a 1 año, el otro 26,7% estuvo de 3 a 6 meses, el 20% estuvo asistiendo a su tratamiento de 0 a 3 meses, el 13,3% estuvo 1 año a 2 años, un 6,7%

estuvo más de 2 años en intervención y el 6,7% restante no contestó cuánto tiempo duró en intervención.

Tabla N° 33. Tiempo de los participantes en tratamiento en CANIA.

Tiempo de intervención de los participantes	Fr	%
6 meses a 1 año	4	26,7
3 a 6 meses	4	26,7
0 a 3 meses	3	20
1 a 2 años	2	13,3
Más de 2 años	1	6,7
No Contestó	1	6,7

n=15

- ✓ **Tiempo para notar el cambio de peso corporal:** período de tiempo en el que los participantes comenzaron a notar cambios en su peso corporal.

Tabla N° 34. Tiempo para notar el cambio de peso corporal.

Tiempo para notar el cambio de peso corporal	Fr	%
0 a 3 meses	8	53,3
3 a 6 meses	3	20
No Contestó	2	13,3
6 meses a 1 año	1	6,7
1 a 2 años	1	6,7

n=15

El 53,3% de los participantes manifestó que tardaron de 0 a 3 meses para ver cambios en su peso corporal, el 20% de los participantes señaló que su tiempo de espera para visualizar cambios en el peso corporal fue de 3 a 6 meses, un 6,7% vio cambios en su peso corporal en un rango de tiempo de 6 meses a 1 año, el otro 6,7% vislumbró cambios en su peso en un rango de tiempo de 1 a 2 años y el 13,3% de los participantes no contestó la pregunta.

- ✓ **Culminación del tratamiento:** esta categoría incluye la información referente a si los participantes culminaron su tratamiento en la institución o en caso contrario si lo abandonaron; de ser así, las complicaciones que se le presentaron para culminar el esquema de su intervención.

Tabla N° 35. Participantes que culminaron el tratamiento.

Participantes que culminaron el tratamiento	Fr	%
No	10	73,3
Sí	5	13,3

n=15

El 73,3% que hace referencia a 10 de los 15 participantes no culminaron su tratamiento y el 13,3% culminaron su esquema de tratamiento establecido por la institución.

Tabla N° 36. Participantes que abandonaron el tratamiento.

Participantes que abandonaron el tratamiento	Fr	%
Si	9	60
No	6	40

n=15

En contraste con los resultados obtenidos en la tabla anterior con respecto a los pacientes que culminaron el tratamiento, se observa que el 60% de los participantes abandonaron su intervención y que el 40% no lo abandonó, sino que culminó, Sin embargo, hay un 6,7% dentro de este 40% que no abandonó su tratamiento, pero que tampoco lo ha culminado, es decir, aun está en intervención.

Tabla N° 37. Complicaciones que se le presentaron a los participantes para culminar el tratamiento en CANIA.

Complicaciones de los participantes para culminar el tratamiento	Fr	%
No mencionó complicaciones	9	60
Inasistencias a las citas	2	13,3
Coincidencia con el horario de clases	2	13,3
Incumplimiento de la dieta	1	6,7
Mudanza	1	6,7

n=15

Dentro de las complicaciones mencionadas por los participantes para culminar su tratamiento están las siguientes: con un 13,3% inasistencias injustificadas a las citas de consulta; el otro 13,3%, reportó inasistencias debido a las coincidencias con el horario de clases; un 6,7% manifestó que no culminó su tratamiento porque le fue imposible cumplir con la dieta recomendada en la institución, el otro 6,7% que alude a un participante, manifestó que no pudo culminar su tratamiento porque se mudó a otra zona a vivir con su padre y el 60% no mencionó ningún tipo de complicaciones.

- ✓ **Referido:** contempla si los adolescentes entrevistados fueron referidos de otras instituciones al Centro de Atención Nutricional Antímano para ser atendidos allí.

Tabla N° 38. Participantes referidos de otras instituciones.

Referido de otra institución	Fr	%
No	12	80
Sí	3	20

n=15

3. **Tratamiento recibido en CANIA:** esta categoría hace referencia a todo el esquema de tratamiento recibido por los pacientes con sobrepeso y obesidad. Estos aspectos indagados a través de la entrevista a los adolescentes resultaron elementales para el diseño del programa que propone esta investigación.

A continuación se expondrán las diferentes variables incluidas en esta categorización que permiten conocer el esquema de tratamiento de CANIA recibido por los adolescentes:

- ✓ **Áreas:** hace referencia hacia qué áreas estuvieron orientados los tratamientos recibidos por los adolescentes al ingresar a la institución; siendo que se cuenta con un equipo interdisciplinario compuesto por: una médico, una nutricionista, un psicólogo y una trabajadora social.

Tabla N° 39. Áreas de tratamientos recibidos por los participantes.

Áreas hacia las que estuvieron dirigidas los tratamientos para los participantes	Fr	%
Nutricional	13	86,7
Psicológica	4	26,7
Médica	4	26,7
Multimodal	3	20
Otra	1	6,7

n=15

Un 86,7% señaló que el tratamiento que recibió de la institución estuvo dirigido hacia el área nutricional, un 26,7% afirmó que su tratamiento estuvo orientado al área psicológica, otro 26% manifestó que el tratamiento estuvo orientado al área médica, un 20% reportó que su tratamiento estuvo orientado de forma multimodal, es decir, que incluye todas las áreas expuestas en la tabla N° 37 y

un 6,7% manifestó que su intervención incluyó el tratamiento de la sexualidad, categoría que se incluye dentro del área psicológica y médica.

- ✓ **Modalidad:** se refiere a la forma en que los participantes realizaron los tratamientos ofrecidos por la institución, es decir, de forma individual, grupal, mixta, en conjunto con sus familiares u otra.

Un 60% de los participantes manifestó que realizaron el tratamiento de forma individual, un 33,3% señaló que realizó el tratamiento en conjunto con sus familiares, un 20% de los participantes reportó que también realizó el tratamiento de forma grupal y sólo un 6,7% realizó el tratamiento de forma mixta.

Tabla N° 40. Modalidad de tratamiento.

Modalidad de Tratamiento	Fr	%
Individual	9	60
Con tus familiares	5	33,3
Grupal	3	20
Mixta	1	6,7
n=15		

- ✓ **Acompañantes:** debido a la política de seguridad bajo la que trabaja la institución, es necesario que todos los menores de edad que son atendidos en el Centro acudan en compañía de un representante familiar o si no de un representante institucional.

Tabla N° 41. Acompañantes de los participantes a CANIA.

Acompañantes de los participantes a CANIA	Fr	%
Mamá	13	86,7
Papá	5	33,3
Abuela (o)	3	20
Otros Familiares	1	13,3
Tía (o)	1	6,7
n=15		

Un 86,7% manifestó que fueron acompañados a la institución por sus madres, un 33,3% manifestó que estuvieron acompañados también por sus padres, un 20% reportó que sus abuelas (os) son quienes los acompañaron al Centro, el 13,3% señaló que otros familiares son quienes los acompañaron y un 6,7% manifestó que su tía (o) fue quien lo acompañó al Centro.

- ✓ **Análisis:** refiere si el profesional que atendió al participante realizó en conjunto con él un análisis de los pros y los contra de cada uno de los procedimientos existentes para dar solución a su problema.

Tabla N° 42. Análisis de los pros y contra de la intervención.

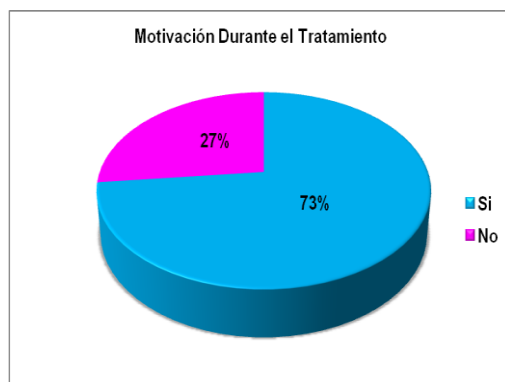
Análisis de los pros y contra de la intervención	Fr	%
Sí	11	73,3
No	3	20
No Contestó	1	6,7

n=15

El 73,3% de los participantes manifestó que el especialista sí se dedicó a la labor de realizar un análisis en conjunto con él de los pros y los contra de la intervención que se llevaría a cabo; por el contrario, un 20% reportó que dicho análisis no se llevó a cabo y el 6,7% no contestó la pregunta.

- ✓ **Motivación:** referido a si el participante se sintió motivado o no durante el tratamiento en el Centro.

Figura N° 3. Motivación de los participantes durante el tratamiento.

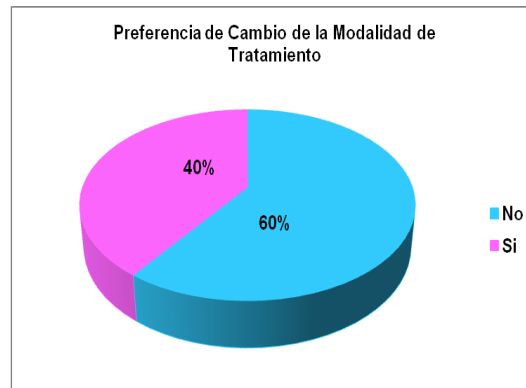


El 73% de los participantes se sintió motivado durante el tratamiento, ya que se enfocaron en la pérdida de peso y mejoramiento de la apariencia física. Aunado a esto se sintieron apoyados por sus familiares, el psicólogo y la nutricionista; por el contrario, el 27% manifestó no sentirse motivado, reportando que en ocasiones debido a la falta de interés propio, falta de apoyo de los familiares o especialistas, etc.

- ✓ **Preferencia de cambio de la modalidad de tratamiento:** se indagó con los participantes si estaban de acuerdo o no con la modalidad del tratamiento recibido, es decir, si les gustó que se hiciera de

forma individual, grupal, mixta o multimodal y en caso de ser negativa su respuesta a qué se debía.

Figura N° 4. Preferencia del cambio de la modalidad de tratamiento.



El 60% de los participantes manifestó estar de acuerdo con la modalidad de tratamiento recibido en la institución; por su parte, el 40% reportó que sí le gustaría que se hiciera de otra forma, entre ellas que fuese más dinámico y que el plan de alimentación se pueda generalizar a los familiares del participante para que este se sienta más motivado.

- ✓ **Posibilidad de elección:** referido a si a los participantes se les dio la posibilidad de poder elegir entre varios procedimientos médicos, nutricionales, psicológicos u cualquier otro antes de tomar la decisión de cumplir con el tratamiento de preferencia.

Tabla N° 43. Posibilidad de elección del tratamiento.

Posibilidad de los participantes de elegir su tratamiento	Fr	%
No	8	53,3
A veces	6	40
Sí	1	6,7
n=15		

El 53,3% manifestó que en la institución no se le dio la posibilidad de elegir entre varios procedimientos de intervención, el 40%, por el contrario, afirmó que en ocasiones se le dio oportunidad para elegir su tratamiento y el 6,7% reportó que sí se le dio la posibilidad de elegir.

- ✓ **Transmisión de la información:** plantea si la información a los participantes fue transmitida de forma individual, grupal, mixta o en conjunto con sus familiares en cuanto al diagnóstico y el tratamiento.

Tabla N° 44. Transmisión de la información a los participantes.

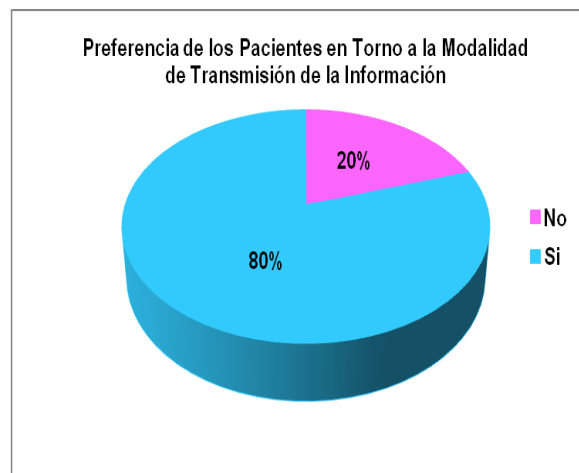
Transmisión de la información a los participantes	Fr	%
Individual	8	53,3
Con mis familiares	7	46,7
Grupal	2	13,3

n=15

Un 53,3% afirmó que la información en cuanto al diagnóstico y tratamiento se le suministró de forma individual, un 46,7% manifestó que la información le fue impartida en conjunto con sus familiares y un 13,3% reportó que la información le fue dada de forma grupal.

- ✓ **Preferencia de la información:** se les preguntó a los participantes si estaban de acuerdo en la modalidad con la que se le suministró la información.

Figura N° 5. Preferencia de los pacientes en torno a la modalidad de transmisión de la información.



El 80% de los participantes manifestó estar de acuerdo con la modalidad en la que se le transmitió la información, por el contrario el 20% de los participantes reportó que no está de acuerdo con la modalidad de transmisión de la información.

- ✓ **Entrega de material didáctico:** se les preguntó a los participantes si a ellos y a sus familiares se les había entregado un material didáctico o impreso y en qué momento de la intervención se les entregó, es decir, antes, durante y/o después de la intervención.

Tabla N° 45. Entrega de material didáctico a los participantes y familiares.

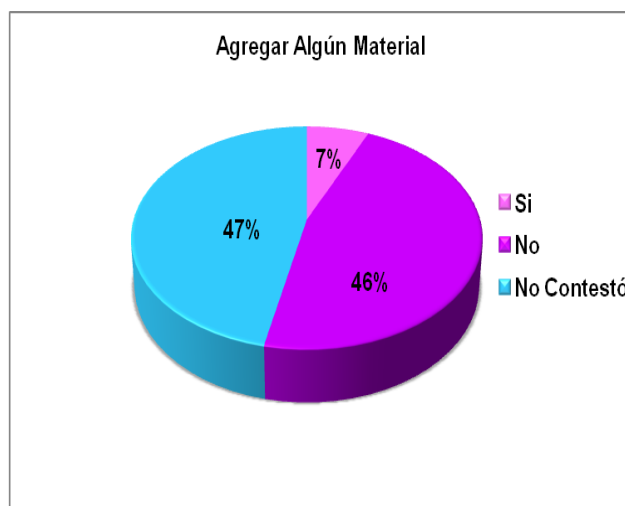
Entrega de material didáctico a los participantes y familiares	Fr	%
Durante la intervención	9	60
No recibí material didáctico	5	33,3
Antes de la intervención	3	20
Después de la intervención	1	6,7

n=15

Un 60% de los participantes manifestó que recibió el material didáctico durante la intervención, un 33,3% de los participantes manifestó que no recibió material didáctico, un 3% señaló que recibió el material antes de la intervención y un 6,7% reportó que recibió el material después de la intervención.

- ✓ **Agregar:** se le consultó a los participantes si se le podía agregar algo a los materiales que se les entregó.

Figura N° 6. Consideración de los participantes de agregar algún material



El 47% de los participantes no contestó, el 46% reportó que no agregaría ningún material y el 7% afirmó que agregaría un material; sin embargo, no contestó qué material ni por qué lo agregaría.

- ✓ **Reacción:** está definida por dos tipos de reacciones, la primera referida a la reacción que tuvo el participante ante el diagnóstico expuesto por los especialistas y la segunda, la reacción que tuvo el participante ante el tratamiento propuesto por los especialistas para dar solución a su problema.

Tabla N° 46. Reacción de los participantes ante el diagnóstico propuesto

Reacción de los participantes ante el diagnóstico propuesto	Fr	%
Me gustó y me alegré	6	40
Pudo haber sido mejor	4	26,7
No contestó	4	26,7
No me gustó	1	6,7
n=15		

El 40% de los participantes manifestó que el diagnóstico le gustó y se alegró, un 26,7% afirmó que el diagnóstico pudo haber sido mejor, el otro 26,7% no contestó cuál fue su reacción ante el diagnóstico y el 6,7% restante reportó que no le gustó el diagnóstico.

Tabla N° 47. Reacción de los participantes ante el tratamiento propuesto.

Reacción de los participantes ante el tratamiento propuesto	Fr	%
Me gustó y me alegre	6	40
Pudo haber sido mejor	4	26,7
No contestó	4	26,7
No me gustó	1	6,7
n=15		

El 40% de los participantes manifestó que el tratamiento le gustó y le alegró, un 26,7% afirmó que el tratamiento pudo haber sido mejor, el otro 26,7% no contestó cuál fue su reacción ante el tratamiento y el 6,7% restante reportó que no le gustó el tratamiento.

- ✓ **Expectativas:** se definen como las aspiraciones que los participantes manifestaron tener en torno al tratamiento y el grado en el que se cumplieron.

Como se aprecia en la Tabla N° 48, un 80% de los participantes manifestó que entre sus expectativas estaba el deseo de perder peso, también un 60% reportó que quería mejorar su calidad de vida, un 46,7% manifestó que quería mejorar su apariencia personal, un 46,7% señaló que deseaba lograr sentirse mejor consigo mismo y un 26,7% manifestó querer lograr con el tratamiento poder mejorar sus relaciones sociales.

Tabla N° 48. Expectativas de los participantes en torno al tratamiento.

Expectativas de los participantes en torno al tratamiento	Fr	%
Deseo de perder peso	12	80
Mejorar mi calidad de vida	9	60
Mejorar mi apariencia física	7	46,7
Sentirme mejor conmigo mismo	7	46,7
Mejorar mis relaciones sociales	4	26,7

n=15

Tabla N° 49. Grado de cumplimiento de las expectativas expuestas por los participantes.

Grado de cumplimiento de las expectativas de los participantes	Fr	%
Bajo	5	33,3
Alto	3	20
Moderado	3	20
Muy alto	2	13,3
Muy bajo	2	13,3

n=15

El 33,3% de los participantes manifestó que sus expectativas se cumplieron en un grado bajo, un 20% de los participantes expresó que sus expectativas se cumplieron en un grado alto, el otro 20% de los participantes reportó que sus expectativas se cumplieron en un grado moderado, un 13,3% manifestó que sus expectativas se cumplieron en un grado muy alto y antagónicamente el 13,3% restante señaló que sus expectativas se cumplieron en un grado muy bajo.

- ✓ **Grado de motivación:** está expresado por el grado de interés tanto de los participantes como de sus familiares en torno al tratamiento ofrecido por el Centro.

El 33,3% de los participantes manifestó que su motivación era baja, un 26,7% de los participantes expresó que su motivación era muy alta, un 20% de los participantes reportó que su motivación era moderada, un 13,3% manifestó que su motivación en torno al tratamiento fue alta y el 6,7% señaló que no tenía ninguna motivación.

Tabla N° 50. Grado de motivación de los participantes en torno al tratamiento.

Grado de motivación de los participantes	Fr	%
Bajo	5	33,3
Muy Alto	4	26,7
Moderado	3	20
Alto	2	13,3
Ninguno	1	6,7

n=15

Tabla N° 51. Grado de motivación de los familiares de los participantes en torno al tratamiento.

Grado de motivación de los familiares	Fr	%
Muy Alto	5	33,3
Alto	4	26,7
Moderado	4	26,7
Muy Bajo	1	6,7
Bajo	1	6,7
Ninguno	1	6,7

n=15

El 33,3% de los participantes manifestó que la motivación de sus familiares era muy alta, un 26,7% de los participantes expresó que la motivación de sus familiares era alta, el otro 26,7% de los participantes manifestó que la motivación de sus familiares era moderada, un 6,7% señaló el grado de motivación de sus familiares era muy bajo, otro 6,7% afirmó que la motivación de sus familiares era baja, y el 6,7% restante reportó que sus familiares no tenían ninguna motivación.

- ✓ **Calidad del servicio:** se refiere a cómo describirían los participantes la calidad del servicio que les brindó la institución.

Tabla N° 52. Calidad del servicio que brinda la institución.

Calidad del Servicio que brinda la Institución	Fr	%
Muy Alta	8	53,3
Alta	5	33,3
Moderada	2	13,3

n=15

El 53,3% de los participantes describió la calidad del servicio como muy alta, el 33,3% de los participantes describió la calidad del servicio como alta y el 13,3% restante la describió como moderada.

- ✓ **Programas de intervención:** se refiere a los programas dictados en la institución a los cuales asistieron los participantes.

Tabla N° 53. Talleres a los que asistieron los participantes.

Talleres a los que asistieron los adolescentes	Fr	%
Charla de crecimiento personal y cambio	8	53,3
Manejo de conductas alimentarias	8	53,3
Autoestima y desarrollo de fortalezas	8	53,3
Manejo de conductas inadecuadas en el niño	4	26,7
Aprendiendo a comer jugando	4	26,7
Grupos de estilo de vida saludable I	3	20
Grupos de estilo de vida saludable II	3	20
Comunicación efectiva y resolución de problemas	3	20
Otro	1	6,7
No asistió	1	6,7

n=15

Un 53,3% asistió a los talleres de charla de crecimiento personal y cambio, manejo de conductas alimentarias y autoestima y desarrollo de fortalezas; un 26,7% asistió a los talleres de manejo de conductas inadecuadas en el niño y aprendiendo a comer jugando; un 20% asistió a los talleres de grupo de estilo de vida saludable I y II y comunicación efectiva y resolución de problemas, un 6,7 asistió a otro taller el cual no mencionó y el 6,7% restante no asistió a ningún taller.

- ✓ **Tópico:** consideración por parte de los participantes de que se agregue algún tópico a los talleres impartidos en la institución.

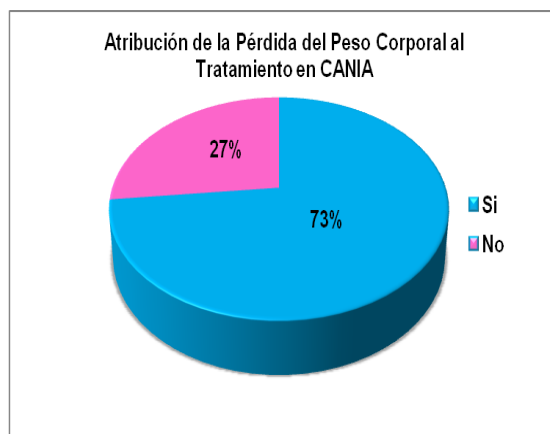
Figura N° 7. Consideración de los participantes que se agregue algún tópico a los programas.



El 74% de los participantes manifestó que no le agregaría ningún tópico a los programas impartidos en los talleres, un 13,3% afirmó que le agregaría algún tópico a los programas impartidos en la institución; sin embargo, no expuso qué tópico agregaría y el otro 13,3% no contestó la pregunta.

- ✓ **Pérdida de peso:** atribución de los participantes de la pérdida de peso al tratamiento recibido en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

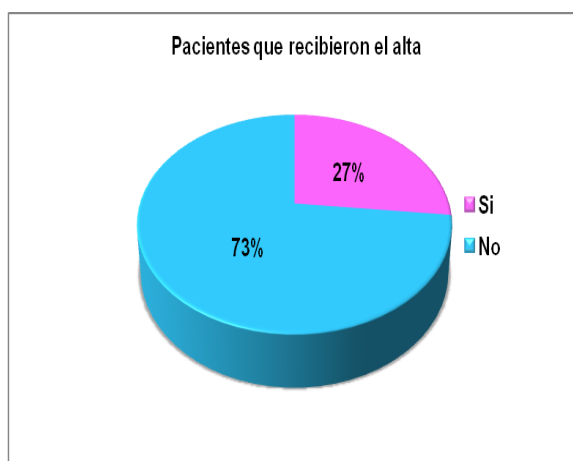
Figura N° 8. Atribución de la pérdida del peso corporal al tratamiento en recibido en CANIA.



El 73% de los participantes entrevistados manifestaron que su pérdida de peso se debió al tratamiento que recibieron en la institución; sin embargo, un 27% negó que la pérdida de peso se debiera al tratamiento recibido en la institución. Cabe destacar que este último porcentaje de participantes no culminaron el tratamiento en la institución y tampoco han mejorado su diagnóstico con otro tratamiento. Por lo tanto se puede afirmar en este sentido, que el tratamiento brindado por el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo resulta en cierto grado efectivo.

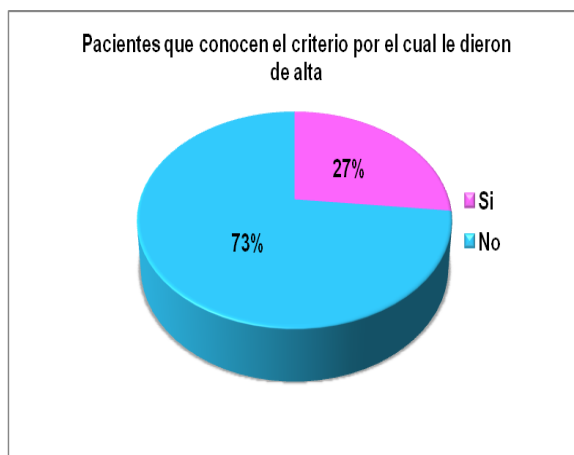
- ✓ **Alta:** una vez que el paciente ha terminado su esquema de tratamiento en la institución es dado de alta, por lo que se les preguntó a los pacientes si habían recibido el alta y si conocían el criterio por el cual lo habían recibido.

Figura N° 9. Participantes que recibieron el alta.



El 73% de los participantes no fue dado de alta, es decir, abandonó el tratamiento, sólo el 27% de los participantes recibieron el alta, culminando su esquema de tratamiento.

Figura N° 10. Participantes que conocen el criterio por el cual le dieron el alta.



El 73% de los participantes no fue dado de alta, por tanto esta pregunta no es aplicable a este porcentaje de los participantes, sólo el 27% de los participantes recibieron el alta, y desconocen el criterio por el cual ello sucedió.

- ✓ **Contacto con el Centro:** se refiere a la posibilidad que tienen la posibilidad de contactar a cualquiera de los profesionales que laboran dentro del equipo de obesidad.

Tabla N° 54. Contacto posterior con el Centro.

Vías de contacto posterior de los participantes con la institución	Fr	%
Asistencia al Centro	8	53,3
Vía telefónica	4	26,7
No contestó	2	13,3
Otros	1	6,7

n=15

El 53,3% de los participantes manifestó que su contacto posterior con el centro fue a través de la asistencia al mismo, el 26,7% señaló que a través de comunicación telefónica, un 6,7% reportó otros y el 13,3% restante no contestó.

- ✓ **Apoyo:** concebido como la ayuda percibida y recibida por una persona a través de los lazos sociales como resultado de su interacción con otros individuos, grupos y comunidad total (Lin y cols., 1981 c.p. Martín, Chacón y Martínez, 1993).

Tabla N° 55. Vínculos de apoyo brindado y percibido entre los participantes.

Vínculos de apoyo brindado y percibido entre los participantes	Fr	%
No	6	40
Si	5	33,3
A veces	4	26,7

n=15

El 40% de los participantes manifestó que no brindó ni percibió apoyo por los demás participantes, el 33,3% por el contrario, afirmó que brindó apoyo y también lo percibió y el 26,6% restante señaló que sólo a veces brindó y recibió apoyo.

- ✓ **Adaptación:** refiere el grado de adaptación de los participantes y sus familiares a su nuevo estilo de vida percibido por los participantes.

El 26,7% manifestó un grado moderado de adaptación a su nuevo estilo de vida, un 20% reportó un grado muy bajo de adaptación a su nuevo estilo de vida, otro 20% señaló un grado muy alto de adaptación a su nuevo estilo de vida, otro 20% indicó un grado alto de adaptación a su nuevo estilo de vida y el 13,3% restante manifestó un grado bajo de adaptación a su nuevo estilo de vida.

Tabla N° 56. Adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida.

Adaptación de los pacientes a su nuevo estilo de vida	Fr	%
Moderado	4	26,7
Muy Bajo	3	20
Muy Alto	3	20
Alto	3	20
Bajo	2	13,3

n=15

Tabla N° 57. Adaptación de los familiares de los pacientes a su nuevo estilo de vida.

Adaptación de los familiares al nuevo estilo de vida del participante	Fr	%
Alto	4	26,7
Bajo	4	26,7
Muy Alto	3	20
Moderado	3	20
Muy Bajo	1	6,7

n=15

El 26,7% manifestó que percibió un grado alto de adaptación por parte de sus familiares a su nuevo estilo de vida, otro 26,7% reportó que percibió un grado bajo de adaptación por parte de sus familiares a su nuevo estilo de vida, un 20% señaló que percibió un grado muy alto de adaptación por parte de sus familiares a su nuevo estilo de vida, otro 20% indicó que percibió un grado moderado de adaptación por parte de sus familiares a su nuevo estilo de vida y el 6,7% restante manifestó que percibió un grado bajo de adaptación por parte de sus familiares a su nuevo estilo de vida.

- ✓ **Modificación de hábitos:** grado en que los participantes modificaron sus hábitos alimenticios y de ejercicio.

Tabla Nº 58. Grado en que los participantes modificaron sus hábitos alimenticios y de ejercicio.

Grado en que los participantes modificaron sus hábitos alimenticios y de ejercicio	Fr	%
Moderado	5	33,3
Muy Alto	4	26,7
Alto	2	13,3
Muy alto	2	13,3
Muy Bajo	2	13,3

n=15

El 33,3% de los participantes reportó que modificó sus hábitos de alimentación y práctica de ejercicio físico en un grado moderado, el 26,7% de los entrevistados indicó que modificó sus hábitos en un grado muy alto, el 13,3% de los participantes señaló que modificó sus hábitos en un grado alto, otro 13,3% indicó que modificó sus hábitos de alimentación y ejercicio en un grado muy alto y el 13,3% restante manifestó que su modificación fue muy baja.

- ✓ **Adhesión al tratamiento:** referido al grado de seguimiento de las prescripciones impartidas por los diversos profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, durante y después de la intervención.

Tabla N° 59. Grado en que los participantes siguieron las instrucciones impartidas por los especialistas durante y después del tratamiento.

Grado en que los participantes siguieron las instrucciones impartidas por los especialistas durante y después del tratamiento	Fr	%
Moderado	4	33,3
Muy bajo	4	26,7
Bajo	3	20
Muy alto	2	13,3
Ninguno	2	13,3
n=15		

El 33,3 % de los participantes manifestó tener un grado moderado de adhesión al tratamiento, 26,7% señaló tener un grado muy bajo de adhesión al tratamiento, el 20% indicó tener un grado bajo de adhesión al tratamiento, un 13,3% reportó tener un grado muy alto de adhesión al tratamiento y el otro 13,3% restante indicó que no tiene ningún grado de adhesión al tratamiento.

4. Necesidades percibidas por los adolescentes en torno a la

obesidad: de la entrevista que se le realizó a los participantes se pudo extraer información importante y útil en cuanto a las necesidades percibidas de estos adolescentes con respecto al sobrepeso y obesidad. Entre ellas resaltan algunas áreas en las que se debe trabajar: hábitos alimenticios, autocontrol, habilidades sociales, grupo de apoyo, desempeño en actividad física y autoestima, información acerca de la obesidad como enfermedad e intereses.

Esta información fue de gran interés y utilidad para la construcción del diseño propuesto en esta investigación para el tratamiento que se les brinda a los adolescentes que presentan sobrepeso y obesidad que acuden al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

- ✓ **Motivación:** perfila el interés principal que motiva a los adolescentes a acudir al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.

Tabla N° 60. Principal motivación de los participantes para asistir a CANIA.

Principal motivación para asistir a CANIA	Fr	%
Mejorar tu salud	12	80
Mejorar tu apariencia física	8	53,3
Mejorar tu desempeño en actividades físicas	6	40
Mejorar tu autoestima	5	33,3
Mejorar tus relaciones sociales	3	20

n=15

Un 80% de los participantes señaló que su principal motivación para acudir a CANIA fue mejorar su salud, un 53,3% manifestó que su principal motivación para acudir a CANIA fue mejorar su apariencia física, el 40% reportó que su principal motivación para acudir a CANIA fue mejorar su desempeño en actividades físicas, un 33,3% indicó que su principal motivación para acudir a CANIA fue mejorar su autoestima y un 20% señaló que su principal motivación para acudir a CANIA fue mejorar sus relaciones sociales.

- ✓ **Asistencia a CANIA:** referido al criterio por el cual los participantes acudieron a CANIA: iniciativa propia, sugerencia de padres/familia, indicaciones de profesionales u otra.

Tabla N° 61. Criterio por el cual los participantes acudieron a CANIA.

Criterio por el cual los participantes acudieron a CANIA	Fr	%
Sugerencia de padres/familia	10	67,7
Indicación de profesionales	5	33,3
Iniciativa propia	2	13,3
Otra	1	6,7

n=15

Un 67,7% afirma que acudió a CANIA por sugerencia de padres/familia, un 33,3% manifestó que acudió a CANIA por indicación de profesionales, un 13,3% reportó que asistió a CANIA por iniciativa propia y el 6,7% asistió por otra razón la cual no mencionó.

- ✓ **Conciencia de enfermedad:** Grado en que el participante sabe que está enfermo. Se dice que es alta cuando el paciente tiene claro que tiene una enfermedad y cuál es (obesidad). Es baja (falta de conciencia de enfermedad) si el paciente no admite que está enfermo o aún reconociendo que tiene algún problema no lo atribuye a la enfermedad que se le ha diagnosticado.

Tabla N° 62. Percepción de la obesidad como enfermedad por parte de los participantes.

Percepción de enfermedad de los participantes	Fr	%
Si	12	80
No	3	20

n=15

El 80% de los participantes reconoció la obesidad como una enfermedad que padecen, por el contrario un 20% correspondiente a tres participantes afirmaron no tener obesidad. Es importante destacar que esto no implica que los 3 participantes no posean un criterio de realidad en cuanto a la enfermedad que padecen, sino actualmente no padecen la enfermedad de acuerdo al dato obtenido del cálculo de su IMC.

- ✓ **Definición de obesidad:** Referido a la significación que cada participante le dio al término de obesidad.

Tabla N° 63. Definición de obesidad.

Definición de obesidad de los participantes	Fr	%
Problemas relacionados con el peso corporal	7	46,7
Problemas relacionados con la salud	4	26,7
Problemas relacionados con el desempeño en actividad física	4	26,7
No contestó	2	13,3
Problemas relacionados con las relaciones sociales	1	6,7

n=15

Un 46,7% definió la obesidad en términos de problemas relacionados con el peso, un 26,7% la definió como problemas relacionados con la salud, otro 26,7% definió la obesidad como problemas relacionados con el desempeño en actividad física, un 13,3% no contestó la pregunta y un 6,7% definió la obesidad también como problemas relacionados con las interacciones sociales.

- ✓ **Aspectos afectados:** consideración por parte de los participantes de que la obesidad como enfermedad afecta uno o varios aspectos de su vida.

Un 80% de los participantes reconoció que la obesidad afecta su salud física en cuanto al correcto funcionamiento de sus órganos, un 66,7% considera que la obesidad afecta su apariencia física, limitando el arreglo personal y escogencia de las prendas de vestir, debido a la falta de una talla apropiada; un 60% de los

participantes manifestó que la obesidad afecta su autoestima. Este porcentaje considera que no podrán obtener un cambio de peso corporal a pesar del tratamiento y no se sienten a gusto consigo mismos. Un 53,3% reportó que la obesidad limita su desempeño en las actividades físicas, debido a la fatiga que le produce realizar ejercicio. Un 40% de los participantes indicó que debido a la obesidad sus relaciones sociales se han visto afectadas, debido al rechazo por parte de las personas que los discriminan por su peso; un 26,7% señaló que su desempeño en actividades académicas se ha visto afectado por causa de la obesidad limitando el ingreso a estudios técnicos superiores que requieren mayor destreza y habilidades físicas; un 13,3% indicó que su sexualidad se ha visto afectada debido a la obesidad y un 13,3% señaló que ningún área se ha visto afectada.

Tabla Nº 64. Áreas afectadas por la obesidad.

Áreas Afectadas por la Obesidad	Fr	%
Salud	12	80
Apariencia física	10	66,7
Autoestima	9	60
Desempeño en actividades físicas	8	53,3
Relaciones sociales	6	40
Actividades académicas	4	26,7
Sexualidad	2	13,3
Ninguna	2	13,3

n=15

- ✓ **Afirmaciones con las que te identificabas y te identificas:** se indagó a través de la entrevista a los participantes las áreas que mayormente se ven afectadas por la obesidad, Esto se hizo a través de 33 afirmaciones, en las que debían colocar si se identificaban en el pasado y actualmente con las mismas. Dichas afirmaciones apuntan a 6 diferentes dimensiones, a saber: hábitos alimenticios, autocontrol, habilidades sociales, autoestima, grupos de apoyo y desempeño en actividades físicas.

Los resultados obtenidos a partir de esta pregunta resultaron de gran utilidad para el desarrollo del programa que se propone en la presente investigación con el fin de optimizar el tratamiento que se ofrece a los adolescentes con sobrepeso y obesidad en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo. Estos se presentan a continuación en la Tabla Nº65.

Tabla N° 65. Afirmaciones con las que los pacientes se identificaban antes y ahora.

Dimensiones	Afirmación	Antes		Ahora	
		Fr	%	Fr	%
Hábitos Alimenticios	1. Como muy rápido y sin masticar bien la comida	10	66,7	5	33,3
	2. Mido la cantidad de alimento que voy a consumir en cada comida	6	40	8	53,3
	3. Mientras como realizo otras actividades como ver televisión, leer, jugar, etc	11	73,3	8	53,3
	4. No tengo un horario fijo para cada comida	5	33,3	10	66,7
	5. Prefiero comer alimentos "chatarras" que la comida que llaman "saludable"	8	53,3	3	20
	6. Prefiero tomar refrescos antes que cualquier otra bebida, como por ejemplo agua	12	80	3	20
Autocontrol	7. Constantemente pienso en los alimentos que no debería comer (frituras, refrescos, chucherías)	11	73,3	7	46,7
	8. En la merienda del colegio prefiero comprar la comida en la cantina que llevármela de mi casa	10	66,7	5	33,3
	9. Se me dificulta mantener una dieta balanceada	6	40	7	46,7
	10. Si siento hambre, como aunque ya haya comido	7	46,7	5	33,3
Habilidades Sociales	11. Me cuesta expresar mis pensamientos, ideas y emociones con respecto a mi problema de obesidad	8	53,3	3	20
	12. No intento tener novio (a) porque soy poco atractivo (a)	7	46,7	4	26,7
	13. Si me ofrecen alguna comida o bebida que no debo consumir, aunque esté saciado (a) no sé decir que No	9	60	3	20
	14. Si me ofrecen alguna comida que no debería comer me es imposible decir que No	8	53,3	3	20
	15. Siento miedo de conocer nuevas personas porque podrían rechazarme	6	40	4	26,7
Autoestima	16. Evito que las personas me vean en traje de baño	10	66,7	3	20
	17. He descuidado mi apariencia personal porque no vale la pena que me arregle	8	53,3	3	20
	18. Las personas se burlan de mí y me rechazan por ser obeso (a)	8	53,3	2	13,3
	19. Me desagrada ver mi imagen reflejada en el espejo	8	53,3	3	20
	20. Me produce repugnancia mi cuerpo	7	46,7	4	26,7
	21. Me siento poco atractivo (a) por ser obeso (a)	7	46,7	5	33,3
	22. Me siento tan mal conmigo mismo que incluso he llorado por eso	5	33,3	4	26,7
	23. No creo que sea capaz de bajar de peso	9	60	6	40
Grupos de Apoyo	24. Me gustaría tener un compañero (a) para hacer ejercicio	7	46,7	8	53,3
	25. Si contara con el apoyo de alguien que también fuese obeso (a) sería más sencillo para mí cumplir con las instrucciones de los especialistas	7	46,7	7	46,7
	26. Si tuviera un compañero (a) que me apoyara y realizara conmigo las actividades que me indican los especialistas sería más fácil para mí cumplir con el tratamiento	6	40	8	53,3
	27. Siento que no tengo ningún amigo que entienda mi problema de obesidad	10	66,7	3	20
Desempeño en Actividad Física	28. Al trasladarme aunque la distancia sea corta utilizo transportes automotores (motos, carros, metro) en vez de caminar	6	40	3	20
	29. Evito/ me desagrada hacer ejercicio físico porque sudo mucho	9	60	4	26,7
	30. Me siento cansado (a) rápidamente cuando realizo algún deporte o bailo	7	46,7	5	33,3
	31. Permanezco gran parte del día viendo televisión, en la computadora o jugando video juegos	6	40	6	40
	32. Siento dolor en las rodillas cuando realizo alguna actividad física	4	26,7	5	33,3
	33. Tengo mucha fatiga cuando subo escaleras	4	26,7	8	53,3

A continuación se presentarán los resultados obtenidos de las afirmaciones agrupando los ítemes de acuerdo a la dimensión a la que pertenecen.

a. Hábitos alimenticios: dentro de esta categoría se enmarcan 6 afirmaciones que permitieron conocer cuáles eran y son los hábitos alimenticios de los participantes.

Con respecto a la afirmación “Como muy rápido sin masticar bien la comida”, el 67% de los participantes manifestó que antes comía muy rápido y sin masticar bien la comida y ahora sólo el 33% mantiene el hábito. Esto es probable que se deba al tratamiento recibido en la institución, ya que la frecuencia de ocurrencia disminuyó de 10 a 5.

En la afirmación “Mido la cantidad de alimento que voy a consumir en cada comida” el 40% de los participantes manifestó que antes medía la cantidad de alimento que iba a consumir en cada comida y ahora es mayor el porcentaje de participantes que miden la cantidad de comida (53,3%). Es notable que la frecuencia aumentó de 6 a 8 participantes.

En el ítem N° 3 “Mientras como realizo otras actividades como ver televisión, leer, jugar, etc”, el 73% de los participantes practicaba este hábito; en la actualidad, el 53,3% de los participantes lo hace; indicando que la frecuencia disminuyó de 11 a 8.

En el ítem N° 4 “No tengo un horario fijo para cada comida” el 33,3% de los participantes practicaba antes este hábito; actualmente el 66,7% de los participantes tiene un horario fijo para cada comida, quiere decir que la frecuencia aumentó de 5 a 10.

En la afirmación: “Prefiero comer alimentos chatarra que la comida que llaman saludable”, el 53,3% de los participantes indicó que antes prefería comer alimentos “chatarra” a la comida que llaman “saludable”. Actualmente sólo el 20% de los participantes mantienen el hábito, lo que indica que la frecuencia ha disminuido de 8 a 3.

En la afirmación “Prefiero tomar refrescos antes que cualquier otra bebida, como por ejemplo agua” el 80% de los participantes prefería tomar refrescos antes que agua. Ahora sólo el 20% prefiere los refrescos antes que el agua, lo que refleja una disminución de la frecuencia de 12 a 8.

Con respecto a la dimensión de hábitos alimenticios, puede observarse que los participantes mantenían patrones incorrectos de alimentación, lo cual repercutió en su condición de salud y por ende en su peso corporal. Estos hábitos de alimentación incorrectos se encuentran, según Amador (2000) influenciados en cierto grado por los hábitos familiares, la vinculación social con sus pares, la creciente preocupación acerca de la imagen corporal y por las necesidades de energía alimentaria.

Tal y como lo menciona Saldaña (1991), esta dimensión se debe considerar prioritaria mediante la intervención psicológica de la obesidad, ya que el cambio de los patrones alimentarios debe corregirse hasta que se restaure el balance energético en el infante; por lo que debe hacerse seguimiento a la evolución o en caso contrario a la involución del tratamiento del adolescente, para tomar las medidas que sean necesarias.

Al respecto cabe destacar que CANIA como uno de los pocos centros de atención de la malnutrición tanto por exceso como por déficit de la población infantil, se ocupa de estimular el cambio de hábitos de alimentación inadecuados y promover un estilo de vida saludable tanto en la población infantojuvenil como en su círculo familiar, influyendo este último como principal agente de éxito en el tratamiento y como modificador de los hábitos incorrectos por aquellos deseados. A pesar de la gran labor que se lleva a cabo en este Centro, puede inferirse que ha descuidado una de las etapas fundamentales según Saldaña (1991) el seguimiento del mantenimiento y ejecución de las conductas enseñadas, una vez que el paciente ya ha culminado el tiempo de su intervención.

b. Autocontrol: esta categoría está constituida por 4 afirmaciones que indican en cierto grado el autocontrol que poseen los participantes sobre sus conductas.

El ítem N° 8 es “Constantemente pienso en los alimentos que no debería comer (frituras, refrescos, chucherías)”. En este el 73,3% de los participantes afirmó que constantemente pensaba en los alimentos que no debería comer; actualmente el porcentaje disminuyó a un 46,7% lo cual incide en la frecuencia, siendo antes de 11 y ahora de 7.

En la afirmación “En la merienda del colegio prefiero comprar la comida en la cantina que llevármela de mi casa”, el 66,7% de los participantes reportó que antes prefería comprar la comida en la cantina que llevársela de su casa. Ahora sólo el 33,3% afirmó realizar esta conducta.

El ítem N° 10 propone “Se me dificulta mantener una dieta balanceada”, el 40% de los participantes manifestó ante esta afirmación que antes se les dificultaba mantener una dieta balanceada y ahora el 46,7% de los participantes reporta que se le dificulta mantener una dieta balanceada. Como se ha podido observar el porcentaje aumentó y la frecuencia también de 6 a 7.

Con respecto al ítem N° 11 “Si siento hambre, como aunque ya haya comido”, el 46,7% de los participantes señaló que antes si sentían hambre comían a pesar de que ya hubiesen comido, ahora sólo el 33,3% de los participantes realiza esta conducta, por tanto la frecuencia disminuyó de 7 a 5.

Es notable que los adolescentes que participaron en la investigación indicaron tener déficit en el control de sus propias conductas (pensamientos); a pesar de ello en la actualidad reportan tener un mayor control.

El autocontrol se fundamenta en la existencia de conductas tales como: pensamientos, fantasías e imágenes que sólo son accesibles al propio sujeto. De allí radica la importancia del entrenamiento en esta dimensión, pues el ente terapéutico debe plantearle alternativas de respuestas al adolescente que sirvan para motivar sus creencias sobre el cambio, transformándolo en positivo y factible para ellos y en la necesidad de enseñar al adolescente cómo manejar posibles recaídas o nuevos problemas (Thorense y Mahoney, 1974; Labrador, Cruzado, y Muñoz, 1993). Un ejemplo de ello es que afirman que se les dificulta mantener una dieta balanceada.

Por medio de los resultados obtenidos de las entrevistas realizadas a adolescentes y profesionales de la institución se consideró sumamente importante incluir el autocontrol como una dimensión de alta relevancia dentro del diseño del programa, ya que a través de este se podrá entrenar a los adolescentes en estrategias de autoobservación y autoregistro, que les permitirán conocer, evaluar y modificar sus propias conductas. Dichas herramientas son definidas por Ávila (1990 c.p. Rosa, Sánchez y Olivares, 1999); Labrador y Muñoz (1973); y Thorense y Mahoney (1974) como técnicas

para facilitar el cambio de conducta, que pretenden aumentar la motivación de la persona, incidiendo en su adhesión al tratamiento.

c. Habilidades Sociales: dentro de esta categoría se enmarcan 5 afirmaciones que describen hasta cierto punto las relaciones sociales de los participantes.

En la afirmación “Me cuesta expresar mis pensamientos, ideas y emociones, con respecto a mi problema de obesidad”, el 53,3% de los participantes manifiesta que antes le costaba expresar sus pensamientos, ideas y emociones, con respecto a su problema de obesidad, actualmente el porcentaje de participantes con esta dificultad ha disminuido a 20% siendo antes la frecuencia de 8 y ahora de 3.

En la afirmación “No intento tener novia (o) porque soy poco atractivo (a)”, el 46,7% de los participantes señaló que antes no intentaba tener novia (o) porque se consideraba poco (a) atractivo (a), ahora esto ha disminuido a un 26,7% por lo que se puede afirmar que ahora este porcentaje de participantes se considera más atractivo por lo cual intenta tener novio (a) o que se considera atractivo (a) porque su peso ha disminuido.

En el ítem N° 14 “Si me ofrecen alguna comida o bebida que no debo consumir, aunque esté saciado (a) no sé decir que No”, el 60% de los participantes indicó que antes no sabía decir que no si le ofrecían alguna comida a pesar de que estuviese saciado. Actualmente sólo el 20% de los participantes señala mantener esta conducta, lo cual refleja que la frecuencia ha disminuido de 9 a 3.

En el ítem N° 15 “Si me ofrecen alguna comida que no debería comer me es imposible decir que No”, el 53,3% de los participantes manifestó que antes si le ofrecían alguna comida que no debía comer le era imposible decir que No; ahora sólo un 20% indica mantener la dificultad, reduciendo así la frecuencia de 8 a 3.

En el ítem N° 16 “Siento miedo de conocer nuevas personas porque podrían rechazarme”, el 40% de los participantes reportaron que antes tenían miedo de conocer a nuevas personas por temor al rechazo. A pesar del rechazo ahora sólo el 26,7% manifiesta sentir miedo de conocer a nuevas personas, habiéndose disminuido la frecuencia de 6 a 4.

Al observar los resultados obtenidos en la frecuencia de los participantes que antes se identificaban con las afirmaciones propuestas en la dimensión de habilidades sociales, resulta importante resaltar que la obesidad es una enfermedad multifactorial que influye y afecta en todos los aspectos de la vida del ser humano; generando un déficit específicamente en la función psicosocial (McCarthy, 1990; Schwalbrg, Barlow, Alger y Howard, 1992; Casas y Capafons, 1996, c.p., Iruarrizaga, Romero, Camuñas, Rubio y Cabrerizo, 2001).

Por tal motivo, resulta importante incluir este aspecto dentro del entrenamiento que se les brinda a las personas que presentan sobrepeso y obesidad, con el fin de contribuir en mejorar su capacidad para adaptarse al medio social, obtener reforzamiento del ambiente y mejorar así su autoconcepto y autoestima.

Al incluir la asertividad dentro del programa de intervención, entendida como el conjunto de conductas emitidas por una persona en un contexto interpersonal, en el que es capaz de expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos; acorde con la situación y respetando esas mismas conductas de los demás (Caballo, 1986), se les enseñará a los participantes a que aprendan a decir no y a realizar peticiones, que entre otros aspectos constituyen uno de los problemas fundamentales de la persona con sobrepeso u obesidad debido quizás al temor a ser evaluado negativamente o ser rechazado (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal, 1997).

Investigaciones como la realizada por Iruarrizaga y cols., (2001) apoyan que la incorporación de este tipo de estrategias, como las técnicas en asertividad, en los programas dirigidos a personas con sobrepeso y obesidad, puede ser pertinente y útil en tanto puede conducir a la obtención de resultados exitosos.

d. Autoestima: esta dimensión está constituida por 8 afirmaciones que indican el autoconcepto que cada uno de los participantes tiene y el valor personal que le atribuye a ese concepto de sí mismo (Olivia, 1999).

En la afirmación “Evito que las personas me vean en traje de baño”. El 66,7% de los participantes indicaron que antes evitaban que las personas los vieran en traje de baño, actualmente ha ocurrido un cambio, solo el 20% evita exhibirse en traje de baño, por tanto se afirma que la frecuencia ha disminuido de 10 a 3, esto se puede deber a la pérdida de peso.

En la siguiente afirmación: “He descuidado mi apariencia personal porque no vale la pena que me arregle”; antes el 53,3% de los participantes indicó que consideraba que no valía la pena arreglarse, ahora la frecuencia ha disminuido de 8 a 3, por lo que el porcentaje de participantes que considera que no vale la pena arreglarse es de 20%.

En la afirmación “Las personas se burlan de mí y me rechazan por ser obeso (a)”, el 53,3% de los participantes entrevistados afirmó que antes consideraba que las personas se burlaban y los rechazaban por ser obesos; ahora sólo el 13,3% se identifica con esa afirmación, es decir que la frecuencia disminuyó de 8 a 2.

En el ítem N° 20 “Me desagradaba ver mi imagen reflejada en el espejo”, el 53,3% de los participantes indicó que antes le desagradaba ver su imagen reflejada en el espejo, ahora sólo el 20% de los participantes manifiesta identificarse con esta afirmación. La disminución del porcentaje y de la frecuencia de 8 a 3 se puede deber a la pérdida de peso.

En el ítem N° 21 “Me produce repugnancia mi cuerpo”, el 46,7% de los participantes manifestó que antes se identificaba con esa afirmación; sin embargo, ahora sólo el 26,7% considera que su cuerpo le produce repugnancia, habiéndose disminuido la frecuencia de 7 a 4.

En la afirmación “Me siento poco atractivo (a) por ser obeso (a)”, el 46,7% de los participantes afirmó que antes se sentían poco atractivos (as) por ser obesos (as), ahora el porcentaje ha disminuido a un 33,3%, lo cual incidió en la frecuencia disminuyendo también de 7 a 5, se puede afirmar entonces que los participantes ahora se consideran más atractivos (as) debido a que su peso ha disminuido.

En la afirmación “Me siento tan mal conmigo mismo que incluso he llorado por eso”, el 33,3% de los participantes afirmó que antes se identificaba con la afirmación, ahora ese porcentaje ha disminuido a un 26,7%. A pesar de que ha disminuido la frecuencia y el porcentaje, el cambio no es tan notable ya que sólo disminuyó la frecuencia en un punto.

En la afirmación “No creo que sea capaz de bajar de peso”, el 60% de los participantes indicó que antes no creían que fuesen capaces de bajar de peso. Este porcentaje actualmente ha disminuido a un 40% los que se identifican con

esa afirmación. Estos resultados también se han visto reflejados en la frecuencia habiendo disminuido de 9 a 6.

En los resultados obtenidos anteriormente se pudo observar que la dimensión de autoestima se constituye, entre otros factores, principalmente por el valor que el adolescente le atribuye a su apariencia física y esto incide directamente en el autoconcepto que la persona tiene de sí misma y la valía que se otorga. Por ello es de suma importancia abordar este aspecto dentro del diseño del programa que se propone en la presente investigación, ya que cuando el adolescente obeso comienza a notar déficits en su desempeño, en alguna de las dimensiones que resulten importantes para él, su autoconcepto y autoestima se encontrarán afectadas, independientemente que pueda tener dominio y un alto nivel de desempeño en otras dimensiones que no sean tan importantes para él incidiendo en los resultados que se puedan obtener en el tratamiento (Oliva,1999).

e. Grupos de Apoyo: esta dimensión está compuesta por 4 afirmaciones que apuntan hacia la necesidad de los participantes de contar con el apoyo de otras personas para realizar las actividades propuestas en la intervención. El apoyo social son provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (Lin, Dean y Ensel, 1986, c.p Lois, 2003).

En el ítem N° 25 “Me gustaría tener un compañero (a) para hacer ejercicio”, el 46,7% de los participantes se identificó antes con la afirmación, ahora el porcentaje ha aumentado a un 53,3% señalando que les gustaría tener un compañero para hacer ejercicio. Debido al resultado obtenido se debe prestar mayor atención al trabajo en grupo en el tratamiento que ofrece la institución.

El ítem N° 26 “Si contara con el apoyo de alguien que también fuese obeso (a) sería más sencillo para mí cumplir con las instrucciones de los especialistas”, el 47,7% de los participantes indicaron que tanto antes como ahora se sienten identificados con la afirmación, por lo que resulta importante reforzar este aspecto dentro del tratamiento brindado en la institución.

En la afirmación “Si tuviera un compañero (a) que me apoyara y realizara conmigo las actividades que me indican los especialistas, sería más fácil para mí cumplir con el tratamiento”, el 40% de los participantes manifestó sentirse

identificado antes con la afirmación propuesta y ahora también con un incremento del porcentaje a un 53,3%, lo cual incide en la frecuencia viéndose aumentada de 6 a 8. Los resultados obtenidos apuntan a que la adhesión al tratamiento puede incrementarse si se trabaja con apoyo grupal (Levine y Perkins, 1987 y González, 1998; c.p Lois, 2003).

En la afirmación “Siento que no tengo ningún amigo que entienda mi problema de obesidad”, antes un 66,7% de los participantes afirmaron sentir que no tenían ningún amigo que entendiera su problema de obesidad; por el contrario, eso ahora ha cambiado ya que el porcentaje se redujo a 20%, influyendo en la frecuencia que antes era de 10 y ahora de 3.

A través del diagnóstico de necesidades realizado a partir del reporte de los adolescentes que asistieron a CANIA, se pudo llegar a la conclusión que esta población requiere que se fomente el trabajo en equipo en el tratamiento brindado en la institución, ya que esto pudiese incidir positivamente en su adhesión al mismo. Esto es cónsono con lo que plantea Gottieb (1988, c.p Lois, 2003) quien describe el resultado de las intervenciones basadas en el apoyo social como positivo, debido al efecto que este tiene sobre la salud y el bienestar.

Aunado a ello, tal y como lo expresa el autor, estas intervenciones promueven la participación, son más ecológicas, accesibles, aumentan la capacidad de afrontar situaciones de estrés, ubican al ser humano como un ente activo y responsable de sus acciones dotándolo de mayores competencias personales y sociales. Uno de los aspectos más importantes de este tipo de apoyo no sólo es el percibido por las personas directamente implicadas, que para el presente caso serían los adolescentes, sino que también repercute positivamente en las personas relacionadas con ellas como sus familiares.

El diseño de tratamiento que se propone en la siguiente investigación consideró el desarrollo de actividades participativas y en equipo con el fin de fomentar la interacción, unidad y apoyo entre el grupo. Según Lois (2003), el trabajo en equipo tiene una función de prevención directa, ya que las aplicaciones grupales se dirigen a mejorar los diversos niveles del sistema sanitario. Las intervenciones grupales cumplen una importante función de adaptación psicosocial para las personas que por cuestiones de salud se enfrentan a situaciones difíciles, como es el caso de los adolescentes con sobrepeso y

obesidad. En ellos, la problemática (el rechazo, las burlas y la estigmatización) es compartida, los procesos de influencia social se potencian al máximo y la influencia interpersonal proporciona ayuda mutua y modelos positivos de comportamiento.

Si bien la modalidad de atención que se brinda en la institución incluye la modalidad grupal (talleres psicológicos), esta, sin embargo, no es cónsona con la dinámica bajo la que se trabaja en las intervenciones grupales. Cabe destacar que existen autores que apoyan este trabajo afirmando la importancia del papel que desempeñan los grupos como sistemas sociales en las conductas de salud y enfermedad (Huici, 1985; Rodríguez Marín, 1995; c.p. Lois, 2003). Estos convierten a las intervenciones grupales en instrumentos fundamentales para la promoción, la prevención, el tratamiento, la recuperación y la intervención en los múltiples ámbitos de la salud psicosocial, así como en los procesos de interacción e integración de los usuarios en los programas y unidades asistenciales de las organizaciones sociosanitarias (Rodríguez y García, 1996; c.p. Lois, 2003). A pesar de ello existen otros autores que mantienen una posición contradictoria ante este tipo de intervención debido a la dependencia que se puede crear entre los participantes (Saldaña, 1991; Vera, 2002). Sin embargo, es considerado el apoyo grupal como un pilar fundamental en el programa de intervención que se propone en esta investigación.

- f. **Desempeño en actividad física:** esta categoría está compuesta por 6 afirmaciones que indican el rendimiento en el desempeño de actividad física de los participantes.

En la afirmación “Al trasladarme, aunque la distancia sea corta, utilizo transportes automotores (motos, carros, metro) en vez de caminar”, el 40% de los participantes manifestó que antes se sentía identificado con la afirmación, sin embargo, ahora el 20% es el que se siente identificado, reduciéndose la frecuencia de 6 a 3.

En el ítem N° 29 “Evito/me desagrada hacer ejercicio físico porque sudo mucho”, el 60% de los participantes afirmó que antes le desagradaba realizar ejercicio físico porque sudaban mucho, ahora un 26,7% manifiesta identificarse con la afirmación, lo cual indica que el porcentaje disminuyó al igual que la frecuencia.

En el ítem N° 30 “Me siento cansado (a) rápidamente cuando realizo algún deporte o baile”, el 46,7% de los participantes señaló que antes se sentían cansados rápidamente cuando realizaban algún deporte o baile, ahora el porcentaje ha disminuido a un 33,3%, incidiendo en la frecuencia que antes era de 7 y ahora de 5. Esto se puede deber a la pérdida de peso (Torún, 2000).

En el ítem N° 31 “Permanezco gran parte del día viendo televisión, en la computadora o jugando video juegos”, un 40% de los participantes manifestó sentirse identificados antes y ahora con la afirmación, por lo que debería reforzarse el mostrar este como un hábito incorrecto, ya que no contribuye con un estilo de vida saludable (Panvini, 2007).

En la afirmación “Siento dolor en las rodillas cuando realizo alguna actividad física”, el 26,7% de los participantes reportó que antes se sentían identificados con esta afirmación. Actualmente se ha incrementado a un 33,3% los participantes que se identifican con la afirmación, lo cual ha influido en la frecuencia aumentando de 4 a 5.

Para finalizar, en el ítem N° 33 “Tengo mucha fatiga cuando subo escaleras”, el 53,3% de los participantes indicó que antes presentaban mucha fatiga cuando subían escaleras, ahora este porcentaje ha disminuido a un 26,7%, reduciendo la frecuencia de 8 a 4.

Como pudo observarse a través de los resultados obtenidos en este apartado de la dimensión de actividad física, los adolescentes coincidieron varias veces en estar identificados en el pasado con la afirmación, a pesar de que en la actualidad los porcentajes disminuyeron lo cual resulta beneficioso para la salud de estos adolescentes. Hay que destacar que en la actualidad, las actividades físicas al aire libre tanto para niños como para adolescentes han sido sustituidas por el sedentarismo, el uso de los video juegos, las computadoras y las horas de exposición frente a la televisión. Tal y como lo señala el porcentaje de adolescentes que actualmente se encuentra identificado con la afirmación de: “Permanezco gran parte del día viendo televisión, en la computadora o jugando video juegos”, estas actividades han invadido parte del tiempo que debe ser dedicado al juego recreativo al aire libre y a la práctica del deporte formal en esta población infanto-juvenil, por lo que la disminución o eliminación de estas prácticas en el estilo de vida ha constituido una de las principales causas de la obesidad infantil (Panvini, 2007).

Según Macías (2001), diversos estudios clínicos han demostrado que la actividad física programada y practicada de forma regular aumenta el nivel de autoeficiencia y autoeficacia en los niños y adolescentes, ya que, son capaces de reconocer sus aptitudes, favorece al mayor y mejor rendimiento escolar y contribuye a la interacción social con los pares, especialmente en los deportes en equipo.

En CANIA se promueve la adopción de un estilo de vida saludable que incluye una modificación de los hábitos de alimentación y la práctica de ejercicio físico de forma regular; sin embargo, el tratamiento sólo promueve la realización de ejercicio más no se experimenta a nivel vivencial dentro de las consultas y talleres que se les ofrece a los adolescentes a partir del tratamiento.

Como conclusión general, se puede afirmar en función de los resultados obtenidos del diagnóstico de necesidades de los adolescentes, que un tratamiento efectivo para esta población requiere que se tomen en cuenta las siguientes áreas:

- ✓ Hábitos alimenticios
- ✓ Autocontrol
- ✓ Habilidades sociales
- ✓ Autoestima
- ✓ Grupos de apoyo
- ✓ Desempeño en actividad física

Debido a la contradicción de posiciones de los autores en cuanto al trabajo de grupo, se pudiese someter a prueba la aplicación del diseño que se plantea en esta investigación para así conocer cuán efectivo puede resultar el tratamiento propuesto en contraste con el que se aplica actualmente en la institución.

A pesar de que las dimensiones fueron obtenidas empíricamente a través del diagnóstico realizado a los adolescentes, los especialistas que laboran en la institución también señalaron tales necesidades, por lo cual ellos al momento

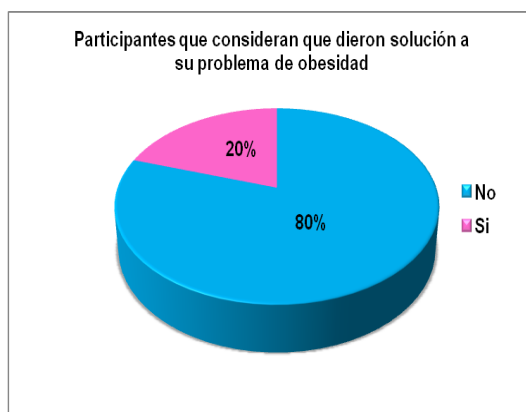
de su entrevista manifestaron que quieren implementar una modalidad de tratamiento para adolescentes que conduzca a mejores resultados considerando la recuperación de los pacientes, la culminación del tratamiento, el cambio de hábitos inadecuados por un estilo de vida saludable y el seguimiento de las prescripciones terapéuticas. Aunado a ello, también se pudo concluir una vez conocido el esquema de tratamiento en la institución, que allí los profesionales no realizan seguimiento una vez que el paciente es dado de alta lo cual puede ser una de las causas de que la institución no haya podido alcanzar la meta que se había establecido en la atención de casos de malnutrición por exceso (CANIA, 2007).

Sin embargo, cabe destacar que la labor que se realiza en la institución es muy loable pues es uno de los pocos centros que ha abordado con seriedad el problema de nutrición en la población infanto-juvenil de escasos recursos. A pesar de que no ha habido un 100% de casos exitosos, se han obtenido resultados favorables en cuanto a la instauración y mantenimiento de hábitos adecuados que redundan en una mejor adaptación al ambiente y en la calidad de vida de quienes son favorecidos por las intervenciones que allí se ofrecen.

- ✓ **Solución definitiva:** Refleja si el participante considera que ha dado solución definitiva a su problema de sobrepeso u obesidad.

En la Figura N° 11 se aprecia que el 80% de los participantes manifestó que hasta ahora no ha dado solución a su problema de sobrepeso u obesidad; por el contrario, un 20% aseguró que dio solución a su problema de sobrepeso u obesidad.

Figura N° 11. Participantes que consideran dieron solución a su problema de obesidad.



- ✓ **Aspectos que faltan:** referido a los aspectos que los participantes consideran que aún faltan para dar solución a su problema.

Un 46,7% considera que para dar solución a su problema de forma definitiva hace falta motivación/interés de su parte. Un 20% afirmó que hace falta interés y apoyo de sus familiares, un 20% también indicó que es necesario recibir mayor atención e interés por parte de los especialistas. Un 13,3% manifestó que es necesario para dar solución a su problema un tratamiento más eficiente. Un 6,7% manifestó que hace falta otro aspecto el cual no identificó y el 26,7% de los participantes no contestó la pregunta.

Tabla N° 66. Aspectos que los participantes consideran que faltan para dar solución a su problema.

Aspectos que los participantes consideran que hacen falta para dar solución a su problema de obesidad	Fr	%
Motivación/Interés de mi parte	7	46,7
No Contestó	4	26,7
Interés y apoyo de mis padres/familiares	3	20
Mayor atención por parte de los especialistas	3	20
Tratamiento eficiente	2	13,3
Otro	1	6,7

n=15

- ✓ **Inquietudes:** este aspecto es un indicador de que refleja las inquietudes que afectan a los participantes actualmente con respecto a su problemática después de haber sido atendidos en la institución.

Tabla N° 67. Inquietudes que reportan los participantes en torno a su problemática.

Inquietudes que reportan los participantes en torno a su problemática	Fr	%
No Contestó	5	33,3
Relacionado con el peso corporal	5	33,3
Estética	1	6,7
Información acerca de la obesidad	1	6,7
Autoeficacia	1	6,7
Burlas	1	6,7
Ninguna	1	6,7

n=15

El 33,3% de los participantes no contestó qué inquietudes tienen actualmente respecto a la problemática que los afectaba o los afecta; un 33,3% indicó que sus inquietudes están relacionadas con el peso corporal, un 6,7% señaló que sus inquietudes son con respecto a la estética, otro 6,7% reportó que quisiera

saber más acerca de la obesidad como enfermedad, otro 6,7% manifestó que no considera que pueda lograr bajar de peso, otro 6,7% indicó que las burlas de las demás personas debido a su imagen y peso corporal lo afectan en la actualidad y el 6,7% restante no señaló ninguna inquietud.

Debido a los resultados obtenidos en esta tabla es importante resaltar lo apropiado que resulta un tratamiento que consolide y refuerce el autoconcepto, la autoestima y las habilidades sociales de los adolescentes, para que estos tengan la herramientas necesarias para generalizarlas a su ambiente y no verse afectados por el entorno que en ocasiones resulta aversivo (Iruarrizaga y cols., 2001).

5. Necesidades percibidas por los adolescentes en torno al tratamiento recibido en la institución: de la entrevista realizada a los participantes se pudo extraer información concluyente en cuanto a las necesidades percibidas de estos adolescentes entrevistados con respecto al tratamiento recibido en la institución. Entre ellas resaltan las áreas en las que se debería hacer énfasis, áreas en las que los participantes quisieran haber sido entrenados y los factores que ellos consideran motivantes para cumplir el tratamiento asignado en la institución.

Esta información fue de gran interés y utilidad para la construcción del diseño propuesto en esta investigación para el tratamiento que se les brinda a los adolescentes que presentan sobrepeso y obesidad que acuden al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

- ✓ **Áreas:** los participantes entrevistados consideran que existen ciertas áreas que son trabajadas en el esquema de tratamiento ofrecido por la institución en las que se debería hacer énfasis para brindar un mejor manejo de las herramientas necesarias en cada uno de esos aspectos mencionados.

Tabla N° 68. Áreas en las que debería hacerse énfasis en el tratamiento.

Áreas en las que deberían hacerse énfasis según los participantes	Fr	%
Salud	13	86,7
Autoestima	9	60
Apariencia física	8	53,3
Desempeño en actividades físicas	5	33,3
Relaciones sociales	4	26,7
Actividades académicas	1	6,7

n=15

Entre las áreas que mencionaron los participantes en las que debía hacerse énfasis en el tratamiento ofrecido por la institución destacaron las siguientes: con un 86,7% Salud, con un 60% Autoestima, un 6,7% de los participantes entrevistados reportó que sería necesario trabajar la inseguridad que perciben de sí los adolescentes que presentan sobrepeso y obesidad; un 53,3% consideró necesario hacer énfasis en el trabajo de la apariencia física, un 33,3% manifestó el interés de un mayor trabajo en el tratamiento que incluya la capacitación en el desempeño de actividades físicas, un 26,7% reportó interés en el área de relaciones sociales y un 6,7% quisiera que se hiciera énfasis en las actividades académicas.

- ✓ **Entrenamiento por áreas:** los adolescentes entrevistados manifestaron que hay áreas específicas en las que les hubiese gustado ser entrenados: cocina y actividad física.

El 10% de los participantes manifestaron que no hay ninguna área específica más allá del entrenamiento recibido en las que les hubiese gustado que se les capacitara, un 13,3% manifestó que le hubiese gustado recibir entrenamiento en actividad física, el otro 13,3% reportó que le hubiese gustado que se le entrenara en preparación de alimentos y el 6,7% restante no contestó la pregunta.

Tabla N° 69. Áreas en las que los participantes quisieran haber sido entrenados.

Áreas en las que los participantes quisieran haber sido entrenados	Fr	%
Ningún área	10	66,7
Actividad física	2	13,3
Cocina	2	13,3
No contestó	1	6,7

n=15

Los resultados obtenidos siguen indicando que la población juvenil desea ser capacitada para tener tanto la iniciativa de realizar diariamente actividad física como para saber qué tipo de ejercicios deben realizar, aunado a esto los datos expresados en la tabla anterior indicaron que los participantes desean adquirir destrezas culinarias, aspecto interesante ya que se perfila el interés de estos en participar en actividades que les resulten atractivas y por tanto los motiven al cumplimiento de su plan de alimentación. Por tales razones se incluyeron en el programa actividades que impliquen adiestrar a los adolescentes para que lleven a la práctica este tipo de actividades que en ocasiones impliquen llevar a la práctica

- ✓ **Motivación:** Incluye los factores que motivan a los participantes para que cumplan las prescripciones de los especialistas en torno al tratamiento, asistan a las consultas y perciban que ellos pueden obtener los resultados deseados si se comprometen con el tratamiento.

Tabla N° 70. Factores que hubiesen motivado a los participantes durante su tratamiento en CANIA.

Factores motivantes de los participantes durante el tratamiento	Fr	%
Deseo de perder peso	5	33,3
Apoyo de mis familiares	4	26,7
Apoyo de los especialistas	2	13,3
Mejorar mis relaciones sociales	1	6,7
Mejorar mi apariencia física	1	6,7
Visualización de resultados	1	6,7
Automotivación	1	6,7
No contestó	1	6,7

n=15

El 33,3% manifestó que uno de los factores que lo motivaría a continuar con el tratamiento sería perder peso; el 26,7% reportó que el apoyo de sus familiares es esencial como factor motivante. Este apoyo incluye que los familiares modifiquen, al igual que los participantes, sus hábitos de alimentación y ejercicio. Un 13,3% expuso que un factor motivante sería percibir el apoyo de los especialistas de la institución; un 6,7% manifestó que mejorar sus relaciones sociales lo motivaría a continuar con el tratamiento. Otro 6,7% reportó que mejorar su apariencia física contribuiría con su motivación, el 6,7% manifestó que notar los resultados obtenidos por la realización del tratamiento es de suma importancia para motivarlo a seguir con el tratamiento, ya que así

consideraría que es efectivo, el otro 6,7% considera que la automotivación es importante para continuar en el tratamiento y para finalizar el 6,7% restante no contestó la pregunta.

5.2.1.4 Conclusión:

Debido a la información recolectada a través del análisis de los resultados de esta primera etapa se pudo concluir que el diseño del programa para el tratamiento cognitivo-conductual del sobrepeso y la obesidad en los adolescentes que son atendidos en CANIA, debe tener en cuenta el entrenamiento en áreas específicas tales como: el autocontrol, la asertividad, la autoestima, el apoyo grupal, el desempeño en actividad física y los hábitos de alimentación, ya que la psicoeducación de todas estas puede influir en el aumento del grado de adhesión al tratamiento de esta población en específico (Iruarrizaga y cols., 2001).

Por tanto se hizo una agrupación de estas variables las cuales se desarrollaron en la elaboración de cuatro talleres: Información Nutricional, Manejo Conductual, Autoestima y Asertividad y Estilo de vida Saludable. Estos talleres pretenden cubrir y satisfacer las necesidades expresadas y percibidas tanto por los especialistas que laboran en la institución como por los adolescentes que son atendidos allí, de manera que estos últimos puedan percibir los beneficios del manejo cognitivo-conductual obteniendo resultados mayor alcance en la intervención percibida y los especialistas puedan hacer énfasis en el área de psicoeducación, ya que este componente es altamente necesario en el tratamiento del sobrepeso y la obesidad por ser enfermedades multifactoriales (Iruarrizaga y cols., 2001).

5.2.2 Elaboración y Diseño del Programa y su Validación Social:

El diseño del programa propuesto en esta investigación (ver anexo 1) se logró realizar a través de las necesidades percibidas de los profesionales que laboran en el área de atención de obesidad y sobrepeso en CANIA y de los adolescentes que allí son atendidos. El diagnóstico de necesidades fue

realizado a través de la administración de dos formatos de entrevistas semiestructuradas aplicadas a ambas poblaciones profesionales y adolescentes (ver anexos 3 y 5 respectivamente).

Los contenidos del programa fueron extraídos de los resultados obtenidos en las entrevistas, estos aluden a: hábitos de alimentación, autocontrol, asertividad, autoestima, apoyo grupal y desempeño en actividad física. Dichos contenidos fueron agrupados en 4 módulos:

- ✓ **Módulo 1. Información Nutricional:** este módulo está basado en la información de cuáles son los grupos de alimentos, cómo están compuestos, cuáles son las diferentes porciones e instrumentos de cocina para medir las raciones de alimentos y cuáles son los hábitos de alimentación adecuados.
- ✓ **Módulo 2. Manejo Conductual:** este módulo está sustentado en el modelo del análisis conductual y sus estrategias para el aprendizaje, por lo que contiene herramientas para el manejo conductual del sobrepeso y la obesidad tales como: el autocontrol, la resolución de problemas y los hábitos alimenticios.
- ✓ **Módulo 3. Autoestima y Asertividad:** este módulo incluye aquellas herramientas que contribuyen al mejoramiento de la interacción social de los adolescentes, en la construcción, evaluación y valoración del concepto que tienen de sí mismos.
- ✓ **Módulo 4. Estilo de Vida Saludable:** este módulo fue diseñado para darles a conocer a los adolescentes la importancia de la actividad física, los beneficios que esta aporta al cuerpo, la manera ideal para practicarla y el manejo del tiempo como recurso indispensable para la organización de sus actividades cotidianas, de forma que puedan destinar un tiempo diario específico para la práctica de ejercicio.

Las actividades de cada módulo fueron diseñadas para promover y consolidar la cohesión y apoyo grupal, esto a través de diferentes dinámicas de grupos. También se estimuló entre los participantes, a través de las diferentes actividades, la adhesión al tratamiento, entendido como un factor de gran importancia para cualquier programa de tratamiento y sobre todo con adolescentes. Cabe resaltar que esta fue una necesidad arrojada por los resultados en el diagnóstico de necesidades de los profesionales.

Para la realización del diseño del programa se tuvieron que elaborar diferentes materiales didácticos y audiovisuales, tales como: presentaciones en power point, trípticos informativos, cuaderno de registro, hojas de registro, distintivos, entre otros.

Una vez realizado el programa, se les entregó a los expertos con el fin de que realizaran la evaluación pertinente sobre la base de los criterios: adecuación, pertinencia, orden y redacción. Luego de los expertos haber corregido los programas los datos fueron sometidos a un análisis por el cual se determinó en función de la coincidencia del juicio de expertos, las correcciones que se le realizarían al programa original, dando como resultado una versión final, que es la que se agregará debido a la practicidad y economía de número de páginas

5.2.2.1 Participantes:

Los profesionales que fungieron como expertos para la validación social del programa se pueden agrupar en las distintas especialidades; tal como lo refleja la tabla N° 71.

- ✓ Médicos:
 - (1) Una médico pediatra que labora en CANIA
- ✓ Nutricionistas:
 - (1) Una nutricionista que labora en CANIA
 - (2) Dos nutricionistas que laboran en Hospital Dr. Domingo Luciani “El Llanito”
- ✓ Psicólogos:
 - (1) Psicólogo que labora en CANIA

- (3) Psicólogos que laboran en la Universidad Central de Venezuela
- ✓ Fisiatras:
- (1) Fisiatra que labora en la Universidad Central de Venezuela

5.2.2.2 Ambiente:

La evaluación del programa estuvo supeditada a las normas, horarios y facilidades brindadas por cada uno de los profesionales de manera de no entorpecer el desarrollo habitual de las actividades planificadas en su cotidianidad.

5.2.2.3 Materiales:

✓ **Recursos Materiales:**

- (9) Cuadros esquemáticos del Programa con sus respectivos manuales para el facilitador (ver anexo 9).
- (9) Fichas de identificación del experto (ver anexo 8)
- (9) Sobres de manila tamaño carta para el almacenamiento de los programas entregados a los expertos.
- (9) Cartas de solicitud de colaboración a los expertos como evaluadores del Programa (ver anexo 7)
- (9) Cartas de agradecimiento a los expertos por su colaboración en la evaluación del programa (ver anexo 10)
- (1) Carta de agradecimiento a CANIA por su colaboración en el desarrollo de esta investigación (ver anexo 11)

5.2.2.4 Procedimiento:

- ✓ Elaboración del programa y materiales: Durante este período de tiempo se diseñó el programa de intervención (ver anexo 1), basado en las necesidades identificadas (hábitos de alimentación, autocontrol, adhesión al tratamiento, habilidades sociales, grupos de apoyo,

autoestima y hábitos de práctica de actividad física) en CANIA, referidas a los adolescentes y al trabajo de los profesionales con los mismos, al igual que los materiales correspondientes a cada sesión, los formatos de registro de datos, las presentaciones audiovisuales, los folletos, los distintivos, entre otros.

- ✓ Validación a través del juicio de expertos: durante este período de tiempo se contactó a los expertos en el área de: elaboración de programas, nutrición, sobrepeso y obesidad, para a lo que cada uno se le entregó una carta de solicitud por su colaboración (ver anexo 7). El grupo de expertos seleccionados estuvo conformado por: psicólogos, nutricionistas y médicos; con el fin de obtener información integral para la correcta elaboración del programa de intervención. Se les entregó a los expertos un cuadro esquemático del programa (ver anexo 9), quienes hicieron las correcciones pertinentes al diseño con respecto a: número y orden de las sesiones, el tiempo de duración de cada una, la adecuación de los materiales y sus contenidos, así como la pertinencia y redacción de cada una de las actividades e instrucciones. Posteriormente, a cada uno de los expertos que participaron en la validación del programa se les entregó una carta (ver anexo 10) agradeciendo su colaboración, de igual forma se entregó una carta dirigida al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (ver anexo 11) por haber colaborado para que se llevara a cabo el desarrollo de esta investigación dentro de sus instalaciones y el uso de sus recursos materiales y humanos.
- ✓ Análisis de resultados de la Validación Social: en esta fase se realizó la evaluación y contrastación de las sugerencias aportadas por los expertos para la validación social del programa.
- ✓ Ajustes del Programa en función de los resultados: en esta fase se consideraron los aspectos sugeridos por los expertos a través de la validación social del programa y se decidió incluir aquellos ajustes que fueron considerados pertinentes por las investigadoras en base al grado de acuerdo establecido por el juicio de los expertos.

5.2.2.5 Análisis y Discusión de Resultados:

Los resultados que se presentan a continuación se obtuvieron de la validación social realizada por nueve expertos: una médico, tres nutricionistas, cuatro psicólogos y una fisiatra.

Tabla N° 71. Datos de Identificación de los Expertos que realizaron la Validación Social.

<i>Edad</i>	<i>Grado académico y año de obtención del mismo</i>	<i>Institución</i>	<i>Línea de Investigación</i>	<i>Experiencia en el Área de Obesidad</i>
41	Lic. en Psicología (1999) Magister en Psicología Clínica Dinámica (2003)	Universidad Central de Venezuela	Psicología de la Alimentación (10 años) Obesidad Infantil y del Adolescente (4 años)	7 años
30	Lic. Nutrición y Dietética (2003) Magister en Nutrición Clínica (2004) Magister en Nutrición Clínica (2006)	Universidad Central de Venezuela Centro Médico de Caracas Universidad Simón Bolívar	Obesidad (7 años) Nutrición Infantil (4 años)	4 años
49	Médico Cirujano (1987) Pediatra (1993) Nutrición Clínica (1997)	Universidad "LUZ" Hospital Algodonal Hospital Centro C Menca de Leoni	Obesidad Infantil (8 años)	8 años
29	Lic. Nutrición y Dietética (2005) Nutrición Clínica (2008)	Universidad Central de Venezuela Universidad Simón Bolívar		2 años
27	Lic. Nutrición y Dietética (2007)	Universidad Central de Venezuela	Estadísticas Nutricionales Obesidad-Dietética INN 1 año	Nutricionista en Cirugía Bariátrica 1 año
49	Médico Cirujano (1987) Especialista en MF y R (1993) Acupunturista (2010)	Universidad Central de Venezuela E.S. Herencia Luminosa		
50	Lic. Psicología (1983) Magister Scientiarum Psicología (1988)	Universidad Central de Venezuela	Procesos Básicos de Aprendizaje en Comportamientos Complejos (25 años) Evaluación de Programas (20 años)	
58	Lic. Psicología (1978) Maestría en A.E. (1990)	Universidad Central de Venezuela	Seguimiento de Prescripciones Terapéuticas (20 años) Retardo Mental (20 años)	
41	Lic. Psicología	Universidad Central de Venezuela		

El objetivo de la validación por medio del juicio de expertos fue determinar si la propuesta de diseño presentada para el tratamiento cognitivo-conductual del sobrepeso y obesidad en adolescentes fue adecuada en términos de su pertinencia, efectividad, deseabilidad social y redacción de cada uno de los objetivos, actividades, recursos, procedimiento, evaluación y duración planteada en el mismo.

En la tabla anterior se presentó una descripción de los ocho especialistas que conformaron el grupo de expertos que realizaron la validación social; se describirán datos relativos a cada uno, su edad, estudios realizados, su línea de investigación y años de experiencia en la misma, formación y su experiencia en el área de obesidad.

A continuación se presentarán las recomendaciones realizadas por los expertos, en las que hubo acuerdo inter-observadores, por lo que se considerarán convenientes en la reformulación de los objetivos, actividades y procedimientos planteados en el diseño del programa debido a su pertinencia. Cabe resaltar que la cantidad de especialistas que fungieron como expertos en la evaluación de cada módulo varió según su experiencia en el área, es decir, tanto a los tres especialistas que laboran en CANIA como a los 3 psicólogos que laboran en la Universidad Central de Venezuela, se les consideró como expertos para evaluar todos los módulos del programa; a las dos nutricionistas que laboran en el Hospital Dr. Domingo Luciani se les consideró como expertas para evaluar sólo el módulo N° 1 de Nutrición, y a la fisiatra se le consideró experta para evaluar el módulo N° 4 de Estilo de Vida Saludable.

✓ **Módulo 1: Nutrición**

- De 8 expertos, 2 expresaron acuerdo en que deberían incluirse protocolos de registros que manejen las (os) facilitadoras (res) para la evaluación individual de la actividad N° 6.
- De 8 expertos, 3 expresaron acuerdo en unir las actividades N° 9 y 10 del módulo.
- De 8 expertos, 3 coincidieron en eliminar del módulo la actividad N° 11.

✓ **Módulo 2: Manejo Conductual**

- De 6 expertos, 3 coincidieron en que la evaluación del objetivo de la actividad N° 5 debería ser que el 100% de los participantes contesten de forma correcta al menos el 80% de los ítems del cuestionario de autoobservación y registro.
- De 6 expertos, 2 coincidieron en que la actividad N° 8 debería cambiarse al módulo N°1.
- De 6 expertos, 2 coincidieron en que la actividad N° 10 debería cambiarse al módulo N°1 de Nutrición.
- De 6 expertos, 2 coincidieron en que la actividad N° 11 debería ser unida a la actividad N° 13 para ser parte del cierre del módulo.
- De 6 expertos, 3 expresaron acuerdo en unir las actividades N° 13 y 14 del módulo.
- De 6 expertos 3 coincidieron en eliminar del módulo la actividad N° 15.

✓ **Módulo 3: Autoestima y Asertividad**

- De 6 expertos, 3 expresaron acuerdo en unir las actividades N° 12 y 13 del módulo.
- De 6 expertos, 3 coincidieron en eliminar del módulo la actividad N° 14.

✓ **Módulo 4: Estilo de Vida Saludable**

- De 7 expertos, 2 coincidieron en unir las actividades N° 5 y 7.
- De 7 expertos, 2 coincidieron en que la actividad N°10 se pudiese crear una escala de valoración subjetiva en la que los participantes evalúen su estado de relajación antes y después de la intervención.
- De 7 expertos, 2 coincidieron en que la actividad N° 11 se pudiese unir a la N° 13 para formar parte del cierre del módulo.
- De 7 expertos, 3 expresaron acuerdo en unir las actividades N° 12 y 13 del módulo.
- De 7 expertos, 3 coincidieron en eliminar del módulo la actividad N° 14.

Aunado a las consideraciones que se tomaron en cuenta anteriormente hubo otras realizadas por los expertos que a pesar de que no hubo unificación de criterios en las mismas, resultan de interés y se considerarán para el diseño de un programa enmarcado dentro del análisis conductual. Estas son:

- Hablar de sugerencias para un mejor desarrollo de la dinámica en vez de las normas del grupo.
- Incluir registros de evaluación.
- Dar un mayor énfasis a lo positivo.
- Disminuir el tiempo de duración de algunas actividades establecidas para reducir el tiempo total de duración de los módulos.
- Incluir elementos que permitan que las actividades sean un poco más novedosas, dinámicas y se consolide el trabajo en equipo y la familiarización entre los participantes, como es el caso de la actividad N° 8 del módulo 1, en la que se sugiere que los participantes deban intercambiar grupos de alimentos hasta conseguir los necesarios para crear su cartel, y en la actividad N° 5 del módulo 2, en la que se pudiese introducir una cámara digital.

En cuanto al criterio de adecuación social de los 9 especialistas que fungieron como expertos, 8 de ellos consideraron que las actividades propuestas en los 4 módulos fueron diseñadas para el trabajo con adolescentes por lo que resultan dinámicas y fomentarán la participación e interés de los pacientes que asistan al tratamiento en la institución.

5.2.2.6 Conclusión:

La segunda etapa de este trabajo se basó en determinar la validación social a través del juicio de nueve expertos, del programa diseñado en esta investigación, para el tratamiento cognitivo-conductual del sobrepeso y la obesidad de adolescentes que asisten a CANIA. La validación social es una herramienta que implica un proceso de evaluación por parte de expertos, los

cuales establecen la importancia social de los cambios conductuales que se pueden lograr a través de programas de intervención de análisis conductual (Wolf, 1978).

Esta herramienta es de suma importancia porque puede validar un tratamiento terapéutico en tres niveles: la significación social de los logros, la aceptabilidad social de los procedimientos que se van a utilizar y la importancia social de los efectos del tratamiento sobre la conducta modificada.

Al momento de realizar la evaluación y reconsideración de los objetivos, actividades, procedimientos y tiempo propuestos en cada uno de los módulos del programa se tomaron en cuenta las sugerencias que resultaron del acuerdo inter-observadores como está planteado en el deber ser de la validación social, así como algunas otras que si bien no fueron el resultado del acuerdo entre los nueve expertos, se consideraron pertinentes y adecuadas debido al esquema teórico en el que se fundamenta el programa, el Análisis Conductual así como el esquema de tratamiento y modalidad de atención que se ofrece en la institución (Piña y Riviera, 2006).

Cabe resaltar que en términos de la ubicación de este Programa en función de su alcance, pudiera afirmarse que el mismo fue establecido tanto a nivel preventivo, ya que no hay que olvidar que los pacientes adolescentes a quienes va dirigido dicho Programa, aún pueden modificar sus hábitos de alimentación y practicar un estilo de vida saludable, como también a nivel remedial, debido a que la población a la que está dirigido padece la enfermedad.

Como resultado final, el programa quedó constituido por cuatro módulos:

1. Información Nutricional debido a la importancia que se le debe dar desde la psicoeducación.
2. Manejo Conductual, en el que se proporcionan herramientas tales como solución de problemas, autocontrol y hábitos alimenticios.
3. Autoestima y Asertividad ya que estos pacientes se ven afectados en el manejo y en la adaptación a su entorno como consecuencia de su enfermedad siendo estas áreas deficitarias.

4. Estilo de Vida Saludable, en el que se rescata la importancia tanto del ejercicio físico y los beneficios que aporta al cuerpo como al manejo del tiempo como herramienta influyente en la adhesión al tratamiento seguida de las actividades grupales que se diseñaron para tal fin.

VI. RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Recomendaciones:

Esta investigación aporta información valiosa para los profesionales de la salud abocados al estudio de la obesidad y el sobrepeso, pues describe por una parte las características psicológicas y las necesidades percibidas de un grupo de adolescentes que presentan dichas condiciones y por otra, las necesidades de un grupo de profesionales que laboran brindando asistencia a dicha población en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA). Ello permite evidenciar las carencias que todavía existen en la asistencia que se brinda a los adolescentes con sobrepeso y obesidad, así como las limitaciones existentes en dicho centro de salud que trabaja arduamente para dar solución a esta problemática.

Si bien esta investigación propone un Programa de Intervención de carácter remedial, por tratar a las personas que ya manifiestan la enfermedad, y preventivo a su vez por atacar la enfermedad en adolescentes, esta se fundamenta en las necesidades específicas de CANIA, siendo necesario continuar estudiando las necesidades existentes en las diferentes instituciones que abordan el problema de la obesidad en nuestro país, donde la Psicología de la Salud y específicamente, la Psicología Conductual pueden brindar muchas luces. Por ello se considera que el uso de la Validación Social, como procedimiento útil para el diagnóstico de las necesidades, debe ser una herramienta que se tome en cuenta como condición sine qua non para el diseño de programas, permitiendo que estos resulten eficaces en la comunidad a la que va dirigido.

Asimismo, debido a que el estudio de la obesidad y sus factores asociados recién cobran auge en nuestro país, y aunque queda claro que la elaboración de programas basados en las necesidades de las comunidades son una solución remedial a la misma, la prevención y promoción de la salud serán las mejores estrategias para combatir esta epidemia, enfocando sus esfuerzos desde etapas tempranas de la vida a través de la educación en el hogar y la escuela, promoviendo a nivel social los estilos de vida saludable, promocionando la práctica de actividad física y la instauración de hábitos

alimenticios adecuados, así como la atención de las variables psicológicas involucradas en el mantenimiento de la obesidad.

De este modo, se sugiere la realización de estudios y campañas de promoción de la salud y prevención de la obesidad, que consideren las variables psicológicas involucradas en la instauración y mantenimiento de esta enfermedad. Dichos estudios podrían tomar en consideración variables como el apoyo social, la calidad de vida y la autoestima, que permitan conocer la influencia de las mismas en su desarrollo y mantenimiento.

Por otra parte, en cualquiera de los niveles de intervención que decida actuarse, es necesario considerar la figura del seguimiento, como una manera de mantener los logros alcanzados. Al mismo tiempo podría evaluarse la posibilidad de incluir la figura del grupo de apoyo, como herramienta económica que permita mantener los cambios a través del tiempo.

Limitaciones:

En líneas generales esta investigación contó con la total colaboración y apoyo del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, así como la de múltiples personas que brindaron su valioso aporte para la realización de la misma. Sin embargo, existieron ciertas limitaciones durante la realización de esta investigación, entre las que destacan:

El número de adolescentes participantes considerados para recoger información y poder elaborar el diagnóstico de necesidades, fue reducido, pues muchos de los adolescentes citados no asistieron a las entrevistas, resultando en 15 el número final de adolescentes participantes en esta investigación; a pesar de haber sido contactados más de 200 adolescentes y alrededor de 60 habían confirmado su asistencia a las entrevistas.

Por otra parte, al realizar este tipo de investigaciones que incluyen el proceso de Validación Social, el contacto con los expertos y el tiempo de respuesta de estos, pueden resultar un obstáculo para su desarrollo en términos de planificación del tiempo y del logro de sus objetivos. De hecho, aunque la administración del Programa en una fase piloto hubiese sido ideal para obtener conclusiones más sólidas sobre su pertinencia y adecuación, no fue posible por limitaciones de tiempo debidas fundamentalmente a la demora en la entrega de los protocolos de validación por parte de los expertos.

REFERENCIAS

- Albornoz, M. y Benítez, Y. (2007). *Relación entre Adhesión al Tratamiento en Niños con Déficit de Atención con Hiperactividad y el Optimismo y Conocimiento de sus Padres Sobre el Trastorno*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Almaraz, M., Medina, C., Valla, L., Von, M., Atienza, O. y Linetzky, J. (2008). Hábitos en la Niñez [Versión electrónica], *Acta Científica Estudiantil*, 6 (3), 116-127.
- Amador, A. (2000) La Obesidad en la Adolescencia. En: M. Peña y J. Bacallao (Eds.) *La Obesidad en la Pobreza: Un nuevo Reto para la Salud Pública* (pp.125-131). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000. (Publicación Científica No. 576).
- Antor, M. (2007). *Caracterización del Perfil Psicosocial de Personas con Obesidad Mórbida que deciden someterse a Cirugía de Bypass Gástrico y Efectos de la Información sobre el Estrés Pre-operatorio Percibido*. Trabajo no publicado presentado para optar al ascenso en el escalafón universitario para la categoría de Asociado, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.
- Bandini, L. (2001) Historia Natural de la Obesidad. En W. Dietz y Ch. Chen (Eds). *Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* (Vol. 49).Suiza: Nestle Nutrition.
- Barboza, Y., Gaslonde, J., Gonzáles, W., López, E., Vergara, H. y Zarzalejo, Z. (2010). *Guía para Padres de Niños Obesos y con Sobrepeso*. Caracas: CANIA.
- Barría, M. y Amigo, H. (2006). Transición Nutricional: Una Revisión del Perfil Latinoamericano [Versión electrónica], *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 56 (1), 3-11.
- Birch, L. (2001) El Sobrepeso en la Niñez: Factores en el Ambiente Familiar. En W. Dietz y Ch. Chen (Eds). *Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* (Vol. 49).Suiza: Nestle Nutrition.
- Brannon, L. y Feist, J. (2000). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo. Thomson Learning.
- Caballo, V. (1998). Entrenamiento en habilidades Sociales. En V. Caballo (Ed). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (pp. 403-443). Madrid: Siglo XXI.
- Capriles, C. (2007). Obesidad e Hiperinsulinismo en Niños y Adolescentes: ¿Una Epidemia? Opciones Terapéuticas. *Boletín de Nutrición Infantil CANIA*, 10 (15), 36-42.

- Casado, M; Camuñas, N; Navlet, R; Sánchez, B; y Vidal, J. (1997). Intervención Cognitivo-Conductual en Pacientes Obesos: Implantación de un Programa de Cambios de Hábitos de Alimentación. *Psicología.COM* [Online], 1 (1). Recuperado el 10 de noviembre de 2009 de: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1/art_2.htm
- Castillo, A., Gallardo, M., García, G., Moreno, M. y Víctor, F. (2003). *Manual de Obesidad para Farmacéuticos: Dietética y Farmacología*. Madrid: Abbott Laboratorios.
- Cedeño, A., Martínez., Y. y Pacheco, S. (2009). *Efectos de un Programa de Autocontrol y Comunicación Asertiva Sobre la Adhesión al Tratamiento en Adolescentes con Diabetes*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Chacón, B. (1992). *Efectos de un Paquete Terapéutico sobre Hábitos Alimenticios y Patrones de Actividad Física de Personas con Sobrepeso*. Trabajo de Ascenso no publicado, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.
- Cole, T. (2001) Evaluación: Estándares de Referencias Nacionales e Internacionales. En W. Dietz y Ch. Chen (Eds). *Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* (Vol. 49). Suiza: Nestle Nutrition.
- Contreras, E. (1997). Las Emociones y Sentimientos en las Teorías de la Conducta. *Revista de la Escuela de Psicología XXII* (1-2) ,65-83. Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación de la UCV.
- Crespo, M. y Larroy, C. (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta. Guía Práctica y de Ejercicios*. Madrid: Dykynson.
- Domínguez-Vázquez, P., Olivares, S., y Santos, J. (2008). Influencia Familiar Sobre la Conducta Alimentaria y su Relación con la Obesidad Infantil [Versión electrónica], *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 58 (3), 249-255.
- Donker, F. (1991). Medicina Conductual y Psicología de la Salud. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Comps). *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 3-14). Madrid: Siglo XXI.
- Dulloo, A. y Jacquet, J. (2001) Hacia una Comprensión de las Bases Genéticas de la Susceptibilidad de los Seres Humanos a la Obesidad: Un Enfoque Sistémico. En W. Dietz y Ch. Chen (Eds). *Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* (Vol. 49). Suiza: Nestle Nutrition.
- Escalante, H. y Abreu, F. (2006). *Eventos externos y Estilos de Alimentación. Estrategias de Autocontrol de la Obesidad*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela.

- Esquivel, M. y Rubén, M. (2001) Identificación Precoz y Manejo Inicial de Adolescentes con Sobrepeso [Versión electrónica], *Revista Cubana de Pediatría*, 73 (3), 165-172.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Evaluación de Programas (Una Guía Práctica en Ámbitos Sociales, Educativos y de Salud)*. Madrid: Síntesis.
- Ferster, C., Nurnberger, J. y Levitt, E. (1962). The Control of Eating. *Journal of Mathematics*, 1, 87-109.
- Flores, L. (1997). Análisis de un Programa de Autocontrol Comportamental para la Promoción de la Salud en Población Adulta. *Psicología Conductual*, 5 (3), 313-344.
- FUNDACREDESA, (2010). Segundo Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humano de la República Bolivariana de Venezuela (SENACREDH), 2007-2012. Recuperado el 20 de octubre de 2010 de: <http://www.fundacredesa.gob.ve/senacredh.php>
- García, P. (2004). Actividad Física. Tema de Salud Infantil. *Boletín de Nutrición Infantil CANIA*, 11 (6), 42-45.
- Guerrero, A. y Sánchez, A. (2009). Índice de Masa Corporal según Grado de Desarrollo Puberal en Varones Venezolanos [Versión electrónica], *Anales Venezolanos de Nutrición*, 22 (1), 20-24.
- Guansheng, M. (2001) Factores Ambientales que llevan a la Obesidad en la edad Pediátrica en los Países en Vías de Desarrollo. En W. Dietz y Ch. Chen (Eds). *Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* (Vol. 49). Suiza: Nestle Nutrition.
- Guevara, M. (1992). *Gerencia de Servicios Psicológicos: Una Estrategia para la Formulación de Programas*. Caracas: Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico, UCV.
- Golfried, M. y Davidson, G. (1976). *Técnicas Terapéuticas Conductistas*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2002). *Metodología de la Investigación*. México: Trillas.
- Hernández, M. (2004). Consideraciones Sociosanitarias de la Obesidad infantil. En: L. Serra, A. Ballabriga, J. Aranceta y L. Ribas (Comp.). *Obesidad Infantil y Juvenil: Estudio EnKid* (pp. 3-9). Barcelona, España: Masson.
- Higuera, S., Arria, M., Vera, Y. y Sanz, R. (2009) Índice de Masa Corporal y Perfil Lipídico en Adolescentes Venezolanos de la Región Centro Norte Costera [Versión electrónica], *Acta Científica Estudiantil*, 7 (3), 150-157.

- Instituto Nacional de Nutrición (2006). *Evaluación del Estado Nutricional de la Comunidad de la Parroquia La Dolorita, Sector Capilla, Petare, Estado Miranda. Septiembre 2006. Caracas, Diciembre, 2006.* Caracas: Autor.
- Instituto Nacional de Nutrición (2008). Información Preliminar Anuario del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN), Año 2007. Caracas, Venezuela.
- Iruarrizaga, I., Romero, N., Camuñas, N., Rubio, M. y Cabrerizo, L. (2001). Entrenamiento en Control Emocional en Obesidad Mórbida. *Psicología.com* 5 (3).
- Kain, J., Burows, R. y Uauey, R. (2001) Tendencias en el Desarrollo de la Obesidad de los Niños y Adolescentes chilenos: Determinantes básicos. En W. Dietz y Ch. Chen (Eds). *Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. Nestle Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* (Vol. 49). Suiza: Nestle Nutrition.
- Labrador, F., Cruzado, J. y Muñoz, M. (1993). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta.* Madrid: Ediciones Pirámide.
- Lacasella, R. (1999-2005) El estudio de Necesidades y su Inserción en el Ciclo de la Intervención Social: Una Aplicación Paradigmática. *Revista de la Escuela de Psicología XXIV* (1), 40-49. Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación de la UCV.
- Lacasella, R. (2001). *La Validación Social ¿Un procedimiento lícito de evaluación?* Trabajo no publicado presentado para optar al ascenso en el escalafón universitario para la categoría de Asociado, Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela.
- Landaeta-Jiménez, M., Macías-Tomei, C., Fossi, M., García, M., Layrisse, M. y Méndez-Castellano, H. (2002) Tendencia en el Crecimiento Físico y Estado Nutricional del Niño Venezolano [Versión electrónica], *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 65 (1), 13-20.
- Laurentin, A., Schnell, M., Tovar, J., Domínguez, Z., Pérez, B. y López, M. (2007). Transición Alimentaria y Nutricional. Entre la Desnutrición y la Obesidad [Versión electrónica], *Anales Venezolanos de Nutrición*, 20 (1), 47-52.
- Lois, M. (2003). Estrategias de Apoyo Psicosocial: Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua. *ACNefi Informa* (7) Recuperado el 1 de noviembre de 2010 de: <http://www.acnefi.org/revista/n00720.htm>
- Macías, C. (2001). Actividad Física Durante el Crecimiento y su Relación con Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Boletín de Nutrición Infantil CANIA*, 10 (6), 39-42.
- Macías, C., Landaeta, M., Bosch, V. y Méndez, H. (2002). Perfil Antropométrico, Bioquímico y de Presión Arterial en Escolares Obesos de Caracas, Según

Estrato Social [Versión electrónica], *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 65 (2), 50-61.

Madrid, J. (1998). *El Libro de la Obesidad y su Tratamiento*. Madrid: Arán Ediciones.

Millán, M. y Sileo, E. (2002). Pubertad. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 65 (3), 38-45.

Moreno, S. y Villar, S. (2002). Características Clínicas y Tratamiento de la Conducta Alimentaria en la Infancia. En V. Caballo, y M. Simón (coord.). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos Generales* (pp. 261-281) Madrid: Pirámide.

Maulino, N., Macias, C., Garcia, M., Malagola, I., Mejias, A., Machado, L. y López, M. (2009) Consenso Sobre Síndrome Metabólico en Niños y Adolescentes. [Versión electrónica], *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría* 72 (2), 73-77.

Núñez, R., Peña, A., Pacheco, B., Sánchez, M. y Rivera, M. (2006). Obesidad en Pacientes Adultos del Municipio Sucre del Estado Miranda [Versión electrónica], *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 25 (2), 64-66.

Oliva, A. (1999). Desarrollo de la Personalidad Durante la Adolescencia. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comp.) *Desarrollo Psicológico y Educación*. 1. *Psicología Evolutiva* (pp.471-491). Madrid: Alianza.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Obesidad y Sobrepeso. Nota Descriptiva N°311*. Recuperada el 20 de octubre de 2009 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.

Organización Mundial de la Salud. (2010) ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2010. Recuperado el 15 de octubre de 2010 de: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf

Oviedo, G., Morón, A. y Solano, L. (2006). Indicadores Antropométricos de Obesidad y su Relación con la Enfermedad Isquémica Coronaria [Versión electrónica], *Nutrición Hospitalaria*, 21 (6), 695-698.

Paoli, M. (2008). Factores de Riesgo Cardiovascular en la Obesidad. Experiencia en el Niño y Adolescente Venezolano [Versión electrónica], *Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo*, 6 (1), 22-24.

Panvini, J. (2007) Niños y Adolescentes con Estilos de Vida Saludable. *Boletín de Nutrición Infantil CANIA*, 10 (16), 5-10.

Peña, M. y Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza. En: M. Peña y J. Bacallao (Eds.) *La Obesidad en la Pobreza: Un nuevo Reto para la Salud*

Pública (pp.131-140) Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000. (Publicación Científica No. 576).

Pérez, C., Ribas, L., Serra, L. y Aranceta, J. (2004). Estrategias de Prevención de la Obesidad Infantil y Juvenil. En: L. Serra, A. Ballabriga, J. Aranceta y L. Ribas (Comp.). *Obesidad Infantil y Juvenil: Estudio EnKid* (pp. 152-160). Barcelona, España: Masson.

Perinat, A. (2003). Los Adolescentes de la "Era Global". Comienzos del Siglo XXI. En A. Perinat (Coord.). *Los Adolescentes del Siglo XXI. Un Enfoque Psicosocial* (pp. 59-85). Barcelona, España: Editorial UOC.

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la Salud: Algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué [Versión electrónica], *Universitas Psychologica*, 5 (3), 669-679.

Pizarro, T. (2007). Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital para la Prevención de Obesidad y Otras Enfermedades Crónicas No Transmisibles [Versión electrónica], *Revista Chilena de Pediatría*, 78 (1), 76-83.

Polanco, I. (2004). Prevención y Tratamiento Dietético de la Obesidad Infantil. En: L. Serra, A. Ballabriga, J. Aranceta y L. Ribas (Comp.). *Obesidad Infantil y Juvenil: Estudio EnKid* (pp. 131-138). Barcelona, España: Masson.

Rimm, D. y Masters, J. (1974). *Terapia de la Conducta. Técnicas y Hallazgos Empíricos*. México: Trillas.

Ríos, M. (2002). *Intervención Psicológica en Adolescentes. Ámbitos Educativos y de Salud*: Psicom editores.

Rosa, Sánchez y Olivares. (1999). Efectos Diferenciales de las Técnicas de Autocontrol en Problemas Clínicos y de Salud en España: Una revisión Meta-analítica [Versión electrónica], *Estudios de Psicología*, 62, 23-37.

Saldaña, C. (1991). Intervención en Obesidad en Niños y Adolescentes. En G. Buela-Casal y V. Caballo (Comps.) *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 99-121). Madrid: Siglo XXI.

Saldaña, C. (2004). Tratamiento Psicológico para la Obesidad Infantil y Juvenil. En: L. Serra, A. Ballabriga, J. Aranceta y L. Ribas (Comp.). *Obesidad Infantil y Juvenil: Estudio EnKid* (pp. 139- 150). Barcelona, España: Masson

Saldaña. C. y Bados, A. (1988). El Problema del Mantenimiento en el Tratamiento de la Obesidad. Un Modelo de Intervención para la Prevención de la Recaída *Anuario de Psicología Núm*, (38), 49-66.

Salmerón, M (2006). Aplicación de la Técnica de Autocontrol a la Obesidad Utilizando la Modificación de Hábitos Alimenticios y de Actividad Física. *Revista Digital - Buenos Aires - Año 11 - N° 100 - Septiembre de 2006*.

Recuperado el 19 de septiembre de 2010 de:
<http://www.efdeportes.com/efd100/obesid.htm>

Santacreu, J. y Scigliano, R. (1986) Programa de Autocontrol de la Obesidad: Datos de un año de seguimiento. *Estudios de Psicología*, 25, 123-140.

Simón, M. (1990). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Singhal, A., Lanigan, J. y Lucas, A. (2001) Los Orígenes Tempranos de la Obesidad. En W. Dietz y Ch. Chen (Eds). *Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. Nutrition Workshop Series. Pediatric Program* (Vol. 49). Suiza: Nestle Nutrition.

Solano, L., Velázquez, E., Naddaf, G. y Páez, M. (2003). Patrón de Lípidos en Preescolares de Bajos Recursos Socioeconómicos (Valencia, Venezuela) [Versión electrónica], *Acta Científica Venezolana*, 54 (4), 248-253.

Thoresen, C; y Mahoney, M. (1974). *Autocontrol de la Conducta*. Madrid, España: Cultura Económica.

Torún, B. (2000). Patrones de Actividad Física en América Central En: M. Peña y J. Bacallao (Eds.) *La Obesidad en la Pobreza: Un nuevo Reto para la Salud Pública* (pp.33-42) Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud; 2000. (Publicación Científica No. 576).

UNICEF, (2005). *Análisis de la Situación de la Niñez y la Mujer en Venezuela 2005*. Caracas: Autor.

Vera, M. (2002). Evaluación y Tratamiento de la Obesidad. En V. Caballo (Dir.) *Manual Para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos*. Vol. II. (2da. Ed) (pp. 209-231). Madrid: Siglo XXI.

World Health Organization (2009) *What is the scale of the obesity problem in your country?* Recuperado el 20 de octubre de 2009, de:
<https://apps.who.int/infobase/report.aspx?rid=118&iso=VEN&Def Code=cd.0704&Survey Year End=2015&genGraphButton=Generate+Graph>.

Wolf, M. M. (1978). Social validity. The case for subjective measurement or how applied behavior analysis is finding its heart. *Journal of Applied Behavior Analysis*. Recuperado el 31 de Octubre del 2010 de:
<http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/2-No.3.pdf>

**Anexo 1. Programa Cognitivo-Conductual para el Tratamiento del
Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes.**

**Anexo 2. Carta de Solicitud de Permiso al Comité de Bioética de la
Institución para el desarrollo de la investigación.**

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**



Caracas, 29 de Abril del 2010

Centro de Atención Nutricional Antímamo (CANIA)

Lic. Jaqueline Gaslonde

Presente.

Luego de un cordial saludo, nos dirigimos a usted en la oportunidad de solicitar su colaboración para llevar a cabo la investigación titulada: **“Diseño, Elaboración y Validación de un Programa Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes”**, en la institución que representa. Estamos en conocimiento que el Centro de Atención Nutricional Antímamo tiene por objetivos: promocionar el buen estado de nutrición y salud de la población de Antímamo en general y de los grupos vulnerables en particular, contribuir con la formación de recursos humanos de óptima calidad en el área de la nutrición y por ultimo aumentar y difundir el conocimiento de la problemática alimentaria y nutricional con base en la experiencia asistencial; dichos objetivos están en total consonancia con el propósito de nuestra investigación, que es diseñar un programa que permita prevenir la incidencia de los cuadros de Sobrepeso y Obesidad Tipo I, facilitando las herramientas a los participantes para su manejo y contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Para la realización de la investigación, se nos están presentando dos necesidades, la primera es su colaboración para realizar el estudio con personas que asisten como beneficiarios del Centro, ya que este admite niños, niñas y adolescentes menores de 18 años, con malnutrición por déficit o exceso bien sea primaria o secundaria por enfermedades crónicas, lo cual relación con lo requerido por nuestra investigación. En segundo lugar quisiéramos consultarle acerca de disponibilidad de espacios físicos en la infraestructura de la institución en donde fuera posible llevar a cabo la investigación.

En espera de su pronta y favorable respuesta quedan de usted.

Lic. Carlos Valero
Director de la Escuela de Psicología de la
Universidad Central de Venezuela

Lic. Mariemma Antor
Tutora Asignada

Br. Rosemarye Díaz
C.I 18.367.158

Br. María Goncalves
C.I 17.718.313

Anexo 3. Protocolo de Entrevista para Profesionales del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ENTREVISTA PARA PROFESIONALES QUE BRINDEN ATENCIÓN A ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD LEVE EN EL CENTRO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL ANTÍMAMO (CANIA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO (A)		
NOMBRE Y APELLIDO:		
SEXO:	EDAD:	PROFESIÓN:
ESPECIALIZACIONES:	EXPERIENCIA:	TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN:
ESTUDIOS Y EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE OBESIDAD:		

El siguiente instrumento está orientado a la obtención de información relevante acerca de la población de adolescentes con sobrepeso y obesidad leve que asisten al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

El guión de entrevista está dirigido a especialistas en el área de la malnutrición por exceso: médicos, nutricionistas, psicólogos y afines, que traten a pacientes con sobrepeso y obesidad leve con miras a identificar las necesidades que presenta esta población y la institución.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

- Según el estado nutricional ¿En qué categoría se encuentran la mayoría de los pacientes que llegan al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA)?

Sobrepeso	
Obesidad Leve	
Obesidad Moderada	
Obesidad Severa	
Obesidad Mórbida	

- ¿En qué rango de edades puede ubicarse a los pacientes con sobrepeso y obesidad leve que asisten al centro?

0-3	
4-7	
8-11	
12-15	
16-19	

- Con respecto a los pacientes con sobrepeso y obesidad leve que asisten a CANIA ¿Considera que existe preponderancia de algún sexo? ¿Cómo se distribuyen los porcentajes?

Femenino	
Masculino	

- ¿En qué estrato social puede ubicarse a la mayoría de los pacientes con esta condición?

A	
B	
C	
D	
E	

5. ¿Los niños y adolescentes que asisten al centro se encuentran escolarizados?

SI	
NO	

6. ¿Los pacientes suelen ser referidos de otras instituciones? ¿Cuáles Instituciones?

DIAGNÓSTICO Y TOMA DE DECISIONES EN TORNO A LA INTERVENCIÓN

7. ¿Cuál considera que es la principal motivación de estos pacientes para asistir al centro?
8. En líneas generales los pacientes acuden a CANIA por:

Iniciativa Propia	
Sugerencia de Padres/Familia	
Indicaciones de Profesionales	
Otra	

9. ¿Por medio de qué clasificación o método se diagnostica a los pacientes con malnutrición por exceso? Por favor, explique.

Índice de Masa Corporal	
Medidas Antropométricas	
Otra	

10. ¿Existe prioridad de atención a los pacientes en función del grado de obesidad que presenten?

SI	
NO	
A Veces	

11. ¿Cuáles son los criterios y prioridades para la toma de decisiones con respecto a la intervención?
12. En la institución ¿Existen diferentes tipos de abordaje según las condiciones individuales de cada paciente y el tipo de obesidad que presenten? En caso de ser afirmativa la respuesta ¿Cómo describiría los tipos de abordaje que brinda la institución?
13. ¿Hacia qué tópicos están dirigidas las intervenciones? Por favor, explique
14. ¿De qué forma se realizan las intervenciones?
15. Según su profesión ¿Cómo describiría su función en la intervención de los pacientes que presentan sobrepeso y obesidad leve?
16. ¿Cuáles son los tópicos que usted considera para el diseño de su intervención? ¿Qué variables interviene? ¿Por qué estas y no otras? Por favor, explique.
17. ¿Existen otras alternativas de intervención además de las ya mencionadas? ¿Cuáles? Por favor, describa.
18. ¿Se realiza con el paciente un análisis de los pros y los contras de cada uno de los procedimientos existentes para dar solución a su problema?
19. ¿Se le da la posibilidad al paciente de elegir entre varios procedimientos médicos/nutricionales/psicológicos/otros antes de tomar la decisión?
20. ¿Cómo se transmite la información al paciente en cuanto al diagnóstico y la intervención? Por favor explique.
21. ¿Cuál suele ser la primera reacción de los pacientes ante el diagnóstico e intervención?
22. ¿Cuáles suelen ser las expectativas de los pacientes en torno a la intervención?
23. ¿Dichas expectativas suelen cumplirse?

24. ¿Cuáles son las expectativas de usted como profesional en torno a la intervención?
25. ¿Cuál es su experiencia con respecto a la recidiva de los pacientes una vez realizada la intervención?
26. ¿Esta información también es transmitida al paciente?
27. ¿Se toman en consideración los aspectos relacionados con la calidad de vida del paciente?
¿Cómo? Por favor, explique
28. ¿En torno a qué tópicos suelen estar orientadas las inquietudes de los pacientes?\
29. ¿Cómo se les imparte la información con respecto a los cambios próximos en su rutina de vida?
30. ¿Quién imparte dicha información?
31. ¿Cuáles suelen ser las inquietudes de los familiares del paciente?
32. ¿Cómo se le brinda información a los familiares?
33. ¿Hacia qué tópicos se orienta la información proporcionada por ustedes?
34. ¿Quién imparte esta información a los familiares?
35. ¿Cómo describiría el grado de motivación de los pacientes y sus familiares en relación a la intervención?

PERÍODO DE INTERVENCIÓN

36. ¿Cuánto es el lapso de espera de los pacientes para poder acceder a la intervención?
¿Existen listas de espera? Si___ No___
37. ¿Cuáles son las estrategias que usted utiliza para dar atención a los pacientes?
38. ¿Cuáles aspectos permiten planificar la intervención?
39. ¿Según el diagnóstico (Sobrepeso, Obesidad Leve) varían los tratamientos?
Si___ No___ ¿Cómo? _____
40. ¿Podría describir cómo son los Programas de intervención con los que cuenta la institución?

Talleres	Descripción
Charla de Crecimiento Personal y Cambio (CPC)	
Autoestima y Desarrollo de Fortalezas (ADF)	
Manejo de Conductas Inadecuadas en el Niño (MCI)	
Manejo de Conductas Alimentarias (MCA)	
Comunicación Efectiva y Resolución de Problemas (CERP) (Opcional)	
Grupos de Estilo de Vida Saludable I (GEVS 1)	
Grupos de Estilo de Vida Saludable II (GEVS 2)	
Aprender a comer jugando	

41. ¿Existe algún tópico que considere pudiera agregarse a dichos programas? Por favor, explique
42. ¿Cuánto tiempo suele durar la intervención?

0 a 3 meses	
3 a 6 meses	
6 meses a 1 año	
1 a 2 años	
Más de 2 años	

¿A qué se debe?

43. ¿Cuál es el tiempo promedio para notar cambios significativos en los pacientes?

0 a 3 meses	
3 a 6 meses	
6 meses a 1 año	
1 a 2 años	
2 años y más	

¿A qué se debe?

44. Durante la intervención ¿Cuáles suelen ser las complicaciones más frecuentes?

45. ¿Se les entrena de alguna forma? ¿En qué áreas?

46. ¿Cómo se imparte dicho entrenamiento?

47. ¿Quién lo imparte?

48. ¿Existe algún material didáctico que se entregue a los pacientes y/o sus familiares?

49. ¿Cuándo se les entrega?

50. ¿Quiénes son los principales cuidadores y/o acompañantes de los pacientes?

Papá		Mamá	
Abuelo		Abuela	
Tío		Tía	
Otro Familiar			
Otros			

51. ¿Se han presentado casos en que los pacientes no cuenten con redes de apoyo social (padres, familiares, amigos)? En este caso, ¿cómo procede la institución?

SEGUIMIENTO

52. ¿Cuáles son los criterios que utilizan para dar el alta a los pacientes con sobrepeso y obesidad leve?

53. Luego del alta ¿Cuánto tiempo transcurre hasta la próxima consulta?

54. ¿Por cuánto tiempo se realiza el seguimiento?

0 a 3 meses	
3 a 6 meses	
6 meses a 1 año	
1 a 2 años	
2 años y más	

55. ¿Suele producirse ausentismo o abandono? Sí_____ No_____ ¿En qué porcentaje?

56. ¿Cómo es el contacto posterior del paciente con la Institución y/o cualquiera de los profesionales (médicos, nutricionistas, psicólogos)?

Asistencia al Centro	
Vía Telefónica	
Vía Electrónica	
Otros	

57. ¿Considera que se generan vínculos de apoyo entre los pacientes?

SI	
NO	
A Veces	

58. ¿Cómo describiría la adaptación de los pacientes y los familiares a su nuevo ritmo de vida después de la intervención?

Grado de Adaptación	Pacientes	Familiares
Muy Alto		
Alto		
Moderado		
Bajo		
Muy Bajo		

59. ¿Considera que los pacientes modifican sus hábitos (alimenticios/ejercicio) y se adaptan a los nuevos? Sí____ No____ ¿En qué porcentaje? _____

60. ¿Considera que los pacientes siguen las instrucciones indicadas por los diversos profesionales (médicos, nutricionistas, psicólogos,) durante y después de la intervención? Sí____ No____ ¿En qué porcentaje? _____

61. ¿Qué medidas considera pertinentes para facilitar la adaptación de los pacientes a su nueva rutina de vida?

62. ¿Qué medidas considera pertinentes para mantener los cambios alcanzados durante la intervención?

63. ¿Existe algún otro aspecto que desee mencionar?

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Anexo 4. Protocolo para contactar a los Adolescentes Participantes.



Buenas tardes _____, le estamos llamando del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA) para solicitar su colaboración en un estudio que se llevará a cabo en la institución.

Nos resulta necesaria su asistencia a una entrevista, que nos permitirá mejorar la calidad del servicio que prestamos; estaríamos muy agradecidos si usted pudiera colaborar con nosotros en este estudio, el día _____ a las _____.
Demás está decir que muchas gracias por su colaboración.

Anexo 5. Protocolo de Entrevista para Adolescentes del Centro de

Atención Nutricional Infantil Antímamo.
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



ENTREVISTA PARA ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD LEVE QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN NUTRICIONAL INFANTIL ANTÍMANO (CANIA)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ENTREVISTADO (A)		
NOMBRE Y APELLIDO:		
SEXO:	EDAD:	ESCOLARIDAD:
TIEMPO EN LA INSTITUCIÓN: _____	PESO: _____	ESTATURA: _____
AÑO DE INGRESO: _____		
REFERIDO DE OTRA INSTITUCIÓN: SI _____ NO _____		
CUAL (ES): _____		

El siguiente instrumento está orientado a la obtención de información relevante acerca de la población de adolescentes con sobrepeso y obesidad leve que son asistidos en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA).

Esta entrevista está dirigida a adolescentes que presentan dificultades en el área de la obesidad con miras a identificar sus necesidades.

Por favor, lee cada pregunta de forma detallada y contéstalas todas. La mayoría de ellas son de selección, en estas, coloca una X para indicar la(s) respuesta (s) con las que te identifiques. Existen otras preguntas en las que resulta necesario que expliques tus ideas y las desarrolles. No existen respuestas buenas o malas así que no te sientas limitado (a) en contestar. En caso que tengas alguna duda dirígete a las facilitadoras.

DIAGNÓSTICO Y TOMA DE DECISIONES EN TORNO A LA INTERVENCIÓN

1. ¿Cuál fue tu principal motivación para asistir a CANIA? Mejorar tu Salud () Mejorar tu Apariencia Física () Mejorar tus Relaciones Sociales () Mejorar tu Desempeño en Actividades Físicas () Mejorar tu Autoestima () Otra: _____

2. Acudiste a CANIA por: Iniciativa Propia () Sugerencia de Padres/Familia () Indicaciones de Profesionales ()
Otra: _____

3. ¿Consideras que tienes obesidad o sobre peso? SI () NO ()

4. ¿Qué es para ti ser obeso(a)?

5. ¿Consideras que la obesidad afectaba o afecta otros aspectos de tu vida? SI () NO ()
¿Cuáles?

Salud	
Apariencia Física	
Relaciones Sociales	
Actividades Académicas	
Desempeño en Actividades Físicas	
Autoestima	
Sexualidad	
Otro	

6. Señala con cuáles de las siguientes afirmaciones te identificabas y te identificas en la actualidad a partir de tu problema de obesidad:

Afirmaciones	Antes	Ahora
Al trasladarme, aunque la distancia sea corta, utilizo transportes automotores (motos, carros, metro) en vez de caminar		
Como muy rápido y sin masticar bien la comida.		
Constantemente pienso en los alimentos que no debería comer (frituras, refrescos, chucherías)		
En la merienda del colegio prefiero comprar la comida en la cantina que llevármela de mi casa.		
Evito que las personas me vean en traje de baño		
Evito/Me desagrada realizar ejercicio físico porque sudo mucho		
He descuidado mi apariencia personal porque no vale la pena que me arregle		
Las personas se burlan de mí y me rechazan por ser obeso(a)		
Me cuesta expresar mis pensamientos, ideas y emociones, con respecto a mi problema de obesidad		
Me desagrada ver mi imagen reflejada en el espejo		
Me gustaría tener un compañero (a) para hacer ejercicio		
Me produce repugnancia mi cuerpo		
Me siento cansado (a) rápidamente cuando realizo algún deporte o bailo		
Me siento poco atractivo (a) por ser obeso (a)		
Me siento tan mal conmigo mismo (a) que incluso he llorado por ello		
Mido la cantidad de alimento que voy a consumir en cada comida		
Mientras como realizo otras actividades como ver televisión, leer, jugar, etc.		
No creo que sea capaz de bajar de peso		
No intento tener novia (o) porque soy poco atractivo (a)		
No tengo un horario fijo para cada comida.		
Permanezco gran parte del día viendo televisión, en la computadora o jugando video juegos.		
Prefiero comer alimentos "chatarras" que la comida que llaman "saludable"		
Prefiero tomar refrescos antes que cualquier otra bebida, como por ejemplo agua.		
Se me dificulta mantener una dieta balanceada		
Si contara con el apoyo de alguien que también fuese obeso (a) sería más sencillo para mí cumplir con las instrucciones de los especialistas.		
Si me ofrecen alguna comida o bebida que no debo consumir, aunque esté saciado (a) no se decir que No		
Siento dolor en las rodillas cuando realizo alguna actividad física		
Si siento hambre, como aunque ya haya comido		
Si tuviera un compañero (a) que me apoyara y realizara conmigo las actividades que me indican los especialistas sería más fácil para mí cumplir el tratamiento.		
Si me ofrecen alguna comida que no debería comer me es imposible decir que No		
Siento miedo de conocer nuevas personas porque podrían rechazarme		
Siento que no tengo ningún amigo que entienda mi problema de obesidad		
Tengo mucha fatiga cuando subo escaleras		

7. ¿Hacia qué áreas estuvieron dirigidos los tratamientos que recibiste en la Institución? Médico () Nutricional () Psicológico () Multimodal () Otros:

8. ¿En qué área te hubiese gustado que se trabajará o se hiciera más énfasis?

Salud	
Apariencia Física	
Relaciones Sociales	
Actividades Académicas	
Desempeño en Actividades Físicas	
Autoestima	
Sexualidad	
Otra	

9. ¿De que forma realizaste estos tratamientos? Individual (), Grupal (), Mixta (), Con tus familiares (), Otra: _____

10. ¿Te gustaría que el tratamiento se hubiese realizado de otra forma? Si () No () ¿Por qué?

11. ¿Quiénes te acompañaron a asistir a la institución? Papá () Mamá () Abuela (o) () Tía (o) () Otros familiares () Otros ()

12. ¿El profesional que te atendió realizó en conjunto contigo un análisis de los pros y los contras de cada uno de los procedimientos existentes para dar solución a tu problema? SI () NO ()

13. ¿Te sentiste motivado durante el tratamiento? SI () NO () ¿Por qué? _____

14. ¿Qué te hubiese motivado?

15. ¿Se te dio la posibilidad de elegir entre varios procedimientos médicos/ nutricionales/ psicológicos/ otros antes de tomar la decisión? SI () NO () A Veces ()

16. ¿Te hubiese gustado que se hiciera de otra forma? SI () NO () ¿Por qué?

17. ¿Cómo se te transmitió la información en cuanto al diagnóstico y el tratamiento? Individual () Grupal () Mixta () Con tus familiares () Otra:

18. ¿Te hubiese gustado que se hiciera de otra forma? SI () NO () ¿Por qué?

19. ¿Se les entregó a ti y a tus familiares algún material didáctico? Sí___ No___ ¿Cuándo se les entregó?

Antes de la intervención

Durante la intervención

Después de la intervención

20. ¿Consideras que pudiese agregarse algo a estos materiales? Sí___ No___
¿Qué agregarías tú? _____

21. ¿Cuál fue tu reacción ante el diagnóstico propuesto?

Me gusto y me alegre

No me gusto

Me moleste

No lo podía creer

Otra

22. ¿Cuál fue tu reacción ante el tratamiento propuesto?

Me gusto y me alegre

No me gusto

Me moleste

Pudo haber sido mejor

Otra

23. ¿Cuáles eran tus expectativas en torno al tratamiento?

Perder Peso

Mejorar mi calidad de vida

Mejorar mis relaciones sociales	
Mejorar mi apariencia física	
Sentirme mejor conmigo mismo (a)	
Otra	

24. ¿En qué grado dichas expectativas se cumplieron?					
0	1	2	3	4	5
Ninguno	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto

25. ¿Actualmente consideras que diste solución definitiva a tu problema de obesidad o sobrepeso?
SI () NO ()

26. En caso de ser negativa tu respuesta, ¿Qué aspectos consideras que faltan para dar solución a tu problema?	
Motivación/Interés de mi parte	
Interés y apoyo de mis padres/familiares	
Mayor atención por parte de los especialistas	
Un tratamiento más eficiente	
Otro	

27. Después de haber sido atendido en la institución, ¿Cuáles son tus inquietudes en la actualidad con respecto a la problemática que te afectaba/ afecta?

28. ¿Cómo describirías el grado de tu motivación y la de tus familiares en relación al tratamiento?						
	Ninguno	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
Yo	0	1	2	3	4	5
Familiares	0	1	2	3	4	5

PERÍODO DE INTERVENCIÓN

29. ¿Cuánto tiempo esperaste para poder acceder al tratamiento? _____ ¿Existían listas de espera? SI ___ NO__

30. ¿Cómo describirías la calidad del servicio que te brindó la institución?					
0	1	2	3	4	5
Ninguna	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy Alta

31. Indica en cuales programas de intervención participaste:	
Charla de Crecimiento Personal y Cambio	
Manejo de Conductas Inadecuadas en el Niño	
Manejo de Conductas Alimentarias	
Grupos de Estilo de Vida Saludable I	
Grupos de Estilo de Vida Saludable II	
Autoestima y Desarrollo de Fortalezas	
Comunicación Efectiva y Resolución de Problemas	
Aprendiendo a Comer Jugando	
Otro	

32. ¿Existe algún tópico que consideres pudiera agregarse a dichos programas? SI () NO ()
¿Cuál?

33. ¿Cuánto tiempo duró tu intervención? 0 a 3 meses () 3 a 6 meses () 6 meses a 1 año ()
1 a 2 años () Más de 2 años ()

34. ¿Culminaste el tratamiento? ____ ¿Abandonaste el tratamiento? ____

35. Tuviste alguna complicación para seguir el tratamiento SI () NO () ¿Cuál? _____

36. ¿En cuánto tiempo comenzaste a notar cambios en tu peso? 0 a 3 meses () 3 a 6 meses ()
6 meses a 1 año () 1 a 2 años () Más de 2 años ()

37. ¿Crees que la pérdida de peso se debió a tu tratamiento en la institución? SI () NO () En caso de ser negativa tu respuesta ¿A qué se debió? _____

38. Señala en que áreas fuiste entrenado para controlar tu peso

Hábitos Alimenticios: Horarios de alimentación, cantidades de alimento, preparación de alimentos	
Ejercicio y actividad física	
Otra	

39. ¿Quisieras haber sido entrenado en algún área específica? SI () NO () ¿Cuál? _____

SEGUIMIENTO

40. ¿Te dieron el alta? SI () NO () ¿Sabes por qué te dieron el alta? SI () NO ()

41. Luego del alta ¿Cuánto tiempo transcurrió para que asistieras a una próxima consulta? ____

42. ¿Por cuánto tiempo seguiste acudiendo luego del alta a consulta: 0 a 3 meses () 3 a 6 meses ()
6 meses a 1 año () 1 a 2 años () Más de 2 años ()

43. ¿Cómo fue el contacto posterior con la Institución y/o cualquiera de los profesionales (médicos, nutricionistas, psicólogos)? Asistencia al Centro () Vía Telefónica () Vía Electrónica ()
Otro: _____

44. ¿Consideras que tú brindaste apoyo y lo tuviste por parte de los otros pacientes? SI () NO ()
A Veces () ¿Cómo? _____

45. ¿Cómo describirías tu adaptación y la de tus familiares al nuevo ritmo de vida después del tratamiento?

	Ninguno	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
Yo	0	1	2	3	4	5
Familiares	0	1	2	3	4	5

46. ¿Modificaste tus hábitos (alimenticios/ejercicio) y te adaptaste a los nuevos? SI () NO ()
En qué grado

0	1	2	3	4	5
Ninguno	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto

47. ¿Seguiste las instrucciones impartidas por los diversos profesionales (médicos, nutricionistas, psicólogos) durante y después de la intervención? SI () NO () Indica en qué grado

0	1	2	3	4	5
Ninguno	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto

¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Anexo 6. Autorización para los Representantes de los Adolescentes.



Caracas, 11 de Agosto de 2010

CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO

Yo _____, representante del joven _____ acepto participar en la investigación **“Programa Cognitivo Conductual para el Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes”**, llevada a cabo por las tesisistas Rosemarye Díaz y María Luisa Goncalves, como parte de su trabajo especial de grado, en la Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.

Asimismo hago explícito que esta participación la realizo de forma voluntaria y se ha garantizado el anonimato de cada una de las personas y la protección de los participantes en dado caso que se lleve a cabo la divulgación de los resultados de la investigación.

Nombre Completo: _____

C.I. _____

Firma: _____

Anexo 7. Carta de Solicitud de Colaboración para los Expertos.

Caracas, 20 de Octubre de 2010



Lic. _____

Presente.

Luego de un cordial saludo nos dirigimos a usted con el fin de solicitar su valiosa colaboración en calidad de experta para la Validación del “PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES”.

Por tratarse de un Programa para ser aplicado a los Adolescentes que acuden al Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA), fue diseñado sobre la base de un estudio de necesidades identificadas a través de una entrevista estructurada administrada a los profesionales que laboran en el Centro, específicamente en el área de Obesidad, y a un grupo de adolescentes que fueron atendidos en el mismo. Por medio de dichas entrevistas se diagnosticaron las siguientes necesidades:

- ✓ Se requieren talleres dirigidos a la población de adolescentes con obesidad que asisten al Centro.
- ✓ Se requiere trabajar aspectos tales como:
 - Información Nutricional
 - Hábitos Alimenticios
 - Adhesión al Tratamiento
 - Autocontrol
 - Resolución de problemas
 - Asertividad
 - Autoestima
 - Actividad Física

De esta manera respetando los parámetros y metodología utilizada en el centro; se estructura el Programa en 4 Módulos o Talleres, a saber:

- ✓ Módulo 1: Nutrición (Información Nutricional, Hábitos Alimenticios)
- ✓ Módulo 2: Manejo Conductual (Autocontrol, Adhesión al Tratamiento y Resolución de Problemas).
- ✓ Módulo 3: Autoestima y Asertividad (Autoestima y Asertividad).
- ✓ Módulo 4: Estilo de Vida Saludable (Actividad Física y Manejo del Tiempo).

Los materiales anexos a continuación constituyen los Módulos o talleres que, según su experticia en el área o profesión, son considerados pertinentes de Evaluación. No le resulte extraño si no encuentra anexos todos los Módulos, pues fueron seleccionados para su Evaluación como Experto(a) únicamente los que resultaban pertinentes de ser sometidos a su consideración.

Así mismo, por tratarse de Módulos o Talleres independientes y diseñados para ser aplicados en diferentes sesiones, las 3 primeras actividades y las 3 últimas actividades de todos los Módulos resultan similares y corresponden a la Bienvenida y Cierre del Módulo en cuestión. Recomendamos para facilitar su lectura; en el caso que esté calificado(a) para Evaluar varios de los Módulos del Programa, que omita la lectura de dichas actividades después de ya haber realizado su evaluación en alguno de los Módulos.

Agradecemos que una vez haya finalizado con la Evaluación, nos lo comunique a alguno de los teléfonos y correos de contacto, con el fin de incorporar su aporte en nuestra investigación.

Agradeciendo su atención.

Profra. Mariemma Antor

Tutora

C.I: 9.881.679

Br. María Luisa Goncalves

C.I: 17.718.313

Br. Rosemarye Díaz

C.I: 18.367.158

Anexo 8. Ficha de Identificación del Experto.



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN DE EXPERTOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO		
NOMBRE Y APELLIDO:		
E-MAIL:	TELÉFONO:	EDAD:
ESTUDIOS REALIZADOS		
INSTITUCIÓN	TÍTULO OBTENIDO	AÑO
LINEAS DE INVESTIGACIÓN		
LINEAS DE INVESTIGACIÓN		AÑOS DE EXPERIENCIA
FORMACIÓN EN EL ÁREA DE OBESIDAD		
INSTITUCIONES	ESTUDIOS REALIZADOS	
EXPERIENCIA EN EL ÁREA DE OBESIDAD		
INSTITUCIÓN	CARGO	AÑOS

Anexo 9. Formato de Evaluación del Cuadro Esquemático del Programa.

Objetivos Específicos	Actividad	Recursos	Procedimiento	Evaluación	Considera Pertinente
Que los (as) participantes expongan sus sugerencias para el buen funcionamiento del grupo	Elaboración de las Sugerencias para el buen funcionamiento del grupo	<p>Humanos: Facilitadores(as) y participantes.</p> <p>Materiales: (1)Pizarra. (2) Marcadores de Pizarra. (1) Borrador de Pizarra.</p>	<p>Se le preguntará a los (as) participantes cuáles comportamientos consideran útiles para el buen funcionamiento del taller.</p> <p>Posterior a la exposición de dichas sugerencias, por parte los (as) participantes, los (as) facilitadores (as) agregarán o modificarán las sugerencias según sea el caso.</p>	Que al menos el 90% de los (as) participantes expresen acuerdo verbal con las sugerencias para el buen funcionamiento del grupo propuestas.	<p>Objetivo Específico: Si__ No__</p> <p>Actividad: Si__ No__</p> <p>Recursos: Si__ No__</p> <p>Procedimiento: Si__ No__</p> <p>Evaluación: Si__ No__</p>

Cambiaría el orden de algunas de las actividades propuestas en la sesión de Nutrición? Si ____ No ____

1. ¿Cuál(es)?

2. ¿Cómo?

Anexo 10. Carta de Agradecimiento a los Expertos.



Caracas, 02 de Noviembre de 2010

Lic. _____

Presente.

Luego de un cordial saludo nos dirigimos a usted con el fin de agradecer su valiosa colaboración en la Validación Social del "PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN ADOLESCENTES" fungiendo como experta en el área de Nutrición y Dietética.

Sin otro particular y agradeciendo su atención, se despiden.

Profra. Mariemma Antor

Tutora

C.I: 9.881.679

Br. María Luisa Goncalves

C.I: 17.718.313

Br. Rosemarye Díaz

C.I: 18.367.158

Anexo 11. Carta de Agradecimiento a CANIA.

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA



Caracas, 29 de Octubre de 2010

Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo (CANIA)
Lic. Jaqueline Gaslonde
Presente.

Luego de un cordial saludo, nos dirigimos a usted en la oportunidad de agradecer la valiosa colaboración prestada por todo el personal que labora en el Centro de Atención Nutricional Infantil Antímamo, así como a su persona, para la realización de la investigación titulada: ***“Diseño y Validación de un Programa Cognitivo-Conductual para el tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad en Adolescentes”***.

Sin otro particular y agradeciendo su atención, se despiden.

Lic. Carlos Valero
Director de la Escuela de Psicología de la
Universidad Central de Venezuela

Lic. Mariemma Antor
Tutora Asignada

Br. Rosemarye Díaz
C.I 18.367.158

Br. María Goncalves
C.I 17.718.313