

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

“OBESIDAD INFANTIL EN LA COMUNA DE EL
BOSQUE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO”



* Familia", FERNANDO BOTERO

MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO DE PSICÓLOGA

AUTORAS: BÁRBARA MORALES VÁSQUEZ
MARCELA SANDOVAL NEGRETE

PROFESOR PATROCINANTE: DR. JORGE LUZORO GARCÍA

ABRIL 2001

CON AMOR PARA NUESTROS HIJOS...

**FELIPE
RICARDO
RENATO
FEDERICO**

Índice

INTRODUCCIÓN	5
• Formulación del problema	7
• Relevancia del estudio	8
• Proyecciones del estudio	8
• Tipo de investigación.....	8
 CAPITULO 1:	
 I.- OBESIDAD	
• Antecedentes generales	10
• Clasificaciones	10
• Factores Etiológicos	12
• Factores Ambientales	14
• La obesidad como factor de riesgo	16
 II.- OBESIDAD INFANTIL	
• Antecedentes Generales	17
• Definiciones	18
• Tipos de obesidad infantil	18

• Factores Etiopatogenicos	19
• Factores Ambientales	20
• Prevalencia de la obesidad en Chile	21

CAPITULO 2:

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

• Antecedentes	24
• Definición	28
• Áreas de investigación y aplicación	29

CAPITULO 3:

PSICOLOGÍA DE LA OBESIDAD

• Rasgos de personalidad asociados	31
• Relación entre estado emocional y conducta de sobreingesta .	34
• Factores comportamentales asociados a la obesidad	35

CAPITULO 4:

REVISIÓN DE INVESTIGACIONES

• Psicofisiología del sobrepeso y obesidad en mujeres	40
---	----

• Evaluación y tratamiento de la obesidad	45
• Educación nutricional	53

CAPITULO 5

UN ESTUDIO DE NiÑ@S CON UN ESTADO NUTRICIONAL POR EXCESO

• Objetivo del estudio	61
• Aspectos metodológicos	61
• Planteamiento del tipo y características del estudio	61
• Definición y características del universo	61
• Características de la muestra	62
• Instrumento y recolección de la información	62
• Características generales de la comuna de El Bosque	62
• Antecedentes generales del sector salud comunal	63
• Situación nutricional de la población infantil bajo control	64
• Resultados	67
• Conclusiones	74
• Reflexiones finales.....	79

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 81

ANEXO

1. Instrumento de pesquisa de factores de riesgo en niños obesos 88

INTRODUCCIÓN

Los problemas nutricionales por exceso constituyen en la actualidad un problema de salud pública, con repercusiones severas en las principales causas de morbilidad y mortalidad de nuestra población.

La obesidad es la manifestación de un fenómeno complejo que guarda relación con la calidad de vida, estilos de vida y hábitos de las sociedades y de las personas. Se entrecruzan variables sociales, económicas, culturales, biológicas y psicológicas, exigiendo por tanto una aproximación multidisciplinaria tanto en la comprensión como en los planteamientos de políticas públicas.

La obesidad infantil ha adquirido una gran relevancia no sólo por las consecuencias para el niño y la niña, sino también por la correlación estadísticamente significativa que existe entre el peso de adulto y/o adolescente con respecto al peso en la infancia. Considerando además que la aparición de la obesidad en la infancia es un indicador determinante en el éxito de los tratamientos futuros guarda aquí gran relevancia la acción precoz y la promoción de estilos de vida saludables en grupos focalizados y la vigilancia de grupos de riesgo priorizados.

Desde la Psicología de la Salud resulta posible aportar en el proceso salud - enfermedad, tanto en los niveles de promoción y prevención de la salud nutricional, así como también en el diagnóstico y tratamientos de personas que presentan el problema de sobrepeso u obesidad, modificando aquellos patrones comportamentales de riesgo y fortaleciendo conductas protectoras.

Se presentan otras investigaciones que contribuyen a profundizar y a conocer el estado actual del problema de malnutrición por exceso, desde distintas perspectivas:

El primero de ellos, profundiza en la Psicofisiología del sobrepeso y obesidad en mujeres. Se aislaron características psicofisiológicas que discriminan entre individuos de peso normal y obesos, las cuales eventualmente permitirían diferenciar subgrupos dentro de la población con sobrepeso. Estos datos podrían contribuir a formular una taxonomía psicofisiológica de los sujetos obesos de utilidad con fines pronósticos y terapéuticos. Esta investigación se basó en la Teoría de la Restricción, de acuerdo con la cual, los sujetos con alta restricción cognitiva desarrollan patrones de ingesta inusuales producto del estrés inherente a un autocontrol crónico.

El segundo, presenta un enfoque psicológico para la evaluación y el tratamiento de la obesidad desde una perspectiva conductual cognitiva. Los énfasis están puestos en una acuciosa evaluación de aquellos factores que guardan relación con el aumento de la eficacia de la terapia y el mantenimiento de los logros. En el programa se consideran diversas estrategias terapéuticas: técnicas conductuales, ejercicio físico, información dietética, reestructuración cognitiva y apoyo social del compañero (a).

El último estudio, corresponde a un resumen ejecutivo de educación nutricional que incluye la revisión y análisis de 217 programas realizados en USA durante las dos últimas décadas. Presentamos el apartado relativo a educación nutricional en preescolares, en cuanto resulta de extrema importancia considerar aquellos aspectos que guardan relación con la promoción de salud nutricional y la prevención de los problemas nutricionales por exceso. Los hallazgos sin duda son de gran aporte para el diseño y evaluación de políticas y programas de promoción y prevención de la salud nutricional.

Debido al carácter multifactorial del fenómeno la obesidad se requiere realizar una evaluación detallada que permita identificar las principales variables involucradas. Esta evaluación es imprescindible para un adecuado diseño y evaluación de programas de intervención en los distintos niveles de acción en salud, a saber, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Enfatizamos que el objetivo prioritario es la promoción de la salud a través de la adquisición progresiva de hábitos más saludables -alimentarios y de ejercicio físico. Siendo la población preescolar un grupo más sensible a la adquisición y modificación de patrones conductuales, creemos que es necesario seguir investigando en esta perspectiva y focalizar las intervenciones lo más tempranamente posible, especialmente en mujeres primigestas. De acuerdo con los antecedentes recopilados, se considera necesario profundizar las investigaciones a través de estudios interdisciplinarios que consideren en su abordaje los factores socio-culturales que inciden tanto en los patrones de ingesta como en las atribuciones psicosociales que van modelando tipos y calidad de alimentación.

La investigación que se presenta se enmarca dentro de la problemática de la malnutrición por exceso - sobrepeso y obesidad, específicamente en niños y niñas preescolares que residen en una comuna urbana de la zona sur de Santiago, de una situación socio-económica de nivel medio a pobre con un índice de pobreza del 20%.

Los preescolares, se encontraban en control en el subprograma de nutrición por problemas nutricionales por exceso, ya sea por un estado nutricional de obesidad, es decir + de 2 desviaciones estándar de lo esperado de acuerdo a la norma, o más de una desviación estándar en caso de los niños con un estado nutricional de sobrepeso.

A través de este estudio, se pretende conocer y describir factores relativos a los antecedentes prenatales, familiares, así, como también hábitos alimentarios y de ejercicio físico, en niñ@s preescolares con problemas de sobrepeso y obesidad, que son beneficiarios de un establecimiento de Atención Primaria de Salud.

Formulación del Problema

El problema de investigación se circunscribe en la temática de la malnutrición infantil por exceso (sobrepeso y obesidad). Se intentó describir los factores de riesgo señalados a continuación, asociados a la malnutrición por exceso en preescolares:

antecedentes prenatales, antecedentes familiares y, hábitos alimentarios y de ejercicio físico.

El estudio se aborda desde la perspectiva de la Psicología de la Salud.

Relevancia del Estudio

Desde el punto de vista teórico, el presente estudio representa un aporte por cuanto la red de conocimientos sistemáticos respecto del tema a investigar, desde la perspectiva de la ciencia social en general, y de la psicología en particular, es escaso; el aporte teórico, por lo tanto, consiste en proporcionar a la comunidad científica un primer acercamiento sistemático del tema de la malnutrición por exceso en niños.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio contribuye a la maximización de los escasos recursos técnico - metodológicos disponibles, por cuanto se aplicó un instrumento de recolección de información creado para fines prácticos en el trabajo de un consultorio de atención primaria de salud. Dicho instrumento se recuperó, recicló y adaptó para fines de análisis heurístico.

Y, desde el punto de vista práctico, el estudio representa un aporte para la construcción y diseño de políticas sociales en el campo de la prevención y promoción de problemas de salud pública asociados a la malnutrición infantil por exceso.

Proyecciones del Estudio

Dada la escasez de conocimiento sistemático respecto del tema planteado, se espera contribuir a la generación de nuevas líneas de investigación relacionadas con la malnutrición infantil, desde la perspectiva de la ciencia social, aportando luces a la dimensión sociocultural y psicosocial en torno al área temática planteada.

Tipo de Investigación

La investigación que se realizó, fue de tipo descriptiva, por cuanto se pretendió describir las características que presentan los niños que manifiestan problemas de

malnutrición por exceso. Para cumplir con este objetivo se analizó una encuesta "Pesquisa de factores de riesgo" (anexo), lo cual permitió conocer en mayor profundidad el problema, adquiriendo una mayor comprensión de éste, al abordarlo desde una perspectiva más integral incorporando en la evaluación otros factores no médicos asociados al problema de la obesidad y el sobrepeso.

CAPITULO 1: OBESIDAD

ANTECEDENTES GENERALES:

Cualquier definición de obesidad puede ser considerada arbitraria. No es fácil la obtención de una clasificación que separe con precisión a los individuos obesos de los no obesos. La heterogeneidad de la raza humana ha estimulado en los estudiosos del asunto, la creación de diversas definiciones, cálculos, tablas, enfocando aspectos cuali y cuantitativos. No hay todavía cómo separar el término de obesidad del exceso de gordura corporal. Se acepta que para la raza humana el porcentaje de gordura corporal se sitúa entre 15 y 18% para el sexo masculino y entre el 20 y 25% para el sexo femenino. Pueden ser considerados obesos los hombres con porcentaje superior al 25% y las mujeres con más de 30%. La medición de porcentaje de gordura requiere técnicas costosas y no siempre precisas. Diversos cálculos procuran establecer los límites de normalidad de peso para una determinada talla.

CLASIFICACIONES:

Por tratarse de un tema complejo y multideterminado distintos investigadores han elaborado diversas clasificaciones para un mismo síndrome, sin que se haya logrado definiciones exhaustivas. A continuación señalaremos las más recurrentes en la bibliografía revisada:

Distribución anatómica del tejido adiposo:

En función de las características clínico anatómicas se han descrito dos tipos de obesidad dependiendo de la distribución corporal de la grasa:

La obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo "manzana", más característica en el sexo masculino - también llamada **obesidad androide**. Y, la obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior o tipo "pera" - **obesidad ginoide** - más frecuente en las mujeres. Algunas de las alteraciones metabólicas y hormonales (hiperlipidemia, diabetes, hipertensión, etc.) que acompañan a la obesidad serían más frecuentes en aquellas de tipo androide (Vague 1980).

En función de la edad de comienzo se han distinguido dos tipos:

- a) **Obesidad Infantil:** es aquella que se inicia en la infancia del sujeto. Y,
- b) la **obesidad adulta**, que se inicia después de la adolescencia.

Se ha observado que la obesidad infantil es más refractaria al tratamiento que la iniciada en la vida adulta y tiende a recidivar siempre que suspende el tratamiento (Saldaña 1988).

En función del grado de obesidad:

En nuestro país se ha clasificado la obesidad en tres categorías:

- 1.- **Leve**, que corresponde del 20% al 29% por sobre el peso ideal.
- 2.- **Moderada**, que va del 30% al 39% por sobre el peso ideal.
- 3.- **Mórbida**, cuando el peso excede en un 40% del peso ideal.

La diversidad de sistemas de clasificación de obesidad han dificultando una mirada integral del problema, hasta el momento la única clasificación no discutida es la que se establece a partir de la etiología.

FACTORES ETIOLÓGICOS

Es sabido que algunas personas engordan con más facilidad que otras. Para entender esas diferencias, es necesario considerar que en el origen de la obesidad, están involucrados factores metabólicos, genéticos, culturales y comportamentales.

Para varios autores, la obesidad resultaría de un desbalance entre la ingesta y el gasto energético, pudiendo ser definida como un "aumento generalizado de grasa corporal debido a un balance energético positivo en que la ingesta supera el gasto" (Burrows y Muzzo, 1985; Uauy y otros 1984; Ivar Carneiro y De Brito, 1997)).

Ingesta calórica:

Este balance calórico positivo, puede ser secundario a:

- a) **Una ingesta aumentada de alimentos.** La causa más frecuente de obesidad en los humanos es la ingesta excesiva, considerada como tal de manera absoluta, o en relación a las necesidades energéticas del individuo. (Saldaña, 1988).
- b) **Hipometabolismo,** con disminución del gasto basal o bien un aumento en la eficiencia de obtención de calorías de los alimentos. Es decir, cuanto más eficiente metabólicamente, más energía sobraría para ser acumulada en la forma de gordura.
- c) **Actividad física disminuida.** Estudios al respecto han revelado que la ingesta normal con baja actividad física resulta ser una característica de la mayoría de las personas que presentan obesidad.

Regulación hipotalámica:

Al parecer los organismos humanos y animales disponen de mecanismos reguladores de peso corporal que estarían localizados en alguna región del hipotálamo o regiones cerebrales vecinas. Estos mecanismos tenderían a mantener estable el peso corporal impidiendo la pérdida o la ganancia excesivas (Saldaña 1988).

La obesidad estaría asociada a un compromiso de núcleos hipotalámicos donde se encuentran los centros del apetito (núcleos laterales) y de la saciedad (núcleos centrales y ventromediales). Estos centros parecen responder a niveles de glucosa sanguínea y metabolitos grasos circulantes. Por ser los centros hipotalámicos dependientes del sistema nervioso, impulsos sensoriales y emocionales tendrían una influencia relevante en sus mecanismos regulatorios.

Factores genéticos y antecedentes familiares

Diversos estudios con variados resultados han demostrado que habría asociación entre obesidad y herencia. Bouchard (1988), señala en una publicación del "International Journal of Obesity", que en un estudio sobre 1698 personas pertenecientes a 409 familias, se demostró participación genética en el 25% de los casos. Y cuando se analizó la distribución androide de obesidad, esta participación llegó a un 30%, (Ivar Carneiro y de Brito, 1997).

Hasta el momento no ha podido demostrarse fehacientemente la transmisión genética pero sí se conoce la incidencia de los antecedentes familiares en la obesidad. También se debe considerar que predestinación no significa fatalidad, menos aún en un síndrome tan complejo.

Algunos autores señalan que el 95% de los pacientes obesos tienen antecedentes familiares de obesidad (Saldaña, 1988). Los hijos de padres obesos tienen muchas más probabilidades de ser obesos que los hijos de padres normales (Kirschenbaum y otros, 1981; Uauy y otros, 1984; Burrows y Muzzo, 1985). Se han revelado cifras de un 50% de posibilidades de obesidad si uno de los padres es obeso, porcentaje que ascendería a un 80% si ambos lo son. También se ha encontrado mayor asociación entre gemelos homocigotos que entre heterocigotos, y los hijos biológicos tienen pesos más similares a sus padres, que los adoptivos.

Por otra parte, se ha postulado que existen factores hereditarios en la formación de células adiposas, en los mecanismos hipotalámicos de regulación de ingesta, en las características de eficiencia del metabolismo y otras alteraciones hereditarias del metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.

FACTORES AMBIENTALES

Existen otros factores que están involucrados en la génesis de la obesidad. Aspectos culturales y comportamentales pueden facilitar o dificultar la manifestación de una tendencia. El factor ambiental estaría presente en casi el 50% de las obesidades como causa principal. (Burrows y Muzzo, 1985).

La preferencia por alimentos ricos en carbohidratos y con alto contenido de grasa también es una característica de los obesos. Los estilos de vida sedentarios y hábitos sociales asociados a la comida son señalados como factores ambientales influyentes.

El nivel socioeconómico, la educación y los medios de comunicación social, aunque no se constituyen como causas por sí mismos, influirían en forma importante como coadyuvantes en el desarrollo de la obesidad.

El nivel socioeconómico (NSE) y la obesidad

El nivel socioeconómico, es considerado como uno de los factores asociados más determinantes. Diversos estudios en Europa y Estados Unidos, muestran una significativa relación entre obesidad y NSE de origen. Moore, Stunkard y Srole (1962), demostraron que el 30% de las mujeres neoyorkinas de NSE más bajo, eran obesas, y que este porcentaje tendía a descender a medida que aumentaba el NSE, observándose sólo el 4% de mujeres obesas, en la clase social más alta. Por su parte, Silverstone, Gordon y Stunkard (1969), demostraron que en Londres, la relación entre obesidad y NSE bajo y alto para las mujeres fue de 2 a 1. En el caso de los hombres, los mayores índices de

obesidad se dieron en el NSE medio, aumentando la frecuencia en las edades más avanzadas.

Un estudio realizado en una muestra de escolares españoles (Alonso y cols., 1984), se observó que el 28.9% de los niños de NSE más bajo presentan obesidad, frente al 10,6% de los escolares de NSE más alto. En nuestro país, una investigación de prevalencia realizado en 23 colegios de Santiago, estudió las diferencias por NSE en una submuestra de 1,460 niños.(Cariaga y Santana,1983). Ellos encontraron los mayores porcentajes para ambos sexos (9,3%), en niños de NSE medio-bajo y mayores de 10 años. Mientras que en los menores de 10 años, la mayor prevalencia se presentó en el NSE medio.

Las causas de la mayor prevalencia en los NSE bajos en los países desarrollados, llevó a plantearse algunas hipótesis (Lewis,1966; en Saldaña 1988):

- El consumo de mayor cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono (que aportan más calorías que los alimentos ricos en proteínas), se debería a su menor precio.
- Las personas de NSE bajos, tienen hábitos alimenticios inadecuados y una educación alimentaria deficitaria, lo que implicaría una falta de criterio para la selección de los alimentos en función de su valor nutritivo.
- Las personas de NSE bajos, no siguen tan estrictamente los dictados de la moda, ni tienen presiones sociales estéticas tan acentuadas como en los NSE más altos.
- Las personas de NSE bajo tienden a confundir con mayor frecuencia gordura con fuerza.
- Las personas de NSE bajos emplean menos tiempo en practicar deportes¹.

¹En nuestro país existe un déficit de infraestructura y de accesibilidad.

En la actualidad, el incremento de la obesidad hace pensar que algunas de la hipótesis mencionadas se pueden hacer extensibles a todos los niveles sociales, específicamente en lo relacionado los hábitos alimenticios y los estilos de vida sedentarios.

La Educación y los Medios de Comunicación Social

La falta de instrucción sobre los requerimientos nutricionales adecuados para las distintas etapas del desarrollo humano, parece ser una carencia que abarca distintos niveles. En los programas educacionales chilenos, se han realizado intentos por incorporar unidades educativas dentro de determinadas asignaturas, pero éstas no han trascendido ni se han convertido en materias obligatorias y estables (Uauy, 1984). Por otra parte, tampoco es la nutrición tema de gran relevancia en la formación de pregrado de profesionales y técnicos de la salud.

En relación al nivel educacional de los padres, Alonso et als., en 1984, encontró que la prevalencia de la obesidad es de 15,7% entre los hijos de universitarios, alcanzando un 29% entre los hijos de padres no universitarios.

Por su parte, la alta exposición a múltiples medios de comunicación de masas, se cuenta entre los factores de riesgo que tienden a estimular la condición de obesidad.

LA OBESIDAD COMO FACTOR DE RIESGO

En los últimos años los resultados de diversas investigaciones, han demostrado que el exceso de peso es un factor de riesgo tanto para desencadenar otras enfermedades como para elevar las tasas de mortalidad. Desde la década de los años '60, los estudiosos del tema, han señalado que las personas obesas serían más susceptibles de contraer otras enfermedades que aquellas que tienen un peso normal, y el tipo de ingesta ha sido relacionado con frecuencia con seis de las diez causas principales que provocan la muerte

en los Estados Unidos: enfermedades coronarias, infarto de miocardio, diabetes, arterioesclerosis y cirrosis (Mc Govern, 1976; en Saldaña, 1988).

Los riesgos que acompañan a la obesidad crónica, son bastante serios. Múltiples estudios realizados, han logrado establecer una estrecha relación entre obesidad e hipertensión arterial, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, intolerancia a los carbohidratos, enfermedades cardiovasculares, afecciones hepáticas, déficits respiratorios, trastornos renales, alteraciones de columna, riesgos obstétricos, complicaciones ante intervenciones quirúrgicas, así como frecuentes problemas en las articulaciones: artritis, dolor de espalda, dificultades en las caderas, rodillas y tobillos, etc. (Saldaña, 1988; Burrows y Muzzo, 1985; R. Leibel, 1985; Ivar Carneiro y De Brito, 1997)

II.- OBESIDAD INFANTIL

ANTECEDENTES GENERALES:

La obesidad infantil ha adquirido una gran relevancia no solo por las consecuencias para el niño, sino por la correlación estadísticamente significativa que existe entre el peso de adulto y/o adolescente con respecto al peso en la infancia. Se ha encontrado una probabilidad 2,5 veces mayor en aquellas personas que durante su infancia tuvieron pesos por sobre el percentil 90. (Chamey y otros, 1976)). También es importante señalar que la obesidad infantil es un factor determinante en el éxito de los tratamientos empleados, siendo más refractaria que la obesidad iniciada en la vida adulta. Por otra parte, se han descrito tres periodos críticos en el desarrollo de la obesidad con consecuencias en la vida adulta: los dos primeros años de vida, el periodo del rebote de la adiposidad entre los 5 y 7 años y la adolescencia (Dietz 1994).

Existe consenso en que la obesidad es una de las patologías frecuentes en niños y adolescentes. En EE.UU. e Inglaterra varía entre un 3 y un 20%. Mientras que en Chile, algunos estudios revelan un 5% en los varones y un 10% en las mujeres.

DEFINICIONES

La mayoría de las obesidades infantiles corresponden a la obesidad simple o exógena. No obstante, existen otras que son secundarias a un aumento de líquido (edema o hipervolemia) o del tejido muscular. La estatura y el sexo son otros factores importantes a considerar, dado que a un niño con menor talla se le debería exigir un menor peso y por otro lado, el sexo determina la composición de los diversos tejidos, teniendo mayor peso los hombres que las mujeres.

Considerando los factores anteriormente mencionados se han señalado las siguientes definiciones de la obesidad infantil:

"La obesidad simple infantil se caracteriza por un aumento del tejido graso del cuerpo, distribuido uniformemente. Es necesario considerar edad, peso y talla, no solamente exceso de peso para la edad". (Burrows y Muzzo 1985).

Uauy y Cois (1984) la han definido como un peso corporal por encima del percentil 90-95-97 en relación a la edad. También ha sido establecida como un peso sobre el 120% de la mediana de distribución Peso -Talla en poblaciones infantiles de países industrializados

TIPOS DE OBESIDAD INFANTIL:

En términos de composición corporal se distinguen 3 grupos de niños con obesidad:

a) Con aumento proporcionado de tejido adiposo y muscular: historia de obesidad desde los primeros años de vida, buen aporte proteico y crecimiento y desarrollo más acelerado que lo normal.

- b) Con aumento en la proporción de tejido adiposo y con masa muscular conservada.
- c) Con aumento del tejido adiposo con masa muscular disminuida. Son los llamados "obesos desnutridos", con antecedentes de un exceso de ingesta de hidratos de carbono y bajo aporte proteico, progreso pondoestatural deficiente. Este el obeso de los países subdesarrollados.

FACTORES ETIOPATOGENICOS:

Estudios histológicos.

La energía contenida en los alimentos absorbidos desde el intestino tiene dos alternativas: es gastada en la producción de movimiento, crecimiento y funciones metabólicas, o es almacenada en forma de grasa en los adipositos o células grasas, cuyo conjunto forman el tejido adiposo del organismo.

Al parecer obesos infantiles y adolescentes presentarían hiperplasia del tejido adiposo, mientras que los obesos adultos muestran hipertrofia.

La hiperplasia estaría influenciada por una interacción entre factores genéticos y la dieta que afectarían el número de células grasas; mientras que la hipertrofia sería debido a factores nutricionales que aumentan el tamaño de los adipositos

Las condiciones dietarias presentes durante el período de crecimiento de las personas, determinarían el número de células adiposas de reserva. La hiperplasia tendría lugar entre la 30ª semana de gestación y el primer año de vida, con un aumento gradual y continuo durante la niñez (Uauy 1984).

Luego de los 7 años, comenzaría nuevamente un aumento progresivo con un peak máximo en la adolescencia, que es más temprano en las niñas, quedando la mujer con un mayor contenido de grasa corporal que el hombre (19 a 29% en la mujer y 12 a 22% en el

hombre). Con los años hay una tendencia a aumentar la proporción de tejido adiposo y disminuir la de tejido muscular (Burrows y Muzzo 1985).

FACTORES AMBIENTALES.

A.- Influencia intrauterina:

1.- **La obesidad materna** se asocia a un aumento de grasa corporal en el recién nacido, algunos estudios sugieren que el grado de adiposidad en el momento del nacimiento se correlaciona con el riesgo de obesidad en etapas más tardías.

2.- **Diabetes mellitus materna**, durante el embarazo esta enfermedad induce en el feto niveles elevados de glucosa de insulina los que a su vez estimulan en éste el depósito de tejido graso.

B.- De la ingesta:

Los niños obesos muestran comúnmente un estilo de ingesta llamado "alta densidad" (Kirschenbaum y Tomarken 1982), el cual podría ser una contribución conductual a la obesidad. Este estilo de ingesta incluye comida excesiva y se observa mayor frecuencia a engullir y menor masticación en los niños obesos que en sus compañeros no obesos. Los niños obesos también suelen ser menos activos que los más delgados (Brownell y Stunkard, 1980). La condición de menor actividad en la etapa preescolar se va acentuando en las etapas siguientes, la pobreza en destreza y habilidad neuromotriz son producto precisamente de la falta de ejercitación continua y pueden ser consideradas como consecuencias de una obesidad temprana (Uauy y Cols., 1984).

PREVALENCIA DE OBESIDAD EN CHILE

Originalmente la obesidad se asociaba con una de las características epidemiológicas propias de países desarrollados, actualmente su prevalencia es también alta en países que están en desarrollo, donde coexisten patologías de malnutrición como desnutrición y obesidad.

En nuestro país, los resultados de diversas investigaciones indican que ha habido un aumento de la prevalencia de la obesidad, entre 1960 y 1984, de 32% en los hombres y 73% en las mujeres (Rozowski 1997).

Información obtenida del Ministerio de Salud² acerca de la población infantil, señala que de acuerdo al indicador peso/talla, los niños entre 0 y 6 años de edad, poseen un 16% de sobrepeso (entre +1 y +2 D.E.), y un 6% de obesidad (sobre +2 D.E.). Constituyéndose así, en un nuevo problema de Salud Pública para nuestro país.

También se ha descrito que existe variabilidad geográfica, con mayor prevalencia en las zonas extremas del país, donde se llega a valores de sobrepeso y obesidad, cercanos al 30% (Situación Nutricional Infantil por comunas.1994.Dpto. Nutrición, Minsal).

Según datos de la misma fuente, en los últimos años se ha observado un aumento del sobrepeso en embarazadas de 18,8% a 23,5%, y de obesidad de 12,9% a 23,9% en igual período, alcanzando un 46% de malnutrición por exceso.

Actualmente, de acuerdo con el Boletín Anual de Vigilancia Nutricional del Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS,1999), la prevalencia de sobrepeso y obesidad para los menores de 6 años alcanzaría: 22,4% en el país; en la Región Metropolitana 22,1%; y para el SSMS 27,5%.

² "Prioridades en problemas de salud relacionados con alimentación y nutrición"Nov.1995.Minsal,Chile.

En Chile, la obesidad tiene fuerte asociación con la edad y paridad materna, duplicando su prevalencia en grandes multíparas o en embarazadas mayores de 35 años. A diferencia de lo observado en otros países de la región, el ciclo reproductivo determina un incremento progresivo de obesidad materna, uno de los factores de riesgo más importantes en las principales patologías del adulto chileno.³

Estudios de los años '80, señalan que el 5% de los hombres y el 28% de las mujeres chilenos son obesos, considerando para ello el índice de masa corporal >27,3. En un estudio similar en 1992, el porcentaje habría aumentado a 40% (Minsal, 1995. op.cit.). En 1988, habría en Chile 1,6 millones de personas con riesgo de mortalidad elevado, por presentar sobrepeso y obesidad. En el período de 1988 a 1992, la cantidad de obesos en el país habría aumentado en más de un millón. Estudios de 1992, muestran una prevalencia de un 20,5% en los hombres y de un 40% en las mujeres, especialmente de nivel socioeconómico bajo, donde llega casi al 50%, según se aprecia en la siguiente tabla.

Prevalencia de obesidad según sexo y NSE 1988 y 1992

		1988	1992
HOMBRES	TOTAL	15,4	20,5
N.S.E	ALTO	10,7	22,9
	MEDIO	15,4	18,4
	BAJO	13,2	20,0
MUJERES	TOTAL	26,5	39,9
N.S.E.	ALTO	14,1	20,5
	MEDIO	21,1	41,9
	BAJO	29,3	49,7

Fuente: Berrios et. al., U.C. 1995.

³ Fabara D. "Evaluación del efecto de la paridad en la nutrición materna" Tesis Magister en Salud Pública. U. de Chile, Stgo. 1985.

Como factor de riesgo de distintas enfermedades, la obesidad es el que ha tenido mayor incremento. Por lo tanto, la prevención de obesidad tiene un efecto multiplicador porque ejerce un efecto protector en la mayoría de los factores de riesgo asociados a problemas nutricionales.

En un listado de 5 Prioridades de Intervención en Nutrición, diseñado por un grupo de expertos convocados por el Ministerio de Salud, y a partir del cual se establecerían guías de alimentación para la población en general, la obesidad ha sido señalada en el segundo lugar luego de las enfermedades cardiovasculares.

CAPITULO 2: PSICOLOGÍA DE LA SALUD

ANTECEDENTES:

En los orígenes de la historia de la medicina, Hipócrates mencionaba en sus escritos la influencia recíproca del cuerpo sobre la esfera anímica, conceptualizando la variable ambiental como un factor etiológico de enfermedad. Galeno, estimaba que el 60% de sus pacientes tenían síntomas de origen emocional más que físico. Estas cifras son similares a las estimaciones actuales de un 60 - 80% (Shapiro 1978). Sin embargo, a partir de la época del Renacimiento, ha predominado una conceptualización Cartesiana de la mente y el cuerpo, que ha contribuido a la atomización de ambas variables.

Durante las dos últimas décadas, ha ido surgiendo un nuevo paradigma que intenta abordar integralmente el conjunto de factores involucrados en el proceso de salud-enfermedad, esta ha sido denominada consensualmente- Psicología de la Salud.

Bayés (1985) ha identificado tres enfoques ligados a la aparición de la Psicología de la Salud:

Enfoque Psicosomático:

Las bases de este enfoque surgen a comienzos de la década de los 50 con los trabajos de Franz Alexander y Fladers Dunbar, ambos miembros del Instituto Psicoanalítico de Chicago. Ellos postularon que los conflictos inconscientes sin resolver eran los responsables de diversos trastornos orgánicos y que incluso era posible descubrir tipos "específicos de personalidad" en algunos de ellos: hipertensión esencial, asma bronquial, ulcus gastroduodenal, etc.

Gracias a los esfuerzos de esta escuela psicoanalítica la Medicina Psicosomática logra una amplia difusión. No obstante, que la mayoría de las hipótesis planteadas por los

fundadores no han podido ser demostradas empíricamente, de acuerdo con los cánones del método científico, el término "psicosomático" se independizó de la teoría original que los sustentaba y actualmente éste se utiliza como un concepto para referirse a los trastornos orgánico, cuya etiología puede atribuirse a variables psicosociales.

Fisiología Experimental:

Este enfoque ha puesto su énfasis sobre los efectos de las emociones en el funcionamiento global del organismo. Los trabajos de Cannon (1935), Selye (1946) y Brady (1958) demuestran que la respuesta fisiológica varía significativamente en función de factores estrictamente psicológicos. Las variables ambientales, actuando a través de vías y mecanismos puramente psicológicos son capaces de alterar la bioquímica de nuestros organismos. Las características del cambio están en funciones de asociaciones y valoraciones cognitivas aprendidas y que los efectos indeseables de las respuestas fisiológicas a los estímulos estresantes podrán disminuir o eliminarse.

Cortico visceral:

Esta tendencia surge en la escuela rusa, que tiene sus precursores en Sechenov, Pavlov y Bykov, este grupo desarrolla la idea de que las interacciones del medio externo con el interno obedecen a las leyes generales del condicionamiento (Alcaraz, 1979; Bykov y Kurtsin, 1968; Colodrón, 1976; Valdés, 1983). Este enfoque posee muchos puntos en común con el enfoque anteriormente mencionado y aunque es menos conocido en Occidente, se reconoce su valor en el aporte al desarrollo de la psicología de la salud o a la medicina comportamental.

Bayés (1985), hace referencia además al aporte de la sociología de la medicina, la epidemiología y la antropología médica, que desde distintos ángulos han señalado la importancia de los factores sociales en el origen, desarrollo, mantención, control y consecuencias de los trastornos y enfermedades.

Luzoro (1992) agrega a esta panorámica de antecedentes tres vertientes adicionales: dos provenientes de la praxis psicológica, citando a Ribes y Shapiro. Y la tercera producto del contexto social de la salud mundial a fines del siglo XX.

Ribes (1979) describe como antecedente decidor de el surgimiento de esta nueva área disciplinaria, la intersección de la metodología del análisis experimental de la conducta con los problemas de la investigación biomédica y sus aplicaciones... “ en años recientes y como consecuencia de la influencia recíproca de las ciencias biológicas y de la conducta, se ha configurado una nueva área interdisciplinaria denominada medicina conductual. La medicina conductual abarca, no solamente aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también la investigación experimental de problemas biomédicos desde la perspectiva que ofrece el análisis experimental de la conducta”.

Profundizando en el mismo aspecto, Shapiro (1988) afirma que el término medicina comportamental lo acuñó un psiquiatra llamado Lee Birk (1973), quién señaló que la biorretroalimentación o el condicionamiento operante de los sistemas de respuestas fisiológicas podían considerarse como una forma de terapia comportamental para el control de los síntomas de trastornos físicos, como la elevada presión arterial o el dolor de cabeza (migraña).

Continuando con lo expuesto por Luzoro (1992), las praxis profesionales y académicas que llevaron a Birk (1973) a plantear el término “medicina comportamental”, se encuentran fundamentalmente en los anuarios Aldine (“On the Regulation of Bodily Process & Conscionsness”), editados en 1971 y 1972 por Shapiro, Barber, Di Cara, Kamiya, Miller y Stoyva. En la misma publicación años más tarde (1988), Shapiro plantea que la medicina conductual no es una reducción de lo psicológico (comportamental) a un efecto del funcionamiento fisiológico, sino que considera las reacciones fisiológicas, comportamentales y emocionales como pautas de respuestas integradas en las cuales los componentes fisiológicos y conductuales se ven como

concurrentes más que pertenecientes a un solo campo (v.g. conductual), produciendo cambios en el otro campo (v.g. el fisiológico).

Es preciso mencionar que aunque la medicina actual posee un arsenal terapéutico eficaz para hacer frente a un gran número de enfermedades agudas y transmisibles, en general, se muestra inerte frente a las enfermedades de nuestro tiempos: las enfermedades no transmisibles o crónicas. Sin embargo deberíamos mencionar que seis de cada diez muertes en USA son de naturaleza crónica; que 7 de la 10 principales causa de muerte en ese país se encuentran determinadas, en gran parte, por factores comportamentales (Deleon Y Pallak, 1982); y que se ha estimado oficialmente que el 50% de la mortalidad producida por las 10 principales causas de muerte puede atribuirse a los estilos de vida (Center for Disease Control, 1980). Por tales motivos, resulta imperioso mejorar la salud de la población basándose en paradigmas integradores de la salud, que apunten a cambiar hábitos de riesgo y fortalezcan conductas protectoras de la salud.

Finalmente, Bayés (1985) señala que para comprender la excelente acogida dispensada en los Estados Unidos y en gran parte de Europa a la medicina comportamental es necesario enmarcar el contexto socioeconómico en el cual surge. Destaca cuatro aspectos:

- 1.- El rápido aumento de los costos sanitarios.
- 2.- La ineficacia de la actual tecnología moderna para dar respuesta a las enfermedades y trastornos propios de estos tiempos.
- 3.- El incremento en el número y gravedad de las denominadas enfermedades yatrógenas.
- 4.- El creciente interés de los ciudadanos por asumir un rol activo y responsable en el control de los factores que afectan sus vidas.

DEFINICIÓN:

En 1978 la Academy of Behavioral Medicine Research define a la medicina comportamental como "el área interdisciplinaria que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y técnicas de las ciencias comportamental y biomédica que son relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

En 1978 la American Psychological Association crea la División 38 a la que denomina Health Psychology (Psicología de la Salud), cuyo objetivo básico consiste en fomentar y difundir la contribución profesional de los psicólogos a un mejor conocimiento de la salud y la enfermedad.

La definición de Matarazzo, quien fuera el primer presidente de esta División señala: "La Psicología de la Salud es el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación, de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria".

Aunque se ha tratado de establecer una distinción entre la Medicina Comportamental y la Psicología de la Salud, destacando que la primera suele poner énfasis en aspectos relacionados con el tratamiento mientras que el acento de la segunda recae especialmente en la prevención, resulta difícil establecer una diferenciación (Bayés 1985). Por tal motivo entenderemos la Psicología de la Salud como sinónimo de la Medicina Comportamental.

En 1982 aparece la primera publicación de la revista "Health Psychology", órgano oficial de la citada División 38. Una revisión de las publicaciones expresa un

cuestionamiento básico al modelo tradicional del abordaje de la enfermedad, orientando el quehacer de la Psicología de la Salud en tres aspectos señalados por Singer y Krantz (1982):

- 1.- Los hábitos y estilos de vida que afectan negativamente a la salud, tales como el consumo de tabaco.
- 2.- Los efectos fisiológicos que son consecuencia directa de estimulaciones psicosociales, tales como las situaciones productoras de estrés.
- 3.- El cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En este sentido señalan, por ejemplo, que sólo una cuarta parte de los pacientes que ha seguido con éxito un tratamiento, se mantiene sin recaídas al cabo de un año.

ÁREAS DE INVESTIGACIÓN Y APLICACIONES.

Actualmente la Psicología de la Salud ha realizado aportes a prácticamente todo el campo de la medicina. Según , el actual Presidente de la Asociación Latinoamericana de la Psicología de la Salud (ALAPSA) J. Grau, este crecimiento de la especialidad no es solo reflejo de una nueva época de la psicología, sino ilustrativo del cambio de enfoque que se va gestando en la salud pública en el cual los psicólogos han ido jugando roles claves.

Algunas de las líneas de investigación y aplicación señaladas por Grau (1992), son las siguientes:

- Desarrollo de nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento de base psicológica en relación con la neurosis y el comportamiento autodestructivo.
- Estudio de las manifestaciones psicosociales del modo de vida y el estilo de vida personal que se relaciona con el surgimiento y curso de enfermedades crónicas. Al mismo tiempo continúa el trabajo de identificación de su influencia sobre el

psiquismo, a través de la constatación y rectificación de cambios en el desarrollo anómalo de la personalidad que algunas de estas enfermedades generan.

- Profundización de los estudios del estrés emocional, tanto en relación con su identificación como factor de riesgo para contraer una enfermedad, especialmente en el contexto de la vida familiar y laboral, como en el estudio de sus efectos sobre el desarrollo y tratamiento de la enfermedad.
- Estudios acerca de los determinantes psicosociales de la accidentabilidad, especialmente en relación con los accidentes que ocurren en el tránsito, la vida laboral y en el hogar.
- Participación de la Psicología en la solución de los problemas del proceso reproductivo y la salud materno-infantil en general.
- Promoción de la salud nutricional en niños y adultos.
- Capacitación del personal de salud en la comprensión de los factores psicosociales que intervienen en el proceso de salud-enfermedad.
- Investigación y asistencia psicológica a la tercera edad.
- Desarrollo del área de la Psicología del Dolor, constituyéndose en un capítulo importante de la Psicología de la Salud contemporánea.
- Incorporación de la psicología en la atención integral a pacientes en estado crítico, los psicólogos incrementan sus aportes en los cuidados paliativos a pacientes terminales potenciando la integralidad de la atención en la preparación para una muerte inevitable, con dignidad y sin dolor.
- Profundización de los aspectos teórico metodológicos y conceptuales de la Psicología de la Salud en la búsqueda de definiciones más precisas.

CAPITULO 3: PSICOLOGÍA DE LA OBESIDAD

El enfoque de la Psicología de la Salud, en relación a la obesidad, ha puesto su énfasis en formular modelos teóricos que den cuenta a qué se debe el comportamiento de ingesta excesiva. Las distintas explicaciones teóricas pueden agruparse como sigue (Saldaña 1988):

- 1.- Los obesos tienen problemas de personalidad que alivian mediante la conducta de ingesta.
- 2.- La ansiedad juega un papel fundamental en la conducta de ingesta. Los obesos comen más antes situaciones de elevada ansiedad, utilizando la sobreingesta como un mecanismo para reducir la activación emocional.
- 3.- La conducta de comer en los obesos está bajo el control de estímulos externos (control ambiental), mientras que las personas con normo peso están bajo el control de estímulos internos (control fisiológico).
- 4.- Las personas obesas tienen un estilo de alimentación diferente que las personas delgadas.
- 5.- El desequilibrio energético causa de la obesidad se debe fundamentalmente a estilos de vida sedentarios.

RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS A LA OBESIDAD

Por muchos años, diversas investigaciones han intentado establecer correlaciones entre rasgos de personalidad y la conducta de sobreingesta.

Las primeras teorías alusivas fueron las de la escuela psicodinámica, que explicaban el fenómeno de la obesidad como una alteración de la fase oral (Rascovsky, De Roscovsky y Schlossberg, 1950), sin embargo, se le critica a este modelo la falta de rigurosidad metodológica en las investigaciones.

Por otro lado, se han realizado estudios para determinar la importancia de variables de personalidad, tales como, la depresión, neuroticismo, autoestima, auto concepto, etc., en la obesidad intentando comprobar en forma empírica la hipótesis de que los sujetos con obesidad tendrían, más problemas psicológicos que los con normo peso.

Ley(1980), señala que estas investigaciones se han caracterizado por: 1.- Utilizar casi exclusivamente poblaciones clínicas; 2.- Basar sus conclusiones en muestras pequeñas, y 3.- No emplear grupo control con los que comparar los datos obtenidos. También cabe señalar la dificultad para determinar si estos rasgos de personalidad son causa o efecto de la obesidad.

Hamburger (1951), en su intento por identificar el rol que juegan las variables psicológicas en la sobrealimentación, señaló 4 factores etiológicos: 1.- Ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas; 2.- Sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables; 3.- ingesta como síntoma de enfermedad mental subyacente; y, 4.- Adicción a la comida. En otro estudio realizado con pacientes obesas, se establecieron tres grupos: Obesidad simple sin causa fisiológica conocida, obesidad provocada por una causa fisiológica clara y grupo mixto. Levitt y Felluer (1963), encontraron que el grupo con obesidad simple obtuvo puntuaciones significativamente mayores en 10 de las tres escalas del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). En la mayoría de los estudios señalados carecen de grupo control y han sido realizados en contextos clínicos, proporcionando solamente información relativa a sujetos que buscan un soporte médico.

Las investigaciones que se han realizado con poblaciones no clínicas arrojan un panorama un tanto diferente. Moore y cols(1962), encontraron que los obesos eran más inmaduros y desconfiados que las personas con normopeso, Simón (1963),

determinó que eran menos depresivos, y Silverstone (1968) señaló que su grado de neuroticismo era semejante al de las personas no obesas.

Como lo hemos señalado anteriormente, la obesidad no es solamente un problema médico, si no que también tiene implicaciones sociales y psicológicas importantes. Como señala Brownell (1982), el obeso no sufre únicamente por su condición de obeso, sino que también sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación de la cual es objeto. Estudios clínicos han sugerido que los niños con sobrepeso experimentan una autoestima baja como consecuencia de su obesidad (Allone, 1979; Sallade, 1973); aunque recientemente, Wadden, Foster y Brownell y Finley (1984), no han encontrado diferencias entre el nivel de autoestima con niños con peso normal y niños obesos.

En resumen, en la actualidad, el conocimiento acumulado en relación a la obesidad y las alteraciones psicológicas no es concluyente, básicamente por tres razones:

- 1.- Muchos de los resultados están basados en investigaciones clínicas de casos en las que se han empleado medidas psicométricas inadecuadas y en las que no se han incluido grupos controles (Coates y Thoresen, 1980).
- 2.- La mayoría de los estudios se han realizado con población clínica que ha buscado tratamiento médico para la solución de su obesidad, por tanto, es imposible generalizar a los sujetos obesos que no buscan tratamiento médico. Como señala Ley (1980), probablemente los más neuróticos, deprimidos o ansiosos buscan ayuda, existiendo una auto selección preestablecida.
- 3.- La psicopatología que puede estar asociada a la obesidad, surge de la reacción que la sociedad tiene contra la gordura y el consecuente rechazo que experimenta la persona con obesidad, y no necesariamente de alteraciones psicológicas inherentes al individuo. (Rodin, 1981).

RELACIÓN ENTRE ESTADO EMOCIONAL Y CONDUCTA DE SOBREINGESTA

Otra línea de investigación psicológica ha sido la psicósomática, con numerosas publicaciones. Esta línea ha intentado demostrar la posible relación entre estados emocionales, stress o ansiedad y la sobreingesta. Uno de los primeros estudios en este sentido, fue el de Kaplan y Kaplan(1957), ellos proponían que la sobreingesta era una conducta aprendida, empleada por el sujeto obeso como un mecanismo para reducir la ansiedad.

Bruch(1973), propuso que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, y que esta falta de discriminación podía producir una ingesta inadecuada, siendo posible que el individuo obeso confundiera con frecuencia, sus diversos estados de activación emocional con el hambre, y a consecuencia de este error de discriminación, comiera cuando estuviera activado emocionalmente.

Los primeros estudios para verificar las hipótesis psicósomáticas, fueron realizados por Schachter, Goldman y Gordon (1968), en que los sujetos fueron sometidos a estímulos de alto y bajo nivel de miedo, tomando medidas directas de la ingesta. Sus resultados señalaron que los sujetos normales comieron más cuando estaban tranquilos que cuando tenían miedo, mientras que los sujetos obesos comieron lo mismo en ambas situaciones. Estos estudios contradecían la hipótesis inicial. Por otro lado, Mackenna (1972) obtuvo resultados similares, al mostrar que su grupo de estudio comía un poco más en situaciones de activación emocional, y que dicha sobreingesta no produjo una reducción emocional.

Slochower (1976), consideró la siguiente hipótesis: que los sujetos obesos consumirían más alimentos cuando no pudieran explicar la causa de su ansiedad y no tuvieran control sobre ella, que cuando el origen de la misma pudiera ser identificado. Los resultados aportaron lo siguiente: los sujetos obesos manifestaron un incremento significativo en su ingesta cuando no pudieron identificar la causa de su activación emocional, siendo menor cuando ésta era identificada, mientras que los sujetos con

normopeso manifestaron una reducción en su consumo de alimentos cuando la causa de la activación emocional no fué posible identificar.

Hasta el momento y según la bibliografía revisada, no ha sido posible determinar claramente la relación entre activación emocional y sobreingesta; sin embargo, se pueden obtener algunas conclusiones:

- 1.- La conducta de sobreingesta está inducida por estados emocionales de ansiedad y estrés, aunque no se puede demostrar claramente que esta conducta actúe como un reductor de esos estados emocionales.
- 2.- Las investigaciones realizadas han prestado mayor atención a las conductas de ingesta que a las manipulaciones experimentales sobre los estados emocionales, produciendo en la mayoría de los casos estados emocionales radicalmente distintos y de difícil comparación.
- 3.- Los sujetos obesos producen mayor número de respuestas de ingesta asociados a estados emocionales que los sujetos de peso normal, pudiéndose pensar que los obesos mórbidos mostrarían mayor sobreingesta que los obesos moderados o leves.

FACTORES COMPORTAMENTALES ASOCIADOS A LA OBESIDAD

Los estudios que correlacionan los factores comportamentales con la obesidad, se basan en la posibilidad que los sujetos obesos tengan hábitos diferentes de los sujetos normales que estén incidiendo en el mantenimiento del problema. Los escritos referidos a los patrones del comportamiento de los obesos son vastos, heterogéneos y hasta cierto punto éstos son contradictorios. Sin embargo, se han aislados tres factores básicos: 1. - estilo de alimentación; 2. - influencia de los estímulos externos en la conducta de sobreingesta; 3. - patrones de actividad física.

Estilos de alimentación: con respecto a este punto se han estudiado los ritmos de ingesta, la elección de alimentos, horario y cantidad diaria de ingesta. El estado de arte de las investigaciones arrojan las siguientes conclusiones:

1. - La presencia de un estilo de alimentación característico de las personas obesas no está totalmente demostrado, y es solamente en la infancia donde se demuestra con mayor claridad.
2. - La única evidencia clara, de un perfil característico del ritmo de ingesta de los individuos obesos, parece estar relacionado con el menor número de masticaciones por bocado, esto explicaría porque consumen el alimento introducido en la boca más rápidamente, aunque esto no quiere decir que comen más rápido. Resulta necesario agregar que los efectos sobre el consumo calórico de la frecuencia de las masticaciones son desconocidos, aunque existen evidencias de que un ritmo de ingesta más lento aumenta la saciedad (Wooley y Turner, 1976).
3. - Los datos obtenidos hasta la fecha no permiten establecer si los obesos consumen más calorías por día a pesar que éste es un de los factores más importantes en la obesidad.
4. - La frecuencia en el consumo de alimentos a lo largo del día es uno de los aspectos del estilo de alimentación que diferencia a sujetos obesos de los normo peso. Los obesos comen con menor frecuencia que los sujetos delgados, y esto incide directamente en el aumento de peso. Dodd y cols (1966), encontraron que los obesos consumían alimentos con un porcentaje significativamente menor de proteínas que las personas no obesas.

Influencia de los estímulos externos en la sobreingesta: Diversos estudios han sugerido que la ingesta de personas con peso normal pareciera estar controlada por factores fisiológicos internos relacionados con estados de hambre y saciedad, mientras que la conducta de comer de las personas con sobrepeso estaba determinada por

factores externos al individuo como son: la hora del día, el sabor, el olor, la variedad de alimentos y la visión de otras personas comiendo. Aunque al parecer existen datos que apoyan en parte la hipótesis de la externalidad, según Rodin (1978), el planteamiento de un control interno de la ingesta versus control externo presenta varias deficiencias, entre las cuales se encuentran las siguientes:

1. - Una mayor sensibilidad a los estímulos externos no es condición necesaria ni suficiente para el desarrollo de una obesidad, aunque esta pudiera predecir un aumento de peso a corto plazo en personas expuestas a ambientes con gran variedad y cantidad de alimentos (Nisbett y Storms, 1975; Rodin 1976).
2. - Uno de los factores internos que se han estudiado ha sido el de la motilidad gástrica para iniciar la ingesta, este no es exclusivo de los sujetos con obesidad, por tanto, no resulta un factor adecuado para demostrar el control interno de la ingesta.

Patrones de actividad física: con respecto al gasto energético y la actividad física en el desarrollo de la obesidad, no existen estudios concluyentes debido a que: 1. - los niveles bajos de actividad física no representan necesariamente niveles bajos de gasto energético, ya que una misma actividad comporta un mayor gasto calórico al obeso que al que no lo es; 2. - el hecho de que los adultos obesos parezcan ser menos activos que los de peso normal, y que esa diferencia no se pueda confirmar entre niños obesos y no obesos, plantea la posibilidad de que la inactividad sea una consecuencia de la obesidad y no una causa (Brownell y Stunkard, 1980).

Los efectos metabólicos de la actividad física pueden asociarse al apetito, peso y composición del cuerpo y al metabolismo basal. Stern (1984) señala que la disminución de la ingesta producto del ejercicio es un efecto que se produce a corto plazo en sujetos moderadamente activos, mientras que para individuos sedentarios estos efectos sólo se observan después de un período prolongado de actividad física.

Por lo tanto, si los obesos son más sedentarios que los normales parece evidente que la prescripción de ejercicio debe acompañar cualquier tipo de tratamiento destinado a reducir peso. Ya que aunque inicialmente los efectos de dicha actividad aumenten la ingesta, a largo plazo la cantidad de alimentos consumidos se reducirá favoreciendo la pérdida de peso.

Por otra parte, las personas que siguen solamente un régimen alimenticio para bajar de peso pierden a menudo tejido muscular además de grasa. Pero cuando la dieta se combina con programas de actividad física además de no producirse esa pérdida, puede llegar a incrementarse la musculatura (Speaker, Schultz y otros 1983).

Por último, debemos señalar que el ejercicio en sí mismo puede facilitar la pérdida de peso al incrementar el ritmo metabólico y que este aumento puede contribuir a la reducción que se produce con ingesta calóricas de dietas.

Factores socio ambientales: Dado que el tema de la obesidad es un problema de salud pública resulta necesario una visión que contemple un análisis que pueda determinar las variables socio ambientales que facilitan o impidan la adquisición de hábitos alimentarios y de actividad física adecuados, así como un control permanente del peso. Este aprendizaje debe promoverse desde la infancia ya que como señalamos anteriormente, con muchísima frecuencia los niños obesos se convierten en adultos obesos. Desde el punto de vista de la psicología del comportamiento, los principios del aprendizaje social proporcionan un marco teórico adecuado para el estudio de la influencia de los factores ambientales, tanto en la adquisición como en el mantenimiento de pautas comportamentales. Puesto que la mayoría de estos hábitos son aprendidos mediante imitación y modelamiento, pueden emplearse estos mismos mecanismos para facilitar el aprendizaje de patrones correctos de alimentación y actividad física.

De la revisión de las investigaciones mencionadas se desprende que es más relevante enfatizar la prevención del trastorno a través de la disminución de factores de riesgo y

la mejoría de la calidad de vida que solamente en el estudio de la etiología y tratamiento de la obesidad.

CAPITULO 4: REVISIÓN DE INVESTIGACIONES

PSICOFISIOLOGÍA DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN MUJERES⁴

Uno de los presupuestos de este estudio es que una ponderación de los diversos factores que interactúan en la producción del resultado final obesidad y la importancia relativa de cada uno de ellos, según el caso individual, permitirían un abordaje diferenciado del diagnóstico y del tratamiento.

Dentro de las variables fisiológicas, se investigó el rol que podría jugar la insulina en relación a dimensiones de la conducta ingestiva, a variables de personalidad y a patrones de comunicación afectiva en la determinación del sobrepeso y la obesidad. Se trata de aislar características psicofisiológicas que discriminen entre individuos de peso normal y obesos, las cuales eventualmente permitirían diferenciar subgrupos dentro de la población con sobrepeso. Estos datos podrían contribuir a formular una taxonomía psicofisiológica de los sujetos obesos de utilidad con fines pronósticos y terapéuticos.

Esta investigación se basó en la Teoría de la Restricción, de acuerdo con la cual, los sujetos con alta restricción cognitiva desarrollan patrones de ingesta inusuales producto del estrés inherente a un autocontrol crónico.

TEORÍA DE LA RESTRICCIÓN

De acuerdo a esta, los sujetos con alta restricción cognitiva desarrollan patrones de ingesta inusuales producto del estrés inherente a un autocontrol crónico. Cada momento de la ingesta está determinado por el balance entre el deseo de comer y el anhelo de hacer dieta.

⁴ Maria Teresa Sanfuentes Del Río. Tesis para optar al título de Psicóloga – Universidad Diego Portales. 1991

Esta investigación se ha planteado como objetivo general el incrementar el conocimiento del problema de la obesidad desde una perspectiva multidimensional.

Los objetivos específicos son:

- Iniciar la aplicación de instrumentos psicometricos para la evaluación de dimensiones de la conducta alimentaria en el medio clínico.
- Tipificar psicofisiologicamente mujeres obesas y con sobrepeso en base a factores psicológicos y endocrinológicos (niveles de insulina plasmática)
- Evaluar la conducta alimentaria de mujeres obesas homogeneizando el nivel socioeconómico (Medio - bajo y Bajo).
- Evaluar la participación de variables de personalidad en relación a la conducta de ingesta en mujeres.
- Identificar la existencia de indicadores adicionales que permitieran un mejor abordaje diagnóstico de estos pacientes.

Las hipótesis planteadas señalan que:

- Las mujeres obesas tienen mayores puntajes en las siguientes escalas utilizadas: Restricción, Desinhibición, Hambre, Neuroticismo y Ansiedad; que las mujeres de peso normal.
- Las mujeres obesas presentan niveles más elevados de insulina plasmática y de glucosa plasmática que aquellas de peso normal.
- La correlación entre Restricción y Neuroticismo está influida por el peso corporal, y es diferente en mujeres obesas y mujeres de peso normal.

- La correlación entre Restricción y Ansiedad está influida por el peso corporal, y es diferente en mujeres obesas y de peso normal.

Instrumentos aplicados:

1.- Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ), traducido y adaptado como Cuestionario de Conducta Alimentaria (CCA), (Sanfuentes,1986). Este instrumento permite evaluar 3 dimensiones relacionadas con la conducta de ingesta:

Factor I: **Restricción**, se refiere al factor cognitivo de la ingesta.

Factor II: **Desinhibición**, que evalúa la pérdida del control sobre la ingesta.

Factor III: **Hambre**, percepción subjetiva del hambre y los comportamientos asociados a ésta.

2.- Cuestionario de Personalidad EPQ – R

3.- También se utilizó la técnica de Análisis de la Conducta Verbal.

Las conclusiones más relevantes de este estudio, son las siguientes:

1. Se encontraron diferencias tanto psicológicas como fisiológicas entre mujeres con sobrepeso y obesidad y mujeres de peso normal
2. En relación a las dimensiones del comportamiento alimentario, Restricción, Desinhibición, y Hambre, es posible diferenciar mujeres con sobrepeso y obesidad de aquellas de peso normal.
3. Las mujeres con sobrepeso y obesidad, manifiestan mayor ansiedad verbal que las de peso normal.
4. Las mujeres con exceso de peso presentan índices de Neuroticismo más elevados que las mujeres de peso normal.

5. El hecho de que en la obesidad la ansiedad y el Neuroticismo se encuentren más elevados, refrenda la teoría de la restricción. Esta teoría plantea que la tensión que surge entre el impulso a comer, determinado en parte por un set point hipotalámico, y el control ejercido sobre este impulso para alcanzar patrones ponderales determinados culturalmente, llevaría a estas personas a experimentar un estrés crónico.
6. Las mujeres con exceso de peso expresan verbalmente un mayor grado de Hostilidad hacia sí mismas (el yo contra el yo); en cambio, las de peso normal, la dirección de la hostilidad es mayormente Hacia fuera Encubierta.
7. Como en otras investigaciones, en este estudio se corrobora el que las mujeres con obesidad nutricional, fisiológicamente presentan mayores niveles de insulina plasmática.
8. Las obesas tienen mayores niveles de glucosa plasmática. Para explicar este hecho, se ha propuesto que en ellas existiría un menor número de receptores insulínicos, o bien que su número es equivalente al de las de peso normal, pero con menor afinidad por la hormona, causando la paradójica combinación de hiperglicemia e hiperinsulinemia observada en las obesas.

De la discusión de los resultados de este estudio, se puede desprender que las dimensiones del comportamiento alimentario escogidas, tienen importancia potencial en el ámbito del tratamiento de las personas obesas. Considerando que las modificaciones de peso, inducidas por tratamiento o condiciones intercurrentes (como la depresión) pueden cambiar las puntuaciones de Restricción y Desinhibición, la teoría examinada otorga algunas sugerencias. Por ejemplo, la indicación de un método de tratamiento podría hacerse considerando características del comportamiento alimentario.

Se sugiere que quienes poseen alta Restricción se beneficiarían con técnicas que destaquen factores cognitivos y de información (contenido calórico, dietas), aquellos con

altos puntajes de Desinhibición, con técnicas conductuales, y las personas con altos puntajes en el Factor Hambre, con estrategias para afrontar el hambre o, alternativamente, anorexígenos usados prolongadamente (Stunkard and Messick, 1985).

El tratamiento de la obesidad es un problema universalmente reconocido y muchas veces asociado a mal pronóstico a largo plazo. Contar con instrumentos que puedan anticipar vulnerabilidad o respuesta a determinadas intervenciones, permitirían diseñar programas de tratamiento ajustados a la realidad de cada caso en particular. Los resultados de este trabajo no implican una secuencia lineal psicopatología – obesidad, sino que mas bien refuerzan la tesis de que el sobrepeso y la obesidad constituyen regulaciones homeostáticas evidentes en los indicadores estudiados, cuyo valor etiopatogenico debe examinarse en conjunto con otros factores socioculturales y/o médicos.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD⁵

Las autoras españolas Vera, Fernández y Pérez (1998), en su artículo "Evaluación y Tratamiento de la Obesidad", presentan un enfoque psicológico para la evaluación e intervención de la obesidad. En la evaluación se enfatizan la detección de aquellos factores que pueden dificultar tanto las pérdidas de peso como su mantención. Finalmente, se expone un programa cognitivo conductual dirigido a intervenir personas con problemas de obesidad.

Actualmente, el abordaje psicológico, ha considerado otros factores que guardan relación con el aumento de la eficacia de la terapia y el mantenimiento de los logros. Las intervenciones hoy en día incluyen programas que consideran diversas estrategias terapéuticas: técnicas conductuales, ejercicio físico, información dietética, reestructuración cognitiva y apoyo social del compañero (a).

El ejercicio físico es uno de los elementos fundamentales en la consecución y mantenimiento de los logros (Freyt y Goodrick, 1991; Perri y cols., 1986; Stern y Lowney, 1986). Las investigaciones han demostrado que la práctica del ejercicio físico combinado con la aplicación de técnicas conductuales, resulta más eficaces que cada una por separado (Dahlkoetter, Callahan y Linton, 1979), o son igualmente eficaces al final del tratamiento, pero superiores en mantenimiento (Graham, Taylor, Hovell y Siegel, 1983; Perri y cols., 1986). No obstante, resulta necesario considerar el problema de adherencia a la práctica de ejercicio físico. A pesar que la práctica continuada de ejercicio permite mantener los logros alcanzados, más de un 60% de las personas abandonan. Por lo tanto, ha sido necesario realizar una modificación en la conceptualización del ejercicio físico, ya no sólo como la práctica de algún deporte o actividad, sino como también la incorporación de hábitos cotidianos que modifiquen el estilo sedentario.

⁵ Fernández, M. C. Y Vera, M. N. Evaluación y Tratamiento de la Obesidad, 1996.

La educación nutricional pretende que sea el propio usuario el que planifique correctamente su dieta. Se entrega información sobre el contenido calórico de los alimentos que consume, la función de los diferentes nutrientes (carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas, etc.) y la importancia de contar con una dieta equilibrada.

Las técnicas cognitivas, en el contexto de la obesidad, fueron utilizadas por primera vez por Mahoney y Mahoney (1976). A partir de la reestructuración cognitiva se evaluaba y modificaban auto frases negativas que pudiesen estar relacionadas con recaídas y que finalmente pudiesen hacer que la persona abandonará el programa. Posteriormente, se ha aplicado en otras ocasiones con resultados bastante prometedores (Baum, Clark y Sandler, 1991; Brownell, 1985; Brownell y Wadden, 1986; De Lucía y Kaludne, 1990). Sin embargo, es imprescindible que las investigaciones futuras aporten mayor efectividad de estas técnicas utilizadas en la consecución progresiva de hábitos más saludables.

Finalmente, en relación a la efectividad de **incluir al compañero(a)** en los programas de tratamiento, no existen datos claros al respecto. Por una parte, algunos trabajos sí señalan una ventaja en los resultados finales de la terapia y en el mantenimiento de los logros, asociada a la presencia del compañero(a) (Brownell, Heckerman, Westlake, Haynes y Monti, 1978; Pearc, Lebow y Orchard, 1981). Por otra parte, existen otras investigaciones que señalan un efecto contrario (Stalonas, Perri y Kerzner, 1984). Estos datos contradictorios, parecen indicar que es necesario evaluar cada caso en particular y en qué momento es necesario solicitar colaboración.

EVALUACIÓN DE LA OBESIDAD

Debido al carácter multidimensional de la obesidad se requiere realizar una evaluación detallada que permita identificar, en cada caso, las principales variables asociadas. Esta evaluación es imprescindible para una planificación adecuada del tratamiento.

Evaluación Diferencial.

Primero, es necesario descartar la existencia de otros diagnósticos clínicos, médicos y/o psiquiátricos.

Segundo, una vez que se ha identificado la obesidad como problema principal, es necesario diferenciar la obesidad en subgrupos según el porcentaje de exceso de peso. Generalmente, se emplean dos procedimientos para calcularlo: el índice de masa corporal (IMC) y la comparación del usuario con tablas estandarizadas de peso. Estas tablas, arrojan un peso ideal - el peso recomendable, según el sexo, la edad, la altura y, en ocasiones, según la constitución física o estructura ósea (pequeña, mediana y grande). Este procedimiento debe ser utilizado con precaución al momento de establecer las metas terapéuticas. Como señalan algunas investigaciones, su uso puede generar problemas, derivados de la comparación de pacientes con muestras que pueden no ser representativas de la población de los pacientes (Vera y Fernández, 1996). Es recomendable, sustituir el peso ideal por el de un peso más razonable como objetivo terapéutico.

Es así como, Brownell y Wadden (1992) clasifican la obesidad, siguiendo las tablas según el porcentaje de aumento de peso sobre el ideal en cuatro grupos: ligera (5-20%), moderada (20-40%), severa (40-100%) y grande (más de 100%). Esta clasificación presenta la ventaja de poder elegir la mejor estrategia terapéutica para cada persona. De este modo, se podría descartar un abordaje cognitivo-conductual en obesidades severas y grandes en las que aparece un abordaje médico o combinado.

Evaluación Conductual.

El objetivo de la evaluación conductual es poder identificar el peso relativo de los factores relacionados con etiología y el mantenimiento de la obesidad en cada caso específico, a saber: factores genéticos y biológicos, de aprendizaje, evaluación de la actividad física, evaluación de conductas encubiertas, evaluación de apoyo social y evaluación de la motivación.

Evaluación de factores genéticos y biológicos: Se plantea la necesidad de considerar estos factores para una planificación más adecuada de las metas terapéuticas (Vera, 1998). Se enfatiza que el objetivo prioritario es la promoción de la salud a través de la adquisición progresiva de hábitos alimentarios sanos y no la consecución de un peso considerado socialmente como "ideal".

Será necesario conocer los antecedentes familiares, el porcentaje de exceso de peso, el peso máximo que se bajó en intentos anteriores, el método para conseguirlo y el tiempo que mantuvo la baja de peso, permitiéndonos así planificar un tratamiento más adecuado de acuerdo a la realidad de cada persona.

Evaluación de factores de aprendizaje: En este sentido se plantea tomar en consideración tres aspectos fundamentales.

- 1.- En relación a la delimitación de la ingesta, en especial la cantidad de calorías y el tipo de alimentos que usualmente se ingiere.
- 2.- El estilo característico de comer, considerando el tiempo empleado en comer y la influencia de estímulos externos (lugar donde se come, con quién se come, apariencia y sabor de los alimentos y las actividades que realiza mientras come).
- 3.- Además, se deberá evaluar la influencia de estímulos internos, como el hambre y el tiempo de privación de alimentos.

Evaluación de la actividad física: Se enfatiza la evaluación de la práctica de ejercicio físico cotidiano así como también la actividad programada.

Evaluación de conductas encubiertas: Es necesario determinar el sistema de creencias en relación a los hábitos alimentarios, expectativas de los resultados del tratamiento que pudieran estar relacionados con el fracaso del tratamiento.

Evaluación de apoyo social: Se pretende identificar una pareja con disposición a colaborar en la intervención, contando con un rol definido.

Evaluación de la motivación: Realizar un balance de las ventajas y desventajas del programa, al tener conciencia de estos aspectos se busca aumentar la motivación de los pacientes.

Las técnicas evaluativas son los mismos procedimientos utilizados en otros problemas con abordaje psicológico; la entrevista, técnicas auto informe y auto registros.

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL DEL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD.

Características:

El programa planteado puede resultar útil para personas que necesiten bajar menos de 20 Kg. y que no presenten otro tipo de alteraciones asociadas a la obesidad. Es un programa que es aplicable a un grupo de sujetos, rescatando las individualidades y los objetivos particulares para cada persona.

El programa consta de tres fases: evaluativa, intervención y mantención. La primera fase se desarrollo en profundidad anteriormente.

Fase de Intervención.

Los objetivos planteados, son los de intervenir sobre hábitos y estilos de comer inadecuados, cambiar el control en relación a la comida de manera progresiva.

Se trabaja a partir de los siguientes contenidos:

- Horario - fijar un horario fijo de comidas, evitar el picoteo entre comidas y organizar 2 o 3 comidas diarias.
- Sitios y actividades- Recomendable ocupar el mismo puesto en mesa y en la misma habitación, sin realizar otras actividades ajenas al contexto.

- Tipo de alimentos altos en calorías - se le enseña a discriminar entre hambre y apetito, de manera que el control de la alimentación se relacione con la sensación de hambre. También, se establece una serie de estrategias asociadas con los actos de comprar, guardar y preparar los alimentos.
- Controlar la cantidad de alimentos- estrategias relacionadas con las cantidades de comidas que permitan medir y evitar la sobreingesta.
- Cambiar el estilo de comer- aumentar el tiempo utilizado para alimentarse, centrándose en aprender a saborear y disfrutar de los alimentos y del contexto en el cual se come.
- Comer fuera de casa - se enseñan estrategias para disfrutar de las comidas fuera de casa sin consumir muchas calorías.

Otro objetivo de la fase de intervención, es identificar los principales pensamientos negativos que puedan impedir la consecución de las metas propuestas, instalando auto frases positivas y racionales.

- Cambiar el "deber", que llevan a sentimientos disfuncionales de culpabilidad y de abandono de objetivos, y se sustituyen por "preferencias", que se relacionan con sentimientos funcionales de preocupación que impulsan a perseverar en los objetivos y enfrentar adecuadamente las recaídas.
- Cambiar auto frases extremistas y negativas relacionadas con "Todo o Nada", se les instruye por frases de termino medio.
- Cambiar tremendismo, fatalismo, no soportable, excusas, sobregeneralizaciones.

La intervención incluye la incorporación de la actividad física, desde la comprensión de su importancia hasta el fortalecimiento de la adherencia a ellos.

Por último, se proporciona educación nutricional a los pacientes para orientarlos en la consecución de una dieta alimenticia más equilibrada y la reducción de alimentos identificados como "claves".

Fase de la mantención, resolución de problemas y afrontamientos de las caídas.

Los sujetos identifican posibles situaciones futuras de alto riesgo y las cadenas conductuales que llevarían a tener una caída, luego se diseña y priorizan las estrategias más útiles para enfrentar las posibles situaciones. Se enfatizan estrategias de resolución de problemas, que contemplan los siguientes pasos:

- 1.- Observación y definición del problema, situaciones de "alto riesgo".
- 2.- Generación de soluciones- supresión de estímulos desencadenantes, desviación de la atención, fantasías, etc.
- 3.- Toma de decisiones y creación de un plan.
- 4.- Ensayo conductual hasta transformarlo en un acto automático - la situación de alto riesgo se transforma en una señal para actuar.
- 5.- Evaluación y retroalimentación.

Se plantea la necesidad de evaluar objetivamente los elementos que han fallado y que es necesario aprender para la próxima vez.

Lograr identificar pensamientos negativos y sustituirlos por positivos, con especial énfasis en aquellos que con llevan un sentimiento de culpa.

Al término del tratamiento se identifican posible temores relacionados con la finalización del programa y se discuten en grupo las posibles creencias irracionales que las mantienen. Se puntualizan ciertos elementos claves para que los hábitos aprendidos sean permanentes en el tiempo, tales como; estar alerta a posibles situaciones de alto riesgo y hacer uso de las estrategias aprendidas, transformar las recaídas como oportunidades de aprendizaje. En este programa se consideran

sesiones de seguimiento cada 20 o 30 días, distanciados progresivamente según la evolución de cada paciente.

EDUCACIÓN NUTRICIONAL⁶

Creemos que es de gran importancia presentar una investigación publicada en el *Journal of Nutrition Education* año 1995, dada la relevancia que hoy día tiene la educación nutricional en la promoción de conductas saludables y la prevención e intervención de conductas de riesgo relacionadas con estilos de vida y hábitos alimentarios más saludables.

El estudio mencionado se basó en la revisión de 217 investigaciones e intervenciones realizadas en Estados Unidos en estas dos últimas décadas. Fue realizado para proveer conocimiento relativo a la efectividad de la educación nutricional, específicamente que respondiera a dos interrogantes centrales:

- 1.- Aquellas relacionadas con la utilidad de la educación nutricional. Conocer cuáles de los elementos presentes en las investigaciones guardaban relación con el éxito de los programas.
- 2.- Qué implicancias tienen los hallazgos en la implementación de programas, políticas e investigaciones relativas a la educación nutricional.

La monografía incluye sólo investigaciones con un fuerte respaldo en el diseño metodológico y de la evaluación, que permitieran analizar la efectividad de la educación nutricional.

Definición de la educación nutricional y criterio de efectividad.

En este estudio se definió la educación nutricional como "un conjunto de experiencias de aprendizaje diseñado para facilitar la adopción voluntaria de un comportamiento relativo al comer y a la nutrición, que sea conducente a la obtención de una buena salud y de un bienestar general".

⁶ Contento, y otros. 1995. Executive summary, *Journal of Nutrition Education*.

Esta definición sugiere que el cambio conductual es el criterio último para establecer la efectividad de los programas de educación nutricional. El término comportamiento no necesariamente hace referencia sólo a la ingesta de alimentos, sino que también incluye aspectos que están más relacionados con los efectos de la educación nutricional, tales como: la ingesta de alimentos específicos, la composición o tipos de alimentos – como comer cinco frutas y verduras al día, accesibilidad de determinados alimentos, retirar la grasa de los alimentos, disminuir la sal, control del colesterol o incluso aspectos relacionados con el ámbito del reciclaje ambiental.

Se señala además que es necesario obtener información con respecto al impacto de la educación en función de una variedad de factores intervinientes que contribuyen a la obtención de cambios conductuales, permitiendo así identificar cuales son esos elementos relacionados directamente con el éxito de la educación. Estos factores relacionados con la efectividad pueden ser de tipo personales como: la constancia, expectativas, valores relativos a la salud y el sentimiento de capacidad y auto eficacia; otros relativos a las capacidades o conocimiento y esfera cognitiva, afectividad (manejo emocional); destrezas conductuales; y apoyo del medio ambiente.

Consecuentemente, los estudios incluidos en esta revisión son aquellos que han intentado demostrar una mejoría en uno o más de los siguientes: Conocimiento, actitud y otras variables mediadoras como destrezas, comportamiento y resultados de salud.

Para los efectos de nuestra tesis nos centraremos en el capítulo titulado Educación Nutricional para Preescolares, en éste se examinan los impactos de la educación nutricional en el conocimiento, en las actitudes y en el comportamiento; la efectividad de las intervenciones conductuales y el rol de los padres.

Las estrategias educativas empleadas en la mayoría de las investigaciones revisadas, se basaron principalmente en dos tipos de aproximaciones:

- 1.- Las intervenciones tradicionales- concebidas como una educación nutricional que se fundamenta en un modelo informativo, donde se asume que el conocimiento

produce un cambio en la actitud de las personas, el que a su vez provoca un cambio comportamental ("Knowledge – Attitude-Behavior =KAB" / Conocimiento-Actitud-Comportamiento = CAC).

2.- Las intervenciones con una aproximación conductual, donde se utilizan varias estrategias conductuales, usualmente sin contenido educativos nutricionales.

En aquellas intervenciones que utilizaron un marco teórico basado en el modelo KAB, se observó que sólo 3 de ellos examinaron el impacto de la educación nutricional en la esfera del conocimiento, y todos encontraron un efecto positivo. De los 6 estudios que evaluaron los impactos de la intervención en el área del conocimiento, actitud y comportamiento, todos demostraron consistentemente resultados de mejoría en el conocimiento. Los efectos en el cambio actitudinal fueron evaluados sólo en 2 estudios, en uno de ellos , se constató un efecto positivo en algunas actitudes y en el otro no se observaron cambios. Los efectos en el comportamiento, por lo menos en el corto plazo, fueron positivos en 3 de los 6 estudios.

En los estudios cuyo objetivo era el cambio conductual a través de la implementación de estrategias conductuales, se encontro que la aceptación de los alimentos aumentaba tanto con la exposición repetitiva de los mismos, así como con el modelamiento a través de pares o adultos, con el ofrecimiento de alimentos en un contexto social y emocional positivo. Uno de los estudios mostró que estas estrategias conductuales también son efectivas en el corto plazo para aumentar el consumo de colaciones saludables.

Las madres tienen un impacto sustancial en la elección y conocimiento nutricional de sus niños / niñas. En unos de los estudios se señala que la aparición de un adulto en espacios publicitarios realizando comentarios positivos con respecto a alimentos saludables, influye positivamente en la elección de los alimentos.

Elementos que contribuyen a una educación nutricional efectiva.

La revisión de los estudios sugiere que los siguientes componentes contribuyen a la efectividad de la educación nutricional con este grupo etario.

1.- **La Incorporación de Padres/Familiares:** Es muy importante la incorporación o participación de los padres / familiares, ya sea como el principal beneficiario del programa o bien en coparticipación con el niño/niña. En los estudios que incorporaron familiares, se encontró que la intervención sólo del hogar requería ser más intensiva y basada en actividades que los padres y los niños puedan realizar en forma conjunta. Padres y profesores trabajando juntos y reforzándose mutuamente pueden producir un mayor impacto que cada agente en forma aislada. En otros estudios en los cuales se incorporaron a los padres, se visualizó que educar y motivar a los adultos era efectivo para aumentar el conocimiento y aumentaba la ingesta de alimentos saludables en los niños.

2.- **Uso del Modeling:** Los estudios cuyo propósito era provocar un cambio en las conductas alimentarias de los niños, demostraron un aumento en las preferencias e ingesta de alimentos más saludables sin usar una metodología de enseñanza formal. Estos incluían el modelaje social de la ingesta de comidas y colaciones saludables utilizando como modelos los propios pares o adultos, adultos que ofrecen alimentos a los niños en un ambiente social positivo y el uso apropiado de refuerzo. El modelo KAB, eran menos efectivos, aún considerando el desarrollo cognitivo y emocional de los niños.

3.- **Incorporación de Metodología Concordante Con el Desarrollo Evolutivo de Preescolar.** Resulta crucial para el éxito de los programas el uso de experiencias y materiales apropiados y concordante con el desarrollo evolutivo. Las teorías evolutivas y las investigaciones realizadas sugieren que ningún método de aprendizaje logrará que un niño/niña aprenda conceptos que van más allá de sus capacidades y nivel cognitivo de desarrollo. Los niños entre 4 a 7 años pueden comprender conceptos tales como: tener energía, un corazón fuerte, comida saludable que

mantiene a los gérmenes fuera del cuerpo y alimentos bajos en grasas que mantienen un corazón sano. Los programas educativos requieren adaptarse al desarrollo emocional y motor de los infantes.

Las actividades relacionadas con la alimentación como: fiestas de degustación, preparación de alimentos, cultivo de frutas y verduras, relacionar la comida con el uso de los cinco sentidos e ingerir alimentos y colaciones más saludables- han resultado exitosas en términos de aumentar las preferencias de los alimentos indicados. El exponer a los niños a alimentos más saludables les permite familiarizarse con ellos y facilitar así la aceptación.

Son esenciales las actividades estratégicas que estimulan el contacto con objetos del mundo real . La revisión arroja que aquellos programas que tenían un impacto en el conocimiento y prácticas alimentarias emplearon este tipo de acciones. Estos hallazgos confirman lo planteado por los autores Olson y Randel (1981), quienes a partir de una revisión de intervenciones educativas nutricionales realizadas con preescolares determinaron que la participación activa en un ambiente no atemorizante era más exitosa, se incluyen actividades a modo de ejemplo: proyectos de arte, canciones, juego de roles, cuentos, uso de títeres, rompecabezas, jingles, etc.

Un programa tendría mayores probabilidades de ser implementado si considerará los siguientes aspectos:

- 1.- Se integrará tempranamente al currículo escolar. Las actividades de educación nutricional pueden ser integradas en otras áreas tales como: desarrollo sensorial, lenguaje, arte, ciencias, teatro.
- 2.- El equipo interventor debería estar adecuadamente capacitado y seguro de las habilidades desarrolladas.
- 3.- Si el programa es de fácil comprensión e incluye materiales cuyo costo sea accesible.

Implicaciones relativas a la implementación de políticas y programas.

Las variables identificadas anteriormente y que contribuyen a mejorar la efectividad de las intervenciones de educación nutricional, guardan relación con la implementación de políticas y programas.

Primero, los programas para preescolares deberían clarificar sus metas y utilizar las investigaciones disponibles con el propósito de diseñar e implementar estrategias educativas más apropiadas. Por otro lado, el hecho que sólo la mitad de los estudios reportarán impacto en el área del conocimiento, mientras que otros incluyeron una medición de las conductas asociadas, nos sugiere que independientemente de la meta planteada existe poca claridad con respecto a la orientación que tendría la educación nutricional, es decir, si se orienta a aumentar el conocimiento de los niños/niñas y/o pretenden instaurar una actitud más positiva en relación a conductas alimentarias y hábitos más saludables. Si esto último hubiese sido una meta, muchos estudios no se apoyaron en investigaciones disponibles provenientes de las ciencias del comportamiento.

Segundo, los programas de preescolares y familia deberían utilizar más estrategias relacionadas con aproximaciones conductuales, en especial aquellas que demostraron ser más efectivas en la aceptación de alimentos.

Las intervenciones con familias no sólo deberán enfatizar la participación activa y el adecuado desarrollo, sino además será necesario proveer a los niños en sucesivas ocasiones la oportunidad de degustar y disfrutar de los alimentos. Sistemáticamente usar el modeling con adultos o con pares para promocionar hábitos alimentarios más saludables, incentivar a los adultos a comer y ofrecer los alimentos en un clima positivo y socialmente afectivo. También, es necesario integrar en forma más sistemática actividades de resolución de problemas simples que tiendan a aumentar la auto eficacia.

Tercero, tender a aumentar o reforzar la confianza de los profesores para implementar programas de educación nutricional. Las encuestas demuestran que los educadores son entusiastas en cuanto a la educación nutricional propiamente tal, sin embargo las limitaciones guardan relación con la escasa capacitación en el tema y las dificultades financieras. Por lo tanto, se requiere de un entrenamiento y desarrollo de los profesores en el tema y una mejor comprensión del rol del educador y su aporte en la formación de hábitos alimentarios en los niños. En uno de los estudios, resulto exitosa la presencia de un dietista o nutricionista que actuaba como consultor para las familias, en cuanto las asesoraba en diversos aspectos relacionados con la alimentación y hábitos alimentarios.

Cuarto, se deberán explorar nuevos y diversos métodos o aproximaciones. El uso de programas televisivos, incorporación de mensajes apropiados en los medios de comunicación masivos. Elaboración e implementación de juguetes y juegos más apropiados. Uso de programas educativos empleando medios computacionales.

Quinto, tender a incorporar en los planes educativos de los jardines infantiles los siguientes objetivos:

- 1.- Crear una actitud positiva hacia los alimentos.
- 2.- Incentivar la aceptación de una amplia variedad de alimentos saludables.
- 3.- Desarrollar en los niños una actitud y valoración positiva relacionada con la aceptación de alimentos variados.
- 4.- Promover el desarrollo de hábitos alimentarios saludables en los niños.
- 5.- Promover una comprensión de la relación existente entre la salud y la ingesta de alimentos.
- 6.- Proveer a los niños alimentos que contienen un adecuado aporte calórico.

7.- Mejorar el conocimiento que tienen los distintos agentes educadores en relación a los principios y prácticas alimentarias.

8.- Desarrollar, promover y difundir y/o evaluar el curriculum y contenidos de la educación nutricional.

Resulta necesario diseñar, ejecutar y evaluar objetivos ligados al aprendizaje observacional y el uso del modelamiento.

CAPITULO 5 : UN ESTUDIO DE NIÑOS Y NIÑAS CON UN ESTADO NUTRICIONAL POR EXCESO EN UN CONSULTORIO URBANO DEL ÁREA SUR DE SANTIAGO.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Como objetivo general, el estudio se propone describir los factores de riesgo asociados a la malnutrición infantil por exceso, desde una perspectiva de la Psicología de la Salud.

En términos específicos, el estudio pretende impactar en la generación de políticas públicas en relación a la temática obesidad y sobrepeso en preescolares.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Planteamiento del Tipo y Características del Estudio

El presente es un estudio descriptivo, a partir de un diseño no experimental basado en el análisis de los resultados de la aplicación de un instrumento de pesquisa de factores de riesgo por malnutrición infantil (anexo), elaborado por un equipo multidisciplinario de atención primaria y aplicado a un conjunto de 38 casos, en el marco del programa de nutrición infantil del Consultorio Cisterna Sur en la comuna de El Bosque en la zona sur del Gran Santiago.

Definición y Características del Universo

El universo del estudio lo constituye la población bajo control por malnutrición por exceso (130 casos)⁷, correspondiente al Consultorio Cisterna Sur. La población bajo

⁷Documento Evaluación Compromisos de Gestión en Salud, 1997, Dirección de Salud I. Municipalidad de El Bosque

control en cuestión, corresponde a los casos ingresados durante el año 1997 al programa nutricional del Consultorio Cisterna Sur, dado que este es el momento en que se aplicó el instrumento de recolección de datos. Los detalles correspondientes a las características demográficas y socioculturales de la población en estudio, se presentan in extenso en el acápite de descripción de la comuna de El Bosque.

Características de la Muestra

Se trabajó sobre la base de una muestra por selección regulada, consistente en la selección de unidades muestrales desde las áreas del universo donde el fenómeno se presenta en su intensidad típica. En esta modalidad, por ser tendenciosa, se sacrifica representatividad en beneficio de la profundidad en la descripción del fenómeno, en virtud de los objetivos que orientan el estudio. En este marco muestral, el estudio se realizó sobre una muestra de 38 casos pertenecientes a un universo de 130 sujetos, todos adscritos al programa nutricional del Consultorio Cisterna Sur.

Instrumento de Recolección de la Información

Se utilizó un instrumento de pesquisa de factores de riesgo por malnutrición infantil, elaborado para fines terapéuticos por un equipo interdisciplinario de atención primaria de salud (anexo). Este instrumento consistió en inventario simple de 52 preguntas cerradas y abiertas aplicado a las madres de los niños objeto de la muestra. El inventario fue aplicado por encuestadores calificados para el efecto.

Características generales de la comuna de El Bosque

La comuna de El Bosque se localiza en la zona sur del área metropolitana y de la provincia de Santiago. Es parte de la unidad urbana del Gran Santiago. Como territorio fue creada en el año 1981 por el D.F.L. 1-3260, conformándose por territorios

de La Cisterna y de San Bernardo, sumando una superficie de 14,2' km². La Municipalidad sólo entró en funcionamiento el 12 de agosto de 1991.

El Bosque limita al norte con Lo Espejo y La Cisterna, por el oriente con San Ramón y La Pintana, por el sur y el occidente limita con San Bernardo.

Administrativamente El Bosque se divide en 34 Unidades Vecinales, límites heredados de sus comunas madres, y dado lo arbitrario de sus cortes, se ha optado por definir límites más funcionales y operativos para trabajar el territorio, denominándose entonces: Sectores de Planificación (6); y Barrios (53). Estos espacios permiten un mejor acercamiento con los 180 conjuntos habitacionales que existen en su territorio, y que sumarían cerca de 41.000 viviendas en 35.948 predios.

En cuanto a su situación socioeconómica, El Bosque es una comuna de nivel medio a pobre, considerada en el Plan Especial de Superación de la Pobreza. De acuerdo a los datos arrojados por la encuesta de Caracterización Socio Económica –CASEN- aplicada cada dos años, el nivel de pobreza entre los años 1992 y 1996 descendía en forma consistente. En el año 1992, la población pobre de la Comuna alcanzaba un 34,3% de su población total, siendo superior al promedio regional de un 25,5%. Para el año 1994, el índice de pobreza se había reducido a un 25,1% y para el año 1996 a un 20%, disminuyendo asimismo la brecha con el promedio regional de un 14,8% para el año 1996.

Antecedentes Generales del Sector Salud Comunal.-

La Comuna de El Bosque cuenta, para brindar atención de salud a su población, con 5 Consultorios de Atención Primaria, uno de ellos validado por el Ministerio de Salud como Centro de Salud Familiar, un Centro Comunitario de Salud Mental Familiar - COSAM- y dos Servicios de Atención Primaria de Urgencia -SAPU-.

El presente trabajo fue realizado con población infantil atendida en el Consultorio Cisterna Sur, cuyos límites territoriales son los siguientes: por el Sur calles Los Sauces y Observatorio; por el Norte calle Riquelme; por el Oriente calle San Francisco y por el Poniente Gran Av. José Miguel Carrera. La población inscrita validada por el Ministerio de Salud corresponde a 26.488 personas pertenecientes a 8 Unidades Vecinales a atender.

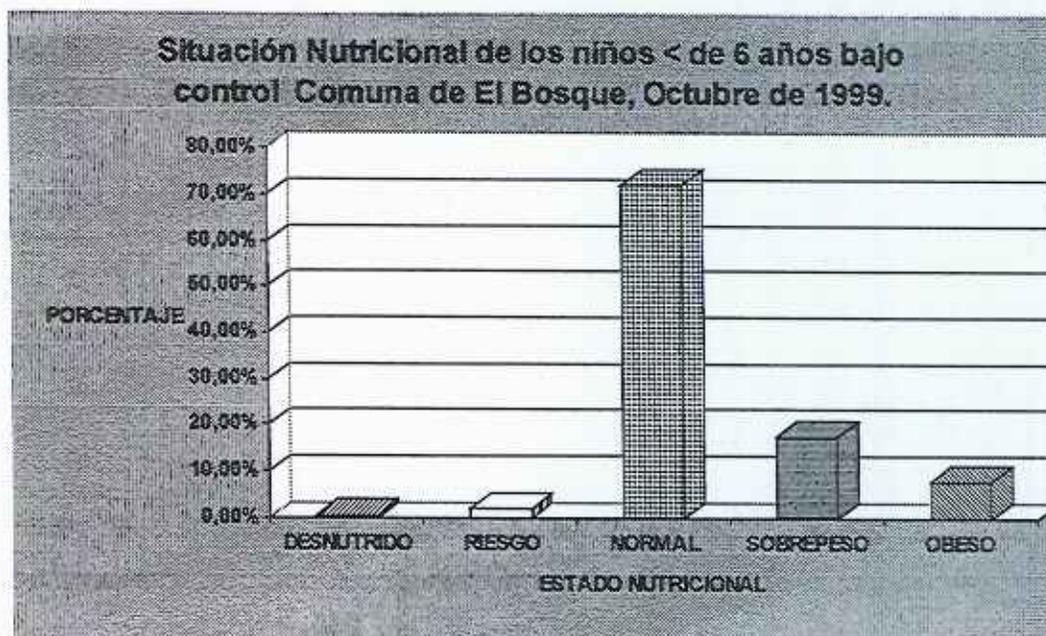
Situación Nutricional de la población infantil y embarazadas bajo control.

Situación Nutricional de los niños < de 6 años bajo control, por Consultorios, Comuna de El Bosque, Octubre de 1999.

CONSULTORIOS	NORMAL	RIESGO	DESNUTRIDO	SOBREPESO	OBESO
ORLANDO LETELIER	69.1%	1.4%	0.4%	20.4%	8.7%
LAURITA VICUÑA	69.0%	1.9%	0.5%	20.0%	8.4%
CISTERNA SUR.	79.8%	0.6%	0.3%	13.5%	5.6%
SANTA LAURA	76.0%	3.8%	1.2%	11.9%	6.4%
CÓNDORES	68.0%	2.6%	0.5%	19.7%	9.1%
EL BOSQUE	72.0%	1.9%	0.5%	17.7%	7.7%

Fuente: R.M.C. Dirección de Salud El Bosque

Del total de menores de 6 años controlados por el Consultorio Cisterna Sur, podemos observar que un 19,1% presentan mal nutrición por exceso.



Estado Nutricional de las Embarazadas bajo control, por Consultorios, Comuna de El Bosque, Octubre de 1999.

CONSULTORIOS	NORMAL	OBESAS	SOBREPESO	BAJO PESO
L. VICUÑA	26.9%	40.4%	21.6%	11.1%
O. LETELIER	29.5%	31.4%	22.9%	16.2%
CONDORES	25.3%	32.5%	28.3%	13.9%
SANTA LAURA	34.9%	30.3%	23.0%	11.8%
CISTERNA SUR	31.8%	35.4%	22.6%	10.2%
EL BOSQUE	29.2%	35.4%	23.1%	12.4%

Fuente: R.M.C. Dirección de Salud El Bosque



Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva al 6° mes, por Consultorio y Comuna de El Bosque, a Septiembre de 1999.

CONSULTORIOS	PREVALENCIA L. M. E.
CISTERNA SUR	42.1%
CÓNDORES DE CHILE	69.9%
LAURITA VICUÑA	76.0%
SANTA LAURA	40.6%
ORLANDO LETELIER	62.0%
COMUNAL	61.0%

RESULTADOS

Del total de la muestra, correspondientes a niños y niñas de 1 a 5 años de edad, el 39,5% eran de sexo masculino y 60,5% de sexo femenino. De estos, el 71% presentaba un estado nutricional de obesidad, es decir + de 2 desviaciones estándar de lo esperado de acuerdo a la norma, el resto de los preescolares presentaba sobrepeso.

La mayoría de los niños y niñas se concentra entre las edades de los 4 y 5 años.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD	F	%
< 2 años	1	2.6
2 años	4	10.5
3 años	7	18.4
4 años	15	39.5
5 años	11	28.9
TOTAL	38	100

El estado nutricional de obesidad y de acuerdo al sexo se distribuyó en un 38,7% en las niñas y un 32,3% en los niños

Estado nutricional de acuerdo al sexo

Sexo/ Est. Nut.	obesidad		sobrepeso		Total	
	f	%	f	%	F	%
femenino	14	36,8	10	26,3	24	63,2
masculino	11	28,9	3	7,9	14	36,8
TOTAL	25	65,8	13	34,2	38	100

ANTECEDENTES PRENATALES

El 65,8% de las madres presentaron durante el embarazo un estado nutricional por exceso, un 28,9% se observó un peso dentro de lo esperado y un 5,3% manifestaron un estado nutricional por déficit.

Sólo un 5.3% (2 casos) presentó diabetes gestacional. Podemos observar que la mayoría de la madres en un porcentaje cercano al 66% durante su embarazo presentaron problemas de obesidad o sobrepeso.

ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

Estado nutricional	F	%
Normo peso	11	28.9
Sobre peso	9	23.7
Obesa	16	42.1
Bajo peso	2	5.3
TOTAL	38	100

ANTECEDENTES DEL NIÑO Y LA NIÑA

El estado nutricional de los niños y niñas al nacer nos muestra que en un porcentaje cercano al 50% nacieron con un estado nutricional normal y en un 44,7% presentaron un peso en exceso al nacer.

CUADRO ESTADO NUTRICIONAL DEL RECIÉN NACIDO

EST. NUT	f	%
BAJO PESO	2	5,2
NORMAL	19	50
SOBREPESO	12	31,6
OBESIDAD	5	13,1
TOTAL	38	100

En relación a la edad de inicio del sobre peso y obesidad esta se observa entre los 3 y 5 años en un 68,4% y un porcentaje menor pero también significativo aparece entre los 12 y 24 meses de vida, correspondiente a un 18,4%.

EDAD V/S INICIO DEL DAÑO DEL ESTADO NUTRICIONAL

EDAD	EXCESO	
	f	%
< 1 Año	5	13,1
1 – 2 Años	7	18,4
3 – 5 Años	26	68,4
TOTAL	38	100

Al comparar los dos subgrupos nutricionales, podemos observar que el preescolar obeso tiende a duplicar porcentualmente al sobrepeso.

De la alimentación y hábitos alimentarios:

En relación a la alimentación durante los primeros 6 meses de vida, el 60,6 % tuvo lactancia materna exclusiva, mientras que un 33,3% de los niños y niñas tuvo lactancia materna más un complemento.

La edad de inicio de la alimentación sólida, en su mayoría (39,5%), es de acuerdo a lo esperado alrededor de los 6 meses de vida. Sin embargo, un porcentaje importante de los niños (31,6%) incorpora este tipo de alimentos antes de los 6 meses de edad.

En un 75,7% de los niños ingiere alimentos entre las comidas y la mayoría consume alimentos de sabor dulce ya sea frutas o golosinas (63,3%).

Si comparamos los tipos de alimentos que los niños prefieren, vemos que aparecen las masas y golosinas en primer lugar y en último las verduras (En un 48% y un 4%, respectivamente).

La conducta de la madre frente a las preferencias de sus hijos e hijas es en la mayoría de los casos, complaciente (82,4%). Al mismo tiempo, son ellas quienes se encuentran a cargo de la alimentación del menor en un 81,6% de los casos.

Frente a la experiencia de fracaso de los niños por conseguir el o los alimentos que desean, alrededor del 66% de ellos reaccionan con pataletas y al conseguir lo que desean en un 96% se calman.

El 70,3% de los niños y niñas tiende a solicitar los alimentos publicitados a través de la televisión. Por otra parte, observando otros elementos que nos indica el poder de decisión de los niños y niñas frente su alimentación, podemos agregar que el 57% de los niños dispone de algún dinero, concentrándose en el grupo etario de 4 a 5 años.

Actividad Física y uso del tiempo libre

Los preescolares ocupan su tiempo libre en actividades psicomotoras pasivas - en un 63,4%- distribuidas entre la exposición a audiovisuales y actividades de reposo.

ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS NIÑOS

Actividad física	F	%
Si	22	66,6
No	6	18,2
Poca	5	15,2
TOTAL	33	100

Uso del tiempo libre

En que ocupa su tiempo libre	F	%
Con sus amigos jugando	15	36,6
T.V/videos	23	56,1
Tareas/acostada	3	7,3
TOTAL	41	100

ANTECEDENTES FAMILIARES

En el 84,2% de los casos se encontraron antecedentes familiares con mal nutrición por exceso. La distribución de niños con madres con antecedentes de obesidad corresponde al 50%, padre con antecedente de obesidad un 23,7% y ambos padres obesos un 18,4%.

Nos interesaba conocer la percepción de la madre en relación al estado nutricional del niño o la niña, observándose lo siguiente: el 55,3% manifiesta preocupación y el 44,7% señala que no es preocupante.

En relación a la atribución de causalidad del estado de malnutrición, la mayoría de las madres en un 31,6% cree que se debe a la ingesta aumentada de alimentos. El 28,9% señala en segundo lugar los factores comportamentales relacionados con la etiología de la aparición del problema. Si bien en las cifras no se ve reflejada la actividad física, como causa única, sí aparece cuando se mencionan diversos tipos de causas a la vez.

CAUSALIDAD DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO/A

CAUSALIDAD	f	%
Ingesta aumentada de alimentos	12	31,6
Actividad física disminuida	0	0,0
Factores genéticos / Antec. Fam.	5	13,2
Factores comportamentales	11	28,9
Varios/Multicausal	7	18,4
No sabe	2	5,3
Otros	1	2,6
TOTAL	38	100

Las madres en un 92,1% estima que es posible modificar el estado nutricional de sus hijos o hijas, manifestando además en un alto porcentaje su disponibilidad a participar en una intervención conjunta, equivalente también al 92% de los casos.

CONCLUSIONES

Hemos presentado un estudio descriptivo que tiene sus orígenes en una experiencia práctica de un grupo de profesionales multidisciplinario que laboran en salud municipal; y que intentan abordar una problemática de salud pública que exige un enfrentamiento integral.

Se utilizó como instrumento una encuesta construida en conjunto, que pretendía evaluar otras dimensiones no consideradas habitualmente en los registros clínicos, con el propósito de conocer y que constituyera un aporte al diseño de las intervenciones a realizar en el futuro.

La experiencia constituyó una apuesta, un desafío e innovación en cuanto se realizaba un intento de acción integral para enfrentar un problema creciente y complejo.

Se utilizó un instrumento de pesquisa de factores de riesgo por malnutrición infantil, elaborado para fines terapéuticos por un equipo interdisciplinario de atención primaria de salud (anexo). Este instrumento consistió en inventario simple de 52 preguntas cerradas y abiertas aplicado a las madres de los niños objeto de la muestra. El inventario fue aplicado por encuestadores calificados para el efecto.

La muestra, correspondiente a 38 niños y niñas con mal nutrición por exceso (obesidad y sobrepeso), se distribuyó en un 39,5% entre los niños y en un 60,5% entre las niñas, duplicándose el problema de malnutrición por exceso en las niñas. Si sólo consideramos el subgrupo de obesidad, como foco de análisis, este nos muestra una tendencia levemente mayor en las niñas que en los niños, un 38,7% y un 32,3 % respectivamente. Las prevalencias de obesidad a nivel nacional para la población adulta en niveles socio económicos bajos, son de un 20% en los hombres y de un 49,7% en las mujeres.

Es decir, las diferencias que visualizamos en estos niños preescolares según la prevalencia tenderá a ser mayor en la medida que tengan más edad. Por otro lado, si

consideramos el problema de malnutrición en su conjunto como sobrepeso y obesidad, estos porcentajes se aproximan bastante a la prevalencia nacional por sexo.

En función de la edad de inicio nos encontramos frente a un grupo de preescolares que en un 71% tiene obesidad infantil, es decir de acuerdo al indicador peso/talla existen más de dos desviación estándar de acuerdo a la norma (sobre +2DE). La edad de inicio es un indicador determinante del pronóstico de éxito de tratamiento, siendo la obesidad infantil más refractaria a las intervenciones futuras.

El 54,8% se distribuyó en el grupo etario de 3-5 años y el 16,1% se encuentra en el tramo de 0 a 2 años. Si consideramos los tres períodos críticos en el desarrollo de la obesidad con consecuencia en la vida adulta, a saber: los dos primeros años de vida, el período de rebote de la adiposidad entre los 5-7 años y la adolescencia (Dietz 1994); podemos indicar, a partir de la agrupación de los datos, que un 16% de los preescolares han iniciado su obesidad en un período crítico que tendrá consecuencia en su adultez. Sin embargo, sería necesario desagregar el tramo de edad mayor para tener una mejor claridad de este indicador en relación a la muestra estudiada.

La mayoría de las madres (aproximadamente 66%), presentaron problemas de obesidad y sobrepeso durante su embarazo, lo que podría dar cuenta de la influencia intrauterina como uno de los factores ambientales asociados a la malnutrición por exceso de estos niños/as. El peso de recién nacido tiene más o menos la misma distribución entre normo peso y obesidad-sobrepeso.

Resulta un aspecto relevante para el problema analizado que un porcentaje elevado de los preescolares presentan antecedentes familiares de malnutrición por exceso (84%), en un 18,4% ambos padres presentan el problema. Las investigaciones realizadas han demostrado que los hijos de padres obesos tienen mayores probabilidades de ser obesos que los hijos / hijas de padres con peso normal.

Continuando con los antecedentes familiares de malnutrición, en un 50% correspondía a madres con exceso de peso, quienes a su vez eran responsables de la alimentación

del preescolar (81,6%). Este aspecto nos resulta relevante dado que las intervenciones con estos grupos etarios se realizan con las madres como agente reproductor de las intervenciones. Sería necesario además investigar más a fondo y desde una perspectiva de género el tema.

En relación a la alimentación, un 33,3% de los niños en sus primeros 6 meses de vida recibieron un complemento a la lactancia materna y la mayoría comenzó su ingesta de alimentos sólidos dentro de los márgenes esperados, alrededor de los primeros seis meses.

En el momento de la recolección de la información la mayoría de los niños y niñas preferían comer entre las comidas alimentos de sabor dulce, esto concuerda con las investigaciones que señalan que los seres humanos nacemos con una preferencia por los sabores dulces, rechazo por los sabores ácidos y amargos y una respuesta neutral a lo salado, las otras preferencias al parecer son aprendidas.

Los estudiosos del tema manifiestan que las experiencias tempranas con alimentos y comidas son cruciales en el desarrollo de patrones de aceptación, ya sea en la adquisición de preferencias por determinados alimentos y/o la regulación de la ingesta de alimentos. La aceptación de los alimentos está ligada a diversas experiencias tales como: la familiaridad de los alimentos, la asociación de las comidas con una consecuencia fisiología posterior a su consumo, la asociación de las comidas con un determinado clima emocional que se presenta durante la ingesta y los gatillantes relacionados con el inicio, mantención y/o cese de la ingesta.

Frente a las preferencias alimentarias de sus hijos o hijas, las madres eran complacientes con sus gustos, en los casos que los niños / niñas presentarían alguna conducta de presión (Por ejemplo, pataletas) para conseguir el alimento deseado, en su mayoría la conducta cesaba cuando la consecuencia era la esperada por el preescolar. De esta forma, se puede observar cómo una conducta inadecuada se ve reforzada a través de la obtención de alimentos. Nos parece necesario seguir

investigando esta relación entre la conducta ganancial del niño/a y el uso de la comida como refuerzo.

La mayoría de las madres encuestadas señalaban que sus hijos tenían actividad física (aproximadamente el 67%). Sin embargo, al contrastar el uso del tiempo libre este arrojó que un 63,4% realizaba actividades psicomotoras pasivas- ver televisión / videos o reposo. Este último aspecto es concordante con aquellas investigaciones que señalan que los niños obesos suelen ser menos activos.

Dada la importancia de la actividad física en el desarrollo integral del niño y la niña nos parece necesario obtener una información más exacta y personalizada de cada caso, para luego desarrollar intervenciones más ajustadas a la realidad particular.

En relación a la percepción de las madres frente al estado nutricional del niño o la niña, se observó lo siguiente: el 55,3% manifiesta preocupación y el 44,7% señala que no es preocupante.

Considerando la atribución de causalidad del estado de malnutrición, aproximadamente un tercio de las madres en un 31,6%, cree que se debe a factores ligados a la ingesta aumentada de alimentos. En segundo lugar (28,9%), se señala los factores comportamentales relacionados con la etiología de la aparición del problema. Si bien en las cifras no se ve reflejada la actividad física, como causa única, sí aparece cuando se mencionan diversos tipos de causas a la vez.

En un altísimo porcentaje las participantes consideran posible modificar el estado nutricional de sus hijos o hijas, manifestando además una excelente disponibilidad a participar en un programa que promovía hábitos más saludables. Nos parece interesante destacar la aparente contradicción entre la manifestación de "no preocupación" y el compromiso positivo de cambio de las participantes.

En el futuro creemos que es necesario realizar una adecuada evaluación de las motivaciones, realizando un balance entre las ventajas y desventajas de la intervención, la evaluación de las conductas encubiertas, además de considerar la

relación de poder que usualmente se ejerce desde los prestadores del servicio a los usuarios; debiendo considerar una necesaria negociación entre las expectativas, motivaciones y necesidades de los distintos actores involucrados.

REFLEXIONES FINALES

Hace un par de décadas la malnutrición por exceso era una de las características epidemiológicas propias de países desarrollados, actualmente su prevalencia es también alta en países que están en desarrollo y que se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, donde coexisten patologías de malnutrición como desnutrición y obesidad. La obesidad constituye un factor de riesgo asociado con el desencadenamiento de otras enfermedades así como también la elevación de las tasas de mortalidad de la población.

La obesidad es la manifestación de un fenómeno complejo que guarda relación con la calidad de vida, estilos de vida y hábitos de las sociedades y de las personas. Se entrecruzan variables sociales, económicas, culturales, biológicas y psicológicas, exigiendo por tanto una aproximación multidisciplinaria tanto en la comprensión como en los planteamientos de políticas públicas.

La obesidad infantil ha adquirido una gran relevancia no sólo por las consecuencias para el niño y la niña, sino también por la correlación estadísticamente significativa que existe entre el peso de adulto y/o adolescente con respecto al peso en la infancia. Considerando además que la aparición de la obesidad en la infancia es un indicador determinante en el éxito de los tratamientos futuro guarda aquí gran relevancia la acción precoz y la promoción de estilos de vida saludables en grupos focalizados y la vigilancia de grupos de riesgo priorizados.

Desde la Psicología de La Salud es posible aportar en el proceso de la salud-enfermedad tanto en los niveles de promoción y prevención de la salud nutricional, así como también en el diagnóstico y tratamiento de niños / niñas y adultos que presentan el problema modificando aquellos patrones comportamentales de riesgo. Siendo una táctica operacional el trabajo en equipo multidisciplinario que se sustente en un modelo integral de la salud.

Los estudios que correlacionan los factores comportamentales con la obesidad se basan en la posibilidad que las personas obesas tengan hábitos distintos de los normo peso que están incidiendo en la mantención del problema, logrando aislar tres factores básicos: estilos de alimentación, influencia de los estímulos externos en la conducta de sobreingesta y patrones de actividad física.

De acuerdo con los antecedentes recopilados, se considera necesario profundizar las investigaciones a través de estudios interdisciplinarios que consideren en su abordaje los factores culturales que inciden tanto en los patrones de ingesta como en las atribuciones psicosociales que van modelando tipos y calidad de alimentación.

Del mismo modo, se debiera considerar también en la promoción de salud nutricional, campañas educativas de prevención que atiendan a la incidencia de los medios de comunicación de masas en la elección de comida chatarra, especialmente en los niños y niñas.

Finalmente, cuando se trata de intervenciones, cobra especial relevancia una evaluación detallada que permita reconocer en cada caso, las principales variables asociadas con la etiología y mantención de la mal nutrición por exceso: Evaluación diferencial; de factores genéticos y biológicos; de factores de aprendizaje; de la actividad física; de las conductas encubiertas; del apoyo social; de la motivación; y del nivel socioeconómico y educacional

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBALA, C. – VIO, F. (1985), Epidemiología de la Obesidad, Apartado Docente 9/85, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), Universidad de Chile.
- ALBU, J. ET AL. (1997), Obesity Solutions: Report of a Meeting, **Nutrition Review**, vol. 55, Nº 5, 150- 156.
- ALEGRIA, A.- ORDOÑEZ, E. (1988), Obesidad y Sobrepeso en menores de 6 años, **Pediatría**, Vol. 31. Nº 3, 140-145.
- BAYES, R. (1985) **Psicología Oncológica**, Editorial Martínez Roca, Barcelona
- BURROWS, R. – MUZZO, S. (1980), Obesidad Infantil, Apart. Doc. 168/80, INTA, Universidad de Chile.
- BURROWS, R. (1985), Obesidad del niño y del adolescente, "Crecimiento y Desarrollo Normal y Patológico", INTA, Universidad de Chile.
- CARIAGA, L. – SANTANA, R. (1983), Prevalencia de la Obesidad en Escolares del Gran Stgo. Y Evaluación controlada de Dos Métodos de Tratamiento, Tesis para optar al grado de Magister en Nutrición, U. De Chile, INTA, Santiago.

- CASTILLO, C – UAUY, R. (1983), "Nutrición del Escolar Chileno. Estado Actual y Recomendaciones Sobre Acciones Futuras", Stekel, A. – Monckeberg, F., INTA, Universidad de Chile, Santiago.
- CELEDON, J.M. (1981), "Desarrollo Psicológico y modificación Conductual en el Niño", **Creces**, Vol. 2, Nº4, 8-11.
- CONTENTO, ET AL. (1995), "Executive Summary", **Journal of Nutrition Education**, Vol. 27, Nº 6, 291-297.
- CONTENTO, ET AL. (1995), "Nutrition Education for Preschool Children", **Journal of Nutrition Education**, Vol. 27, Nº 6, 279-286.
- CORDELLA, P. (1998), "Aspectos Psicológicos de la Obesidad en la Infancia: Una Vivencia Integrada", **Pediatría al Día**, Vol. 14, Nº 1, 27-33.
- DIETZ, W. (1994), "Critical Periods in Childhood for the Development of Obesity", **American Journal Clinical Nutrition**, Vol. 59: 955-959.
- ESPINOZA, M.- VALDES, E. (1999), "Boletín de Vigilancia Nutricional, Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS).
- FERNANDEZ, M.C.- VERA, MN. (1996), "Evaluación y Tratamiento de la Obesidad, Tratamiento Psicológicos de Hábitos y

- Enfermedades**, J.M. Buceta y A.M.
(comps), Madrid.
- GRAU, J. (1995), **La Psicología de la Salud a las Puertas del Siglo XXI**, Conferencia Inaugural de la I reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente, México.
- GRAU, J. (1995), **La Psicología de la Salud en Cuba**, Ponencia Simposium El rol del Psicólogo de la Salud en América Latina, XXV Congreso Latinoamericano de Psicología Puerto Rico.
- GRAU, J. (1996), **Hacia una Integración de la Psicología de la Salud**, Conferencia Inaugural del II Reunión ALAPSA de la Región Norte-Occidente de México, Culiacán, Sinaloa.
- HODGSON, M.I. (1991), **Enfrentamiento del Niño Obeso**, **Boletín Escuela De Medicina**, Vol. 20, N°3.
- INFANTE, J. (1993), **Obesidad**, **Rev. Chilena de Pediatría**, Vol. 64, N° 6, 403-406.
- KIRCHENBAUM, D.S. ET AL. (1989) **Tratamiento de la Obesidad en Niños y Adolescentes**, Editorial Martínez Roca, Madrid.
- KRAUSE, S. – WENZEL, M.S. (1987), **Influencia del Estado Nutricional Materno Sobre el Tejido Graso del Recién Nacido**, **Revista Chilena de Pediatría**, Vol. 58, N°3.

- LIBERMAN, C.- LOLAS, F. (1998), El Tratamiento Médico de la Obesidad desde una Perspectiva Multidisciplinaria, **Revista Médica de Chile**, Vol. 126, Nº11, 1377-1383.
- LUZORO, J. (1999), En "Psicología de la Salud", **Psicología de la Salud**, Colección de Cs. Sociales, Universidad de Chile, Bravo y Allendes Editores, Santiago.
- LUZORO, J. (1992), Psicología de la Salud, **Revista de Psicología**, Vol. 3, Nº 1, 25 – 29.
- MAHONEY, M.J- MAHONEY, R.(1976), **Permanent Weight Control**, Ed. Norton, New York.
- MUZZO, S.(1985) **Crecimiento y desarrollo Normal y Patológico**, INTA, Universidad de Chile, Santiago.
- OLIVARES, S.(1989) Nutrición, Prevención de Riesgos y Tratamientos dietético, CONFELANYD, Santiago.
- OLIVERA, C. (1984) La Formación de Hábitos Alimentarios en la Infancia, **Cuadernos de Nutrición**, Vol. 7, Nº 5.
- ORELLANA, I. (1997), Características de la Ingesta Alimentaria y La Actividad Física de los Preescolares Asistentes y No Asistentes a Jardines Infantiles Estatales de la R.M., Tesis Magister en CS. De la Nutrición, U. De Chile, Santiago.

- POZO, P. – RISSO, V. (1992) Conocimiento sobre Obesidad en Lactantes en Médicos que atienden Niños, **Revista Chilena de Pediatría**, Vol. 63, N°1.
- PUJOL, S.T. ET. AL.(1985), Las Técnicas de Autocontrol en el Tratamiento de la Obesidad. Un Camino hacia la Elección Terapéutica, **Análisis y Modificación de Conducta**, Vol. 11, 549-562.
- ROZOWSKI, J. (1997), Prevalencia de la Obesidad en Chile, **Boletín Esc. De Medicina U. Católica de Chile**, Vol. 26, 5-9.
- SALDAÑA, C. – GARCIA, E. (1988) Tratamiento Multicomponente de la Obesidad Crónica: Terapia de la Conducta Dieta y actividad Física, **Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de la Conducta. Estudio de Casos**, Ed. Martínez Roca, Madrid.
- SALDAÑA, C. (1988), **Obesidad**, Ed. Martínez Roca, Madrid.
- SALDAÑA, C. (1985), Alternativas Conductuales a Problemas de Salud, **Anuario de Psicología**, 30-31:59-74, Madrid.
- SAN FUENTES DEL RÍO, MT. (1991), Psicofisiología del Sobrepeso y la Obesidad en Mujeres, Tesis para optar al Título de Psicólogo, U. Diego Portales, Santiago.

- SEIJAS, D. – FEUCHTMANN, C. (1997), *Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos*, **Boletín Esc. De Medicina U.C. de Chile**, Vol. 26, N°1, 39-41.
- SEIJAS, D. (1997), *Obesidad y Psiquiatría*, **Boletín Esc. De Medicina U.C. de Chile**, Vol. 26, N°1, 45-48.
- STERN, J.S.- LOWNEY, P. (1986), *Obesity: The Role Of Physical Activity, Handbook of Eating Disorders*, K.D. Brownell & J.P. Foreyt (Eds.), New York.
- UAUY, R. – CCARRIAGA, L.,O (1984), *Obesidad Infantil de Causa Nutricional*, **Rev. Chilena de Nutrición**, Vol. 12; N°1, 7- 14.
- VALDES, R. (1997), *Actividad Física y Obesidad*, **Boletín Esc. De Medicina U.C. de Chile**, Vol. 26, N°1, pp. 42-44.
- VALIENTE, S.- ARTEAGA, A. (1977), *Obesidad Como Problema de Salud Pública*, Apart. Doc. 97/77, INTA, Universidad de Chile.
- VERA, M.N.- FERNANDEZ, M.C. (1989), **Prevención y Tratamiento de la Obesidad**, Ed. Martínez Roca, Serie Práctica, Madrid.
- VERA, M.N. (1998), *El Cuerpo, Culto o Tiranía?*, **Psicothema**, Vol. 10, N° 1, 111-125.

VERDUGO, A. ET AL. (1999),

Plan Estratégico de Salud Comunal, Dirección de Salud El Bosque.

YATES, A. (1979),

Teoría y Práctica de la terapia Conductual, Ed. Trillas, México.

**ANEXO 1: INSTRUMENTO DE PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO EN
NIÑOS OBESOS**

I. MUNICIPALIDAD DE EL BOSQUE

DIRECCION DE SALUD

CONSULTORIO C. SUR/COSAM 1997.-

Nº: _____

Fecha: _____

INSTRUMENTO DE PESQUISA DE FACTORES DE RIESGO EN NIÑOS OBESOS

I.- IDENTIFICACION:

1.- N°de ficha: _____

2.- Nombre: _____

3.- F. de Nac: _____

4.- Edad: _____

5.- Domicilio: _____

6.- Fono: _____

7.- Nombre de la madre: _____

8.- Nombre de el padre: _____

II.- ANTECEDENTES DEL NIÑO:

Ant. prenatales del niño:

1.- Estado nutricional de la madre: _____

2.- Patología durante el embarazo: Diabetes gestacional (SI) (NO).

Ant. del niño:

3.- Peso de nacimiento : _____

4.- Talla: _____

5.- Tipo de alimentación durante los 1eros. 6 meses:

- LME: (SI) (NO) - LME + otros: (SI) (NO) - L ARTF.: (SI) (NO)
- L. ARTF: + otros (SI) (NO).

6.- Edad de inicio de la alimentación sólida: _____

7.- Edad de inicio de sobrepeso _____ y obesidad _____

8.- Cuántas comidas ingiere durante el día? _____

9.- Ingiere otros alimentos entre las comidas (SI) (NO).

10- Qué come entre las comidas? _____

11- Tipo de alimentos que prefiere:

12- El niño rechaza algún tipo de alimentos (especificar):

13- Conducta de la madre frente a las preferencias y rechazos de alimentos del niño/a:

14- Disponibilidad de dinero por el menor: (SI) (NO)

15- Tiene actividades físicas? (SI) (NO).

16- Si no tiene actividades físicas en qué ocupa su tiempo libre:

III.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

1.- La madre trabaja? (SI) (NO)

2.- El menor queda al cuidado de :

Abuelos Familiares Cuidadora Vecinos J. Inf.

3.- Quiénes componen el grupo familiar:

4.- Responsable de la alimentación del menor (Quién decide lo que se come?):

Madre Abuela La cuidadora Otros _____

5.- Antecedentes familiares obesos:(marque con un * a la persona que prepara la alimentación).

Madre Padre Hermanos Abuela Abuelo Otro _____.

IV.- ANTECEDENTES PSICOSOCIALES:

1.- Escolaridad de la madre _____ 2.- Padre _____ 3.- Persona que lo cuida _____

4.- Ingreso económico familiar (aprox.) _____

5.- Cuánto de este ingreso se destina a la alimentación?: _____.

6.- Cómo es el ambiente familiar?

7.- Calidad de la relación de pareja:

8.- Problemas recurrentes:

9.- Relación padres-hijo:

10- Relación entre hermanos:

11-Relación con otros :

12-Relación de la madre con persona a cargo del cuidado de el menor:

13-Cómo percibe Ud. el estado nutricional de el menor?

14-Cómo lo percibe el resto de la familia?

15- A qué cree Ud. que se debe el estado nutricional de el menor?

16- Cree Ud. que es posible modificar el estado nutricional de el menor?:(Especificar, anotar textualmente en lo posible):

17- El niño ha echo pataletas cuando no consigue el alimento que prefiere (SI) (NO).

18- Si lo ha conseguido se calma? (SI) (NO).

19- Tiende el niño a pedir alimentos que aparecen en la TV?

(SI)

(NO).

20- Presenta su hijo algunas de las siguientes conductas:

- Problemas para dormir.
 - Duerme con luz prendida.
 - Despierta con pesadillas.
 - Tiene el sueño sobresaltado
 - No tiene un horario para dormir.
 - se come las uñas.
 - Presenta tics.
 - Necesita un tuto no sólo para dormir.
 - Se chupa el dedo.
 - Observación de otras conductas del menor que preocupen:
-

21- Disposición de la madre a participar en taller:
