



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

**“INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA
DISMINUIR FACTORES PSICOLÓGICOS DE RIESGO Y
PROMOVER EL BIENESTAR EN NIÑOS CON
SOBREPESO”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTA:

DIANA KARINA STRAFFON OLIVARES

DIRECTOR(A) DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

CODIRECTOR(A) DE TESIS:

DRA. MARÍA LETICIA BAUTISTA DÍAZ



Pachuca de Soto, Hgo.

2020

Pachuca de Soto, Hgo., Agosto 27 del 2020

M. en C.S. MARÍA DEL CONSUELO CABRERA MORALES
COORDINADORA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
Presente.

Los integrantes del Comité Tutorial de la alumna **Diana Karina Straffon Olivares**, con número de cuenta 229705, comunicamos a usted que el Proyecto de Producto Terminal denominado **“Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso”** ha sido concluido y se encuentra en condiciones de continuar el proceso administrativo para proceder a la autorización de su impresión.



Atentamente.
"Amor, Orden y Progreso"

D. en Psic. Andrómeda Ivette Valencia Ortíz

Directora

D. en Psic. María Leticia Bautista Díaz

Codirectora

D. en C.E. Rubén García Cruz

Asesor



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 School of Health Sciences
 Área Académica de Medicina
 Department of Medicine
Maestría en Salud Pública
 Master in Public Health


Oficio Núm. ICSa/AAM/MSP/215/2020
Asunto: Autorización de Impresión de PPT
 Pachuca de Soto, Hgo., agosto 31 del 2020

C. DIANA KARINA STRAFFON OLIVARES
ALUMNA DE LA MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
 STUDENT OF THE MASTER IN PUBLIC HEALTH

Comunicamos a usted, que el Comité Tutorial de su Proyecto de Producto Terminal denominado **“Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso”** considera que ha sido concluido satisfactoriamente, por lo que puede proceder a la impresión de dicho trabajo.

Atentamente.
 “Amor, Orden y Progreso”




 MC. Esp. Adrián Moya Escalera
 Director del Instituto de Ciencias de la Salud
 Dean of the School of Health Sciences

MC.Esp. Luis Carlos Romero Quezada
 Jefe del Área Académica de Medicina
 Chair of the Department of Medicine



D. en C.E. Lydia López Pontigo
 Coordinadora de Posgrado del ICSa
 Director of Graduate Studies of ICSa



M. en C. María del Consuelo Cabrera Morales
 Coordinadora de la Maestría en Salud Pública
 Director of Graduate Studies Master in Public Health

AME/LCRQ/LLP/MCCM/mchm*



Eliseo Ramírez Ulloa Núm. 400
 Col. Doctores
 Pachuca de Soto, Hidalgo, C.P.42090
 Teléfono:52(771) 71 720 00 Ext. 2366
 mtria.saludpublica@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

"El miedo no detiene la muerte, detiene la vida... no te atormentes con lo que podría ser, céntrate en lo que es"

Agradecimientos

- *A mi madre, Raquel, por tu apoyo, consejos y compañía, por ser un gran ser humano que me enseña día con día como vivir con alegría y sin dejarme caer por que no importa lo que enfrente sé que estarás para mí. Eres mi mejor amiga y la persona más fuerte que conozco, te quiero muchísimo.*
- *A mi padre, Arthur, por enseñarme que las cosas siempre se deben hacer bien y no a medias, por mostrarme día con día que se puede lograr lo que te propongas y lo más importante por apoyarme cuando te necesito.*
- *A mi hermano, Jonathan, por tu apoyo y complicidad, porque contigo aprendí que no importa la edad que tengamos siempre nos podremos divertir como niños, te quiero.*
- *A la Doctora Andrómeda, gracias por todo su apoyo, por el tiempo, paciencia y compromiso, pero sobre todo gracias por ser un gran modelo de persona que siempre me muestra cómo ser mejor, más optimista y un poco más asertiva.*
- *A la Doctora Lety, muchas gracias por su apoyo y conocimientos pero sobre todo gracias por dejarme conocer a una persona fuerte y admirable.*
- *Al Doctor Rubén, muchas gracias por su apoyo, siempre aprendo algo nuevo y me llevo una sonrisa después de cada plática.*
- *A Jele, te agradezco por tu apoyo, tu cariño y tu paciencia porque sé que no podría haber realizado nada sin tu apoyo y tu alegría, no sé cómo agradecer la amistad que me has brindado, por ser mi apoyo y soporte cuando las cosas eran difíciles siempre estaré en deuda contigo, te quiero mucho.*
- *A Roberto, gracias por ser mi mejor amigo, mi compañero de desvelos y mi soporte en muchas ocasiones. Creo que nunca dejaré de aprender de ti y espero nunca pierdas ese gusto por saber y hacer más, te quiero mucho.*
- *A Mauricio, por ser un gran apoyo durante la maestría con las risas y compañerismo en el cubículo pero sobre todo por dejarme conocer al gran ser humano que eres aunque a veces no eres capaz de verlo.*
- *A Azu, por darme un poco de cordura y alegría durante la maestría y por ser una gran compañera y amiga.*
- *A Erick, muchas gracias por tu apoyo y tu paciencia por impulsarme cuando a veces no podía o no quería sacándome una risa o simplemente estando conmigo y sobre todo muchas gracias por ser un gran hombre y acompañarme mientras cumplía esta meta.*
- *A Conchita, por siempre ser una guía no solo para mí sino para todo el que la necesite.*
- *A la maestría y la universidad, por permitirme cumplir la meta de obtener un posgrado.*
- *A CONACYT, por brindarme la beca con la que pude cumplir esta meta.*

ÍNDICE

Capítulo I. Sobrepeso y obesidad	10
1.1 La etiología y fisiopatología de la obesidad infantil	10
1.1.1 Complicaciones.....	14
1.2 La epidemiología de la obesidad infantil	17
1.3 Acciones para atender el problema de Obesidad Infantil	18
Capítulo II. Salud mental	22
2.1 Salud mental infantil y bienestar	22
2.2 Efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud mental.....	23
2.2.1 Depresión.....	27
2.2.2 Ansiedad	30
2.2.3 Personalidad	33
2.3 Impacto de una mala salud mental en el ámbito educativo.....	37
Capítulo III. Enfoque Cognitivo-Conductual.....	39
3.1 Generaciones de las técnicas Cognitivo-Conductuales	42
3.2 Intervenciones para la promoción del bienestar desde la psicología positiva	49
3.3 Intervenciones psicológicas para obesidad y sobrepeso.....	53
JUSTIFICACIÓN	59
MÉTODO GENERAL.....	61
Pregunta de investigación	61
Objetivo general.....	61
Objetivos específicos.....	61
Pregunta de investigación	63
Objetivo General.....	63
Objetivos Específicos	63
Tipo de estudio	63
Tipo de Diseño.....	63
Variables	63

Hipótesis	66
Participantes	66
Población.....	66
Muestra.....	66
Tipo de muestreo	66
Criterios de inclusión.....	66
Criterios de eliminación.....	67
Instrumentos	67
Procedimiento	68
Análisis de datos propuesto	68
Implicaciones bioéticas.....	68
Pregunta de investigación	81
Objetivo general.....	81
Objetivos específicos.....	81
Tipo de estudio	81
Tipo de diseño	81
Variables	82
Hipótesis de trabajo	83
Participantes	83
Muestra.....	83
Tipo de muestreo	83
Criterios de inclusión.....	83
Criterios de exclusión.....	83
Criterios de eliminación.....	83
Instrumentos	83
Procedimiento	84
Análisis de datos propuesto	84
Implicaciones bioéticas.....	84
Pregunta de investigación	109

Objetivo general.....	109
Objetivos específicos.....	109
Tipo de estudio	109
Tipo de diseño	109
Variables	109
Hipótesis	111
Participante	111
Criterios de inclusión.....	111
Criterios de exclusión.....	112
Criterios de eliminación.....	112
Instrumentos	112
Procedimiento	114
Análisis de datos propuesto	114
Implicaciones bioéticas.....	114
DISCUSIÓN.....	123
CONCLUSIÓN.....	130
ANEXOS.....	154

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Acciones para atender el problema de Obesidad Infantil a nivel internacional, nacional y estatal.....	19
Tabla 2. Intervenciones psicológicas para sobrepeso/obesidad.....	54
Tabla 3. Operacionalización de las variables Fase I.....	64
Tabla 4. Nivel de sintomatología depresiva por género.....	70
Tabla 5. Nivel sintomatología depresiva por edad.....	70
Tabla 6. Sexo, edad, peso, talla, puntajes Z y diagnóstico de los participantes.....	73
Tabla 7. Correlación depresión y ansiedad.....	79
Tabla 8. Correlación Inventario de depresión infantil (CDI) y regulación emocional.....	79
Tabla 9. Correlación ansiedad fisiológica con subescalas de FFPI-C.....	80
Tabla 10. Correlación Escala de conducta asertiva para niños (CABS) con subescalas de FFPI-C.....	80
Tabla 11. Operacionalización de las variables Fase II.....	82
Tabla 12. Objetivos generales de las sesiones de la intervención.....	85
Tabla 13. Grado académico de los participantes.....	102
Tabla 14. Experiencia en la práctica clínica de los participantes.....	103
Tabla 15. Experiencia en temas relacionados a trastornos de alimentación.....	103
Tabla 16. Opinión sobre el objetivo general de cada una de las sesiones.....	105
Tabla 17. Opinión sobre las actividades de cada una de las sesiones.....	106
Tabla 18. Opinión sobre los materiales de cada una de las sesiones.....	107
Tabla 19. Operacionalización de las variables Fase III.....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características de los ambientes (familiar, escolar y social) que influyen en el sobrepeso y la obesidad.....	11
Figura 2. Estilo de alimentación de los mexicanos.....	13
Figura 3. Complicaciones psicosociales, metabólicas y psicológicas de la obesidad y el sobrepeso.....	14
Figura 4. Factores biológicos de riesgo en población infantil para síndrome metabólico.....	15
Figura 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños <5 años y niños de 5 a 11 años en 1999, 2006, 2012 y 2016.....	18
Figura 6. Formación salud mental.....	22
Figura 7. Conflictos relacionados con sobrepeso u obesidad.....	25
Figura 8. Descripción sintomatología depresiva.....	28
Figura 9. Caracterización de un infante con síntomas de depresión.....	29
Figura 10. Descripción sintomatología ansiosa.....	31
Figura 11. Factores de personalidad	34
Figura 12. Fundamentos metodológicos.....	39
Figura 13. Conceptualizaciones de la terapia cognitivo-conductual.....	40
Figura 14. Rasgos de la terapia cognitivo-conductual.....	41
Figura 15. Terapias de tercera generación.....	47
Figura 16. Tipos de intervenciones.....	50
Figura 17. Esquema de investigación general.....	62
Figura 18. Comparación punto de corte para sintomatología depresiva y la media de la población.....	69
Figura 19. Niveles de sintomatología depresiva en la población.....	69
Figura 20. Niveles de sintomatología ansiosa.....	71
Figura 21. Medias de subescalas de la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2.....	71
Figura 22. Medias subescalas del inventario de cinco factores de la personalidad (FFPI-C).....	72
Figura 23. Puntuaciones T subescala regulación emocional.....	72
Figura 24. Tipos de comunicación en la población.....	73
Figura 25. Estado nutricional de la población.....	78

Figura 26. Estructura intervención.....	85
Figura 27. Distribución de las edades de los participantes.....	102
Figura 28. El objetivo general de la intervención era claro.....	104
Figura 29. Las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar objetivos establecidos.....	104
Figura 30. Los objetivos de las sesiones contribuyen a alcanzar el objetivo general de la sesión.....	106
Figura 31. Las actividades de las sesiones contribuyen a alcanzar el objetivo general de la sesión.....	107
Figura 32. Los materiales de las sesiones contribuyen a alcanzar el objetivo general de la sesión.....	108
Figura 33. Distribución de las opiniones de los jueces.....	108
Figura 34. Resultados del Inventario de Depresión Infantil.....	115
Figura 35. Resultados de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada-2.....	116
Figura 36. Resultados del Inventario de Cinco Factores de la Personalidad.....	116
Figura 37. Resultados de la Escala de Conducta Asertiva para Niños.....	117
Figura 38. Resultados del Cuestionario de Sobre ingesta alimentaria.....	117
Figura 39. Split emociones.....	119
Figura 40. Split ejercicio.....	120
Figura 41. Split motivación.....	121
Figura 42. Split alimentación saludable.....	122

RESUMEN

A partir de la década de los 70's la obesidad infantil se fue incrementando al grado que en 1975 había un 4% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños de cinco a 19 años, pero para el 2016 la prevalencia aumento a 18%. Debido a lo anterior el presente trabajo tuvo como objetivo principal generar una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso y se encontró dividido en tres fases. La Fase I consistió en un estudio descriptivo para reportar sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, factores de la personalidad, habilidades sociales y el estado nutricional en 104 estudiantes de una escuela primaria pública de Pachuca de Soto, Hidalgo. Se utilizaron los instrumentos Inventario de Depresión Infantil (CDI), Inventario de Cinco Factores de la Personalidad (FFPI-C), Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) y Puntajes Z para el estado nutricional. Los resultados demostraron la presencia de sintomatología depresiva en la población, mala expresión de emociones, un estilo agresivo en la muestra y un 42% de la población con obesidad o sobrepeso. Considerando los resultados encontrados en la Fase I y haciendo uso de revisión bibliográfica, la Fase II se dirigió al diseño y validación de la intervención por medio de un jueceo por 11 expertos en el campo de la psicología de la salud donde se determinó que la intervención se encontraba respaldada teóricamente, estaba orientada al logro de objetivos en cada sesión y que contaba con actividades y técnicas que permitirían a los y las participantes involucrarse. Por esto en la fase III se procedió a la implementación de la intervención a modo de estudio de caso único. Para medir los resultados antes y después de la intervención se emplearon los mismos instrumentos de la Fase I y un autorregistro que consistió en reportar emociones, ejercicio, motivación y alimentación saludable. Se encontró una diferencia en su evaluación pre y post con una alta significancia clínica. Se identifica que es una propuesta de intervención adecuada para niños en edad escolarizada y puede ser utilizada como estrategia de prevención en la escuela.

Palabras Clave: Depresión, sobrepeso, alimentación, Intervención Cognitivo-Conductual, emociones.

ABSTRACT

Starting in the 1970s, childhood obesity increased to the degree that in 1975 there was a 4% prevalence of overweight and obesity in children between the ages of five and 19, but by 2016 the prevalence increased to 18%. Due to the above, the present work had the main objective of generating a Cognitive-Behavioral intervention to decrease psychological risk factors and promote well-being in overweight children and was found divided into three phases. Phase I consisted of a descriptive study to report depressive symptoms, anxious symptoms, personality factors, social skills, and nutritional status in 104 students from a public primary school in Pachuca de Soto, Hidalgo. The instruments Childhood Depression Inventory (CDI), Inventory of Five Personality Factors (FFPI-C), Assertive Behavior Scale for Children (CABS) and Z scores for nutritional status were used. The results demonstrated the presence of depressive symptoms in the population, poor expression of emotions, an aggressive style in the sample and 42% of the population with obesity or overweight. Considering the results found in Phase I and making use of a bibliographic review, Phase II was directed to the design and validation of the intervention by a judge by 11 experts in the field of health psychology where it was determined that the intervention it was theoretically supported, it was oriented to the achievement of objectives in each session and it had activities and techniques that would allow the participants to get involved. For this reason, in phase III, the intervention was implemented as a single case study. To measure the results before and after the intervention, the same Phase I instruments and a self-report were used, which consisted of reporting emotions, exercise, motivation and healthy eating. A difference was found in their pre and post evaluation with a high clinical significance. It is identified as a suitable intervention proposal for school-age children and can be used as a prevention strategy at school.

Key Words: Depression, overweight, diet, Cognitive-Behavioral Intervention, emotions.

INTRODUCCIÓN

En México, la obesidad infantil es un problema de salud pública debido a las consecuencias que tiene para la salud, esta condición altera el proceso saludable de crecimiento, tanto, físico como emocional de quien la padece; se ha observado que el estilo de vida poco saludable, como la falta de actividad física e inadecuados hábitos alimentarios, representa uno de los más importantes factores de riesgo (Macías, Gordillo & Camacho, 2012). La infancia es la etapa del desarrollo donde se obtienen herramientas necesarias para el cuidado de la salud física y mental que se usarán en la vida adulta, por lo que la presencia de trastornos mentales durante la infancia puede generar consecuencias que repercuten en su entorno personal y social (Rosselló, Duarté-Vélez, Bernal, & Zuluaga, 2011). El continuo desarrollo de estos trastornos es un problema que se puede aminorar mediante la implementación de intervenciones que permitan desarrollar en sus participantes factores protectores que a su vez reduzcan los factores de riesgo (Sánchez, 2008).

En este sentido el objetivo de esta investigación es conocer la efectividad de una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso. En cuanto a la estructura, esta investigación se encuentra conformada por tres capítulos de marco teórico I. Factores psicológicos de riesgo y protección en niños con sobrepeso, II. Modelos psicológicos para el cambio conductual, III. Técnicas de Intervención Psicológicas con enfoque Cognitivo-Conductual. La metodología y los resultados se encuentran divididos en tres fases I. Estudio descriptivo sobre sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, factores de personalidad, habilidades sociales y estado nutricional, II. Desarrollo y validación por jueces expertos de la intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso y III. Implementación de la intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso. Además de una discusión y conclusión general, referencias y anexos.

Capítulo I. Sobrepeso y obesidad

1.1 La etiología y fisiopatología de la obesidad infantil

La obesidad es una enfermedad crónica, causada por diversos factores que van desde problemas genéticos, metabólicos o socioculturales, al respecto se ha referido que es desequilibrio con tendencia negativa entre la ingesta alimentaria y el gasto calórico, ya que, se observa incremento en la primera (sobreingesta rica en grasas y carbohidratos) y una disminución en la segunda (falta de actividad física o sedentarismo), lo que origina que el tejido adiposo se acumule y se eleve el peso corporal (Macías, Gordillo & Camacho, 2012). Se ha referido que la aparición de obesidad en etapas tempranas del desarrollo (infancia/adolescencia), aumenta la posibilidad de prolongarla hasta la adultez (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Existen diversos indicadores de obesidad, como pliegues cutáneos, anchura de codo, cuello, circunferencia de cintura, índice cintura-cadera, porcentaje de grasa, entre otros, concretamente, aquellas personas con porcentajes de grasa entre 12 y 20% en varones y 20 y 30% en mujeres, se considera obesidad (Monereo, Iglesias & Guijarro, 2012); no obstante, un indicador sencillo y económico de determinar la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), este es una proporción entre el peso y la estatura al cuadrado, no obstante, en población infantil se debe tomar en cuenta la edad (en años y meses) y el sexo (López & Soto, 2010).

Así, es claro que es imposible aludir una causa única, como se observa en la Figura 1, más bien se trata del resultado de una interacción entre lo biológico, social y psicológico, concretamente, las actuales condiciones de la cultura mexicana conducen al sobrepeso o la obesidad, (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

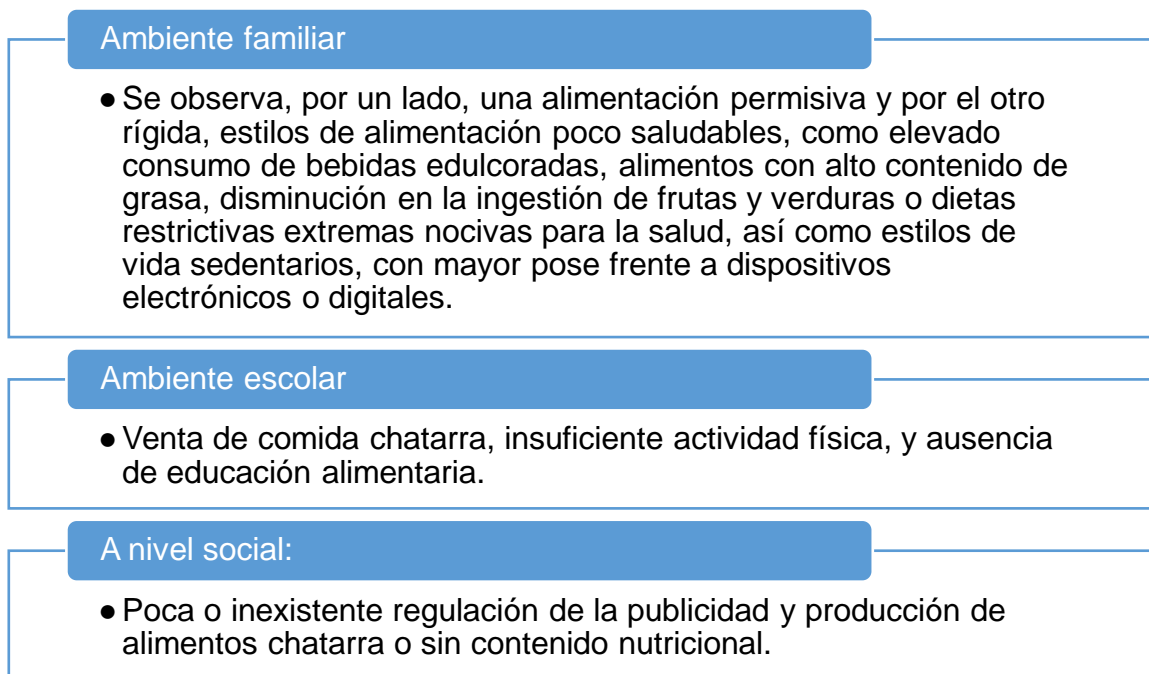


Figura 1: Características de los ambientes (familiar, escolar y social) que influyen en el sobrepeso y la obesidad (adaptado de Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

La adopción de dietas con alto contenido de grasas saturadas, azúcares, carbohidratos y bajas en grasas polinsaturadas y fibra, así como la poca actividad física, son algunas características de la transición epidemiológica nutricional, por otro lado, la mayor disponibilidad de alimentos a bajos costo ha permitido que la población pueda acceder a alimentos con alto contenido energético (Thompson, Schaefer, & Menzel, 2012).

Al respecto, la educación está asociada inversamente al sobrepeso y la obesidad y, por el contrario, la riqueza está directamente asociada con el sobrepeso y la obesidad, asimismo, el sobrepeso es mayor en los hombres que en las mujeres a edades tempranas y la obesidad es más frecuente en mujeres, y es mayor en la zona urbana debido al incremento del consumo de la “comida rápida” o “para llevar” que supone hasta un tercio de calorías consumidas porque dichos alimentos contienen más calorías, grasas saturadas, colesterol y menos fibra que las comidas caseras (Álvarez-Dongo, 2012).

El “acto alimentario” es complejo y está guiado por elementos sociales, económicos y culturales (Bertrán, 2009). Algunos expertos en nutrición recomiendan que una dieta equilibrada podría ser de 350 Kcal diarias de cada uno de los siguientes grupos alimenticios: leche y derivados, pescado, carne y huevos, leguminosas, verduras y hortalizas, frutas, cereales y derivados, aceites y grasas, la alimentación diaria de la mayoría de las personas debería contener una gran cantidad de cereales, frutas y verduras, mientras que es preferible que consuman moderadamente grasas, aceites y azúcares (Álvarez-Dongo, 2012).

El común acuerdo en cuestión nutricional consiste en atender a la calidad, cantidad y variedad de los alimentos que ingieren las personas (Bertrán, 2009), numerosos países han establecido o sugerido normas de alimentación que sirvan para satisfacer las necesidades nutricionales de cada persona (Villezca-Becerra, 2015).

Puesto que no existe un régimen alimentario ideal para todos, para formular tales normas se deberá tener en cuenta el abastecimiento de alimentos del país y las características de la población del caso como la ubicación geográfica, actividad física predominante, edad, sexo y salud (Martínez-Munguía & Navarro-Contreras, 2014). Principalmente se habla mucho de que la alimentación del mexicano no es la más adecuada en cuanto a las cantidades y formas en las que ingerimos alimentos, como se observa en la Figura 2 (Villezca-Becerra, 2015).

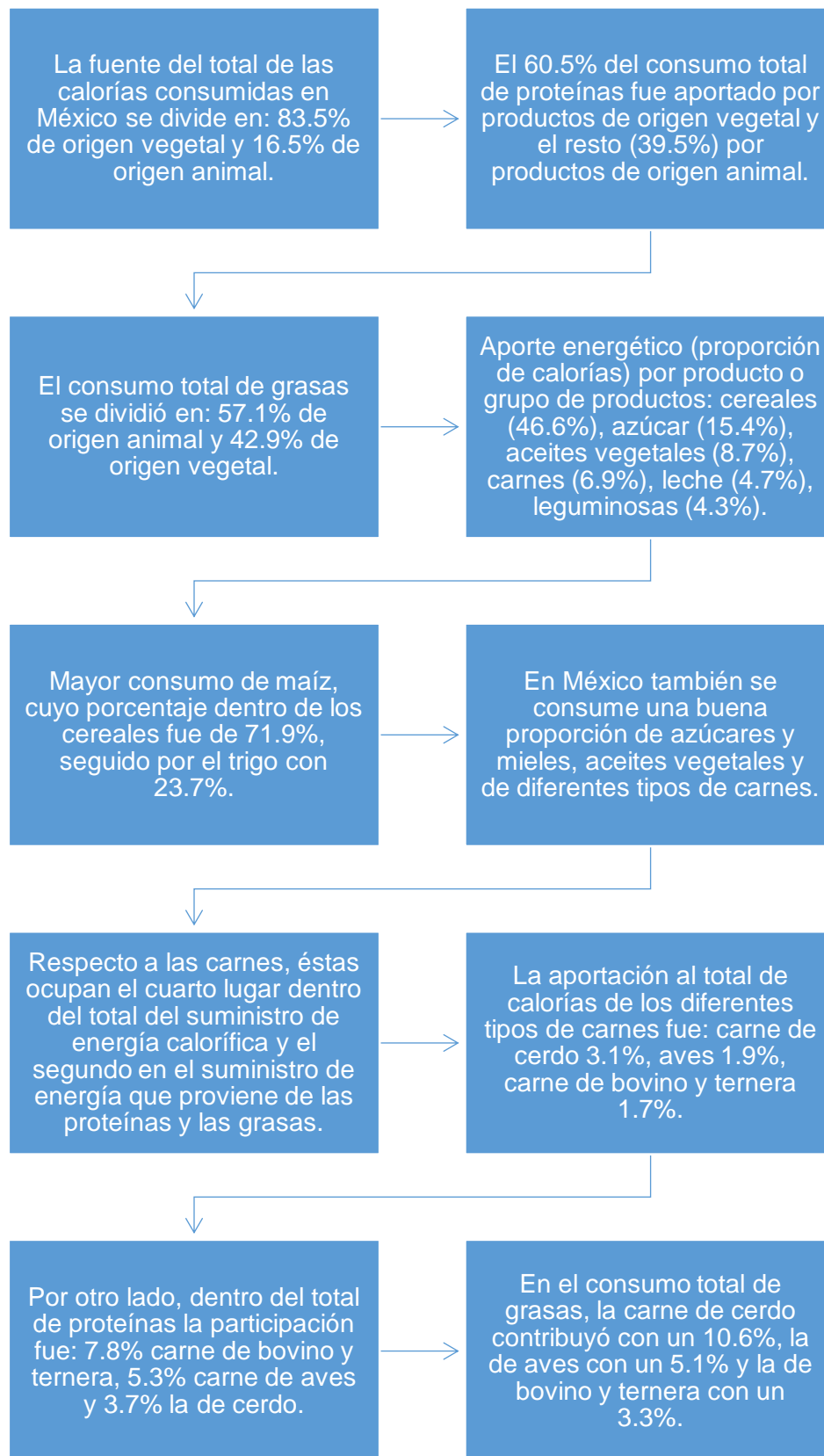


Figura 2. Estilo de alimentación de los mexicanos (Villezca-Becerra, 2015).

1.1.1 Complicaciones

En cuanto a las consecuencias de la condición de sobrepeso y obesidad, se pueden observar las de tipo metabólico, las de tipo psicosocial o las de tipo psicológicas como se observa en la Figura 3 (Macías, Gordillo & Camacho, 2012; Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

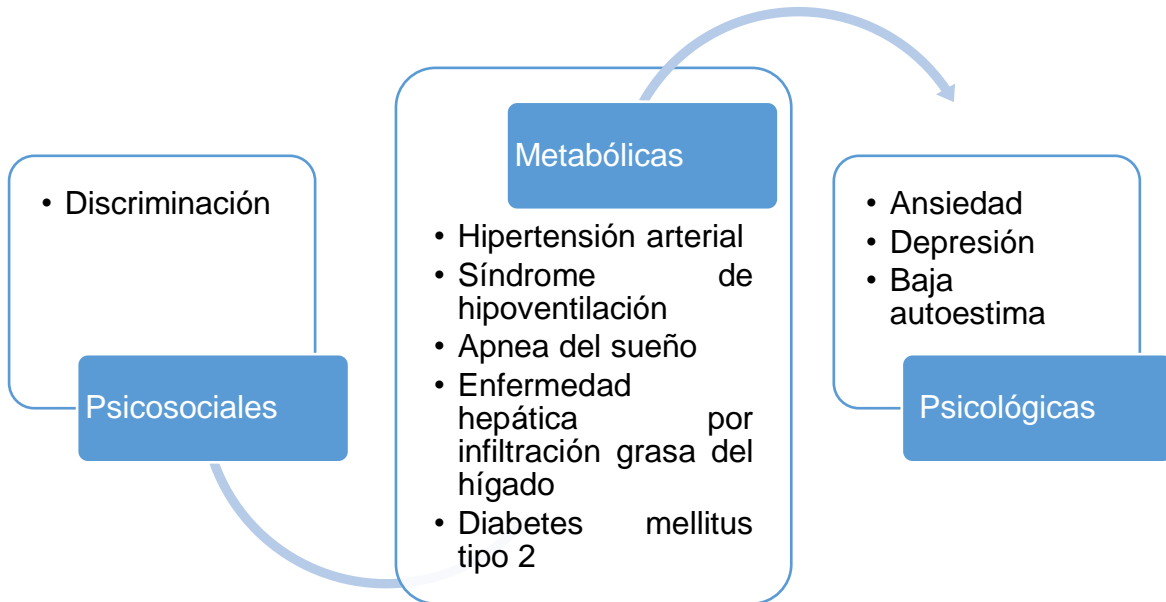


Figura 3. Complicaciones psicosociales, metabólicas y psicológicas de la obesidad y el sobrepeso (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Con respecto a la salud infantil una de las principales complicaciones que pueden aquejar a infantes con sobrepeso y obesidad a futuro son las enfermedades no transmisibles y representan un desafío importante, siendo la principal causa de muerte en todo el mundo (Gustafsson, 2019). El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, etc. y, subsecuentemente aumentan la carga de enfermedad, además, existen determinantes sociales que podrían influenciar en el desarrollo del sobrepeso y la obesidad, como son la

educación, el sexo, la pobreza, el lugar de residencia, entre otros (Martínez-Munguía & Navarro-Contreras, 2014).

En los adultos se considera un conjunto de factores, conocidos como el "cuarteto mortal" (obesidad de la parte superior del cuerpo, intolerancia a la glucosa, hipertensión y colesterol) que aumentan el riesgo de sufrir enfermedad vascular cerebral, Infartos o diabetes, lo anterior es relevante si se toma en cuenta que un niño con obesidad potencialmente puede ser un adulto con exceso de peso (Titmuss & Srinivasan, 2016).

Este conjunto de factores se puede encontrar con mayor frecuencia en la población pediátrica comparado con hace 20 años, generado la necesidad de definir el síndrome metabólico infantil que se entiende para fines prácticos como una agrupación de factores de riesgo que afectan a la población infantil como se observa en la Figura 4 (Titmuss & Srinivasan, 2016; Gustafsson, 2019).

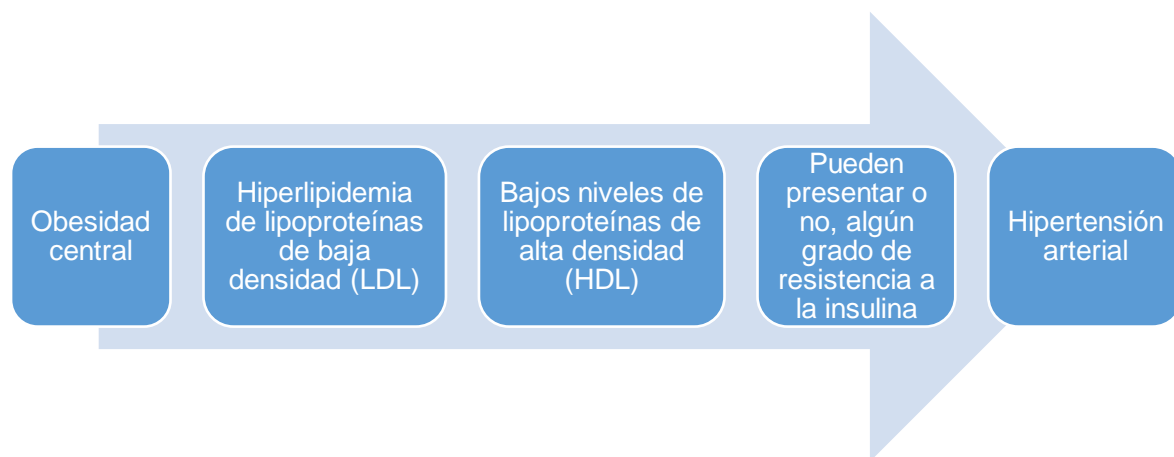


Figura 4. Factores biológicos de riesgo en población infantil para síndrome metabólico (Gustafsson, 2019).

Es importante señalar que no existe una definición única, lo que dificulta la estimación de la prevalencia del síndrome metabólico en esta población (Romero-Velarde, et al., 2016). Lo que es relevante, es que la comorbilidad de la obesidad atenta contra la salud física y mental de quien la padece, por ejemplo, disminuye la

calidad y esperanza de vida, se ha estimado que por cada 15 kilos corporales extra, aumenta 30% el riesgo de muerte temprana (Dávila, González & Barrera, 2015).

El síndrome metabólico es una enfermedad que ya no solo está presente en población adulta, sino que ahora las alteraciones en diversos sistemas del organismo se ven en edades más tempranas (Gustafsson, 2019). De este modo, tener exceso de peso se convierte en un factor de riesgo para síndrome metabólico infantil (Macías, Gordillo & Camacho, 2012).

Considerando que esta población rara vez presenta síntomas, el diagnóstico de síndrome metabólico es un indicador predictivo de mala salud física (Gustafsson, 2019). Este diagnóstico no es universal debido al uso de criterios inconsistentes como antecedentes familiares, el estado socioeconómico, la variación en los parámetros bioquímicos con la etnia (Titmuss & Srinivasan, 2016).

Los factores bioquímicos que intervienen en el desarrollo de estas enfermedades metabólicas se han estudiado con la esperanza de ayudar en su control o prevención (Folić, Folić, Marković, Andjelković, & Janković, 2015). Los factores de crecimiento similares a la insulina (IGF, por sus siglas en inglés) están involucrados en la regulación de las vías metabólicas y ejercen sus efectos sobre el sistema cardiovascular (Inzaghi, et al., 2017). En la infancia, el IGF-I se ha relacionado con marcadores de riesgo cardiovascular en adolescentes con obesidad no diabéticos y se han encontrado niveles bajos de IGF-I en niños de nacionalidad china con obesidad con niveles bajos de colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDLc) (Folić, Folić, Marković, Andjelković, & Janković, 2015).

Las corrientes de investigación actuales sobre síndrome metabólico infantil, presentan profundo interés en la prospectiva de diferentes factores de riesgo, basados en la teoría de que las circunstancias de la vida temprana pueden influir en el riesgo de enfermedad metabólica posterior, por ejemplo, desde la infancia empezamos a acumular lípidos en los vasos sanguíneos, fenómeno conocido como aterosclerosis, que algún día se manifestará como enfermedades cardiovasculares (Gustafsson, 2019).

1.2 La epidemiología de la obesidad infantil

Es de tal magnitud la problemática del sobrepeso y de la obesidad que la World Health Organization (WHO, 2017), usa el término globesity para expresar que es un asunto epidémico. A partir de la década de los 70's la obesidad infantil se fue incrementando al grado que en 1975 había un 4% de prevalencia de sobrepeso y obesidad en los niños de cinco a 19 años, pero para el 2016 la prevalencia aumentó a 18% (Morales & Ruvalcaba, 2018).

En 2014 la OMS documentó un estimado de 1,900 millones de personas mayores de 18 años y 41 millones de niños menores de cinco años en el mundo en condición de sobrepeso u obesidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Para 2016 de la población menor de cinco años 41 millones y 340 millones de niños y adolescentes de cinco a 19 años presentaba sobrepeso u obesidad (Morales & Ruvalcaba, 2018). Se estima que de mantenerse la tendencia actual el número de lactantes y niños con sobrepeso se elevará a 70 millones para 2025 (OMS, 2016).

La Organización Mundial de la Salud (2019), hace referencia que desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo, en 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos, así mismo, 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y 13% eran obesas, la mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.

En México, la Encuesta de Salud y Nutrición 2016, refiere que para la población adulta de 20 años o más, una prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad de 71.2% en 2012 y 72.5% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016). En 1999 se reportaba una prevalencia acumulada sobrepeso y obesidad de 26.9% (Morales & Ruvalcaba, 2018), en el año 2012 se reportaba que el 19.8% de la población escolar (5-18 años) presentan sobrepeso y 14.6% obesidad (Arias-Rico, et al., 2016), 34.4% de prevalencia acumulada, posteriormente en el año 2016 la prevalencia acumulada fue de 33.2% como se observa en la Figura 5.

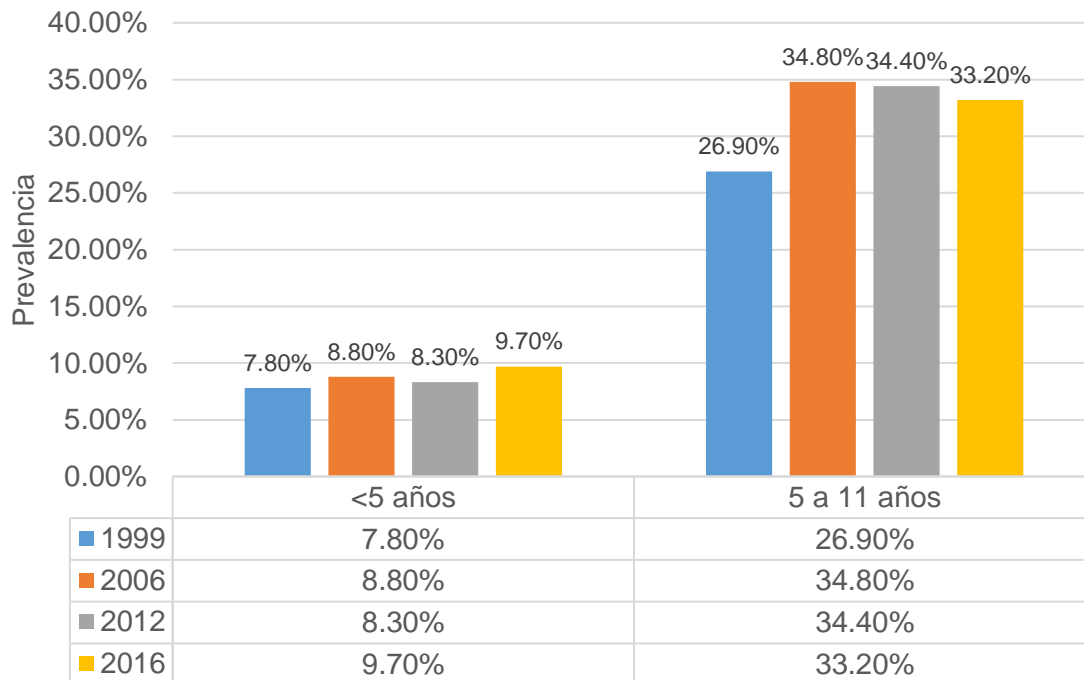


Figura 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños <5 años y niños de 5 a 11 años en 1999, 2006, 2012 y 2016 (adaptado de Morales & Ruvalcaba, 2018).

El Instituto Nacional de Salud Pública (2016) y UNICEF México (2019) estiman que en México uno de cada 20 niñas y niños menores de cinco años y uno de cada tres entre los seis y 19 años padecen sobrepeso u obesidad.

El estado de Hidalgo se encuentra en los primeros lugares del país con niños con sobrepeso y obesidad, 18.5% con sobrepeso y 12% con obesidad, entre los municipios pertenecientes al estado Pachuca ocupaba el octavo lugar con 35.5% de su población con sobrepeso y obesidad (Arias-Rico, et al., 2016).

1.3 Acciones para atender el problema de Obesidad Infantil

La condición de obesidad se asocia con síndrome metabólico (Monereo, Iglesias & Guijarro, 2012; Romero-Velarde, et al., 2016) por lo que se ha alentado a las instituciones y profesionales de la salud a promover estrategias de prevención y control, no obstante, las acciones han sido insuficientes (Mercado & Vilchis, 2013) algunas de ellas se pueden apreciar en la Tabla 1.

Tabla 1 Acciones para atender el problema de Obesidad Infantil a nivel internacional, nacional y estatal.

Autor	Programa	Descripción
<p>Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2014)</p>	<p>Plan de Acción para la Prevención y Control de la Obesidad en Niños y Adolescentes</p>	<p>En el plan se insta a aplicar políticas fiscales, como impuestos sobre las bebidas azucaradas y los productos de alto contenido calórico y bajo contenido nutricional, la reglamentación de la publicidad y el etiquetado de los alimentos, el mejoramiento de los ambientes escolares de alimentación y la actividad física, y la promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable.</p> <p>Meta: Detener el aumento de la epidemia para que no haya incremento con respecto a las tasas actuales de prevalencia de la obesidad en los países.</p>
<p>Organización Mundial de la Salud (2016)</p>	<p>Informe de la comisión para acabar con la obesidad infantil</p>	<p>Los progresos en la lucha contra la obesidad infantil han sido lentos e irregulares. En 2014 se estableció la Comisión para acabar con la obesidad infantil a fin de que examinará los mandatos y estrategias existentes y los ampliará para resolver carencias.</p> <p>Meta: Elaborar un conjunto de recomendaciones para combatir con</p>

Autor	Programa	Descripción
		<p>eficacia la obesidad en la infancia y la adolescencia en diferentes contextos mundiales.</p>
<p>Secretaria de Salud (2013)</p>	<p>Estrategia Nacional para la Prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes</p>	<p>Desarrollar una línea de acción en materia de comunicación educativa e intervenciones para la regulación, control y sensibilización que reduzcan el consumo de alimentos y bebidas con alta densidad energética y bajo valor nutricional.</p> <p>Meta: Promueve la construcción de una política pública nacional que genere hábitos de consumo alimenticio saludables y la realización de actividad física.</p>
<p>Secretaria de Educación Pública & Secretaria de Salud (2010)</p>	<p>Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria: Estrategia contra el Sobrepeso y la Obesidad</p>	<p>Desarrollo integral de los educandos al generar cambios en las condiciones educativas y sociales, ya que los principales problemas de salud pueden prevenirse atinadamente desde las escuelas, al promover una nueva cultura de autocuidado y la conformación de ambientes saludables, a fin de que niños y jóvenes enfrenten con mejores herramientas, propias y colectivas, situaciones que afecten su bienestar.</p>

Autor	Programa	Descripción
		<p>Meta: Generar nuevos mecanismos de respuesta y la realización de acciones y estrategias para contribuir al desarrollo armónico e integral de las personas.</p>
<p>Secretaria de Salud del Estado de Hidalgo (2014)</p>	<p>Estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes en el Estado de Hidalgo</p>	<p>Implementar mecanismos de promoción para la prevención de las enfermedades no transmisibles, de atención médica de calidad y de regulación contra riesgos sanitarios.</p> <p>Meta: Establece un rumbo orientado para contribuir al cumplimiento los objetivos planteados en respuesta a los retos del Sistema Estatal de Salud.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo II. Salud mental

2.1 Salud mental infantil y bienestar

Una de las necesidades básicas del ser humano es disfrutar de una buena salud por ello, gobierno, comunidades y familias se preocupan por mantener niveles recomendables de la misma (Sánchez, 2008). La organización mundial de la salud define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” dando desde este punto un enfoque multidisciplinario donde se podría hablar de una salud mental y nutricional (OMS, 2019).

Pero es importante señalar que la salud mental no solo se compone por trastornos, la OMS la define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer contribución a su comunidad” (OMS, 2019).

La salud mental es un elemento primordial de la vida diaria que se va formando por lo que promover una salud mental adecuada en niños y adolescentes es fundamental como se puede apreciar en la Figura 6 (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000).



Figura 6. Formación salud mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000).

Otro punto importante con respecto a la salud mental son las habilidades sociales donde se ha demostrado que el realizar intervenciones con el objetivo de fomentarlas o promoverlas genera resultados positivos brindando una mejor capacidad de convivencia saludable (González, Rueda & Guevara, 2012).

Una buena salud mental permite a las personas hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y realizar su potencial contribuyendo a sus comunidades, pero en muchas ocasiones se puede ver impactada por otros factores (Etienne, 2018), como pueden ser nutricionales.

Se ha comprobado que en la infancia poseer una óptima salud mental funge como un factor protector generando niños resilientes que pueden manejarse y funcionar mejor ante adversidades dado que se destacan por tener herramientas adecuadas para resistir consecuencias, prosperar y desarrollarse adecuadamente (Bernal, Sánchez, Holod, & Del Valle, 2017).

En cuanto al impacto que provoca, el estudio epidemiológico de problemas de salud mental infantil en México inició en 1988 con la primera Encuesta Nacional de Adicciones donde se hablaba del 16% de la población con algún trastorno lo cual a lo largo de los años se sigue presentando y detectando, pero poco se hace al respecto (Caraveo-Anduaga, et al., 1996).

2.2 Efectos del sobrepeso y la obesidad en la salud mental

En México se ha encontrado que al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años (Wagner, et al., 2012), por otro lado según estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica el inicio de los trastornos psiquiátricos se da durante las primeras décadas de la vida, y el 2% de la población mexicana ha padecido un episodio depresivo mayor antes de los 18 años de edad (López, González, Andrade, & Oudhof, 2012), señalando que cuando una persona presenta un trastorno depresivo antes de esta edad este se vuelve más crónico y tiende a tener mayor duración (Berenzon, Lara, Robles, & Medina-Mora, 2013).

En muchas ocasiones la perspectiva de los adultos conceptualiza al niño como un ser carente de preocupaciones, lo cual es incorrecto puesto que existen diversos

factores que pueden influir en su estado de ánimo, como son sus relaciones sociales, fracasos escolares y el contexto familiar, debido a que el desarrollo cognitivo que posee muchas veces no le permite encontrar explicaciones para la mayoría de las cosas que ocurren a su alrededor (Alcalá, Rojas & Hernández, 2005).

Se han hecho diversas investigaciones donde se ha evaluado la salud mental de niños y adolescentes por ejemplo Ospina-Ospina, Hineirosa-Upegui, Paredes, Guzmán y Granados (2011) realizaron un estudio sobre ansiedad y depresión donde se encontró que el 40.5% de la población evaluada presentaba sintomatología ansiosa y depresiva. Martínez, García e Inglés (2013) evaluaron a 1409 estudiantes españoles de 12 a 18 años y encontraron presencia de ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión.

Actualmente los trastornos mentales son considerados un problema de salud a nivel mundial por lo que se había estimado que en el año 2020 la depresión llegará a ocupar el segundo lugar como padecimiento incapacitante en países bajos y el primer lugar en países desarrollados (Acosta-Hernández, et al, 2011; Pacheco & Cheskel, 2016; Sánchez-Hernández, Méndez & Garber, 2014). En México es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Las personas en condición de sobrepeso u obesidad presentan conductas asociales, problemas de autoestima, imagen corporal y estos a su vez, pueden conducir a realizar conductas que atentan contra la salud física y psicológica, en algunos casos ingesta de alimentos agrava o mantiene la obesidad o el sobrepeso (Martínez-Munguía & Navarro-Contreras, 2014).

La percepción del estado de salud, así como de la imagen y peso corporal, puede incidir en los estilos de vida individuales, los cuales favorecen o perjudican la salud (Harris, 2008), de acuerdo con los modelos teóricos sobre la modificación de comportamientos en salud, percibirse en riesgo de enfermarse favorece la toma de acciones preventivas (Bertrán, 2009).

Bajo este razonamiento, la condición de obesidad puede verse permeada por diversos aspectos al compararse con ideales provoca alteraciones biológicas, físicas, psicológicas y sociales que atentan con la calidad de vida como los que se aprecian en la Figura 7 (Mercado, 2016; Thompson, Schaefer, & Menzel, 2012).

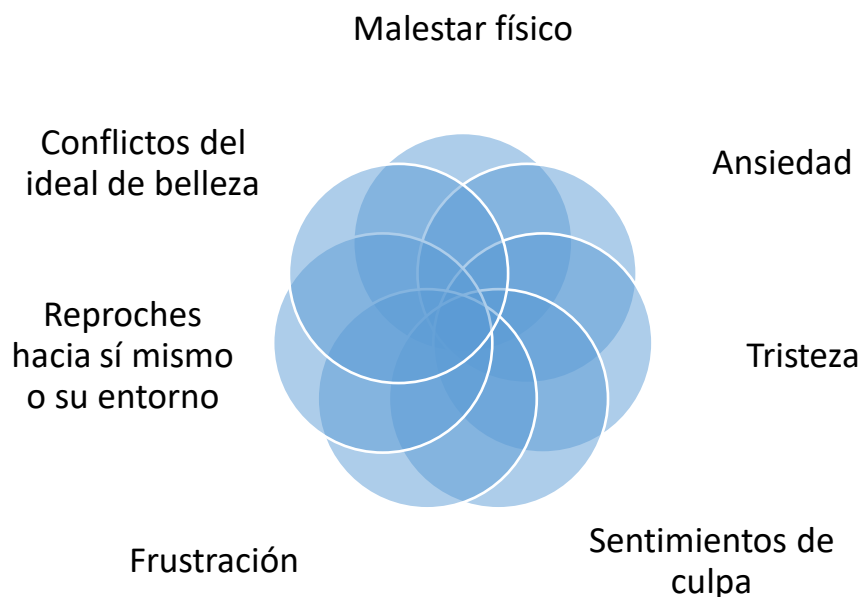


Figura 7. Conflictos relacionados con sobrepeso u obesidad (Mercado, 2016; Thompson, Schaefer, & Menzel, 2012).

Es importante señalar que la obesidad no es un problema estético que se deba juzgar por la manera en cómo se ve una persona sino que es un problema de salud que puede conducir en casos extremos a la muerte, por lo que su prevención y tratamiento desde etapas tempranas de la vida es imperante hacer algo al respecto como promover la educación alimentaria, actividad física regular, bienestar psicológico y el establecimiento un estilo de vida saludable para mejorar la calidad de vida (Raimann, 2011).

La valoración de la percepción que tienen los adultos sobre su estado de nutrición se ha utilizado como una estimación del índice de masa corporal (IMC) en encuestas

donde no se pueden obtener mediciones antropométricas, su validez y confiabilidad han sido probadas en diferentes poblaciones (Marcondelli, 2013).

Según Darlow (2012) algunos estudios han tratado de identificar la asociación entre la percepción individual sobre el peso y la imagen corporal, con algunas variables sociodemográficas y con el riesgo percibido de desarrollar enfermedades no transmisibles, en algunos estudios con población adulta se ha documentado la relación entre la percepción de tener sobrepeso u obesidad y la percepción de encontrarse en riesgo de desarrollar diabetes y enfermedades cardiovasculares, de igual manera, el tener obesidad se percibe como una condición grave que pone en riesgo la salud.

Se considera que, al tener una adecuada percepción del peso corporal, existe una mayor probabilidad de identificar potenciales riesgos a la salud y, por consiguiente, se logran acciones para su prevención o tratamiento (Bertrán, 2009). Conocer la percepción que tiene la población sobre su peso corporal, la obesidad y la probabilidad de desarrollarla a corto plazo proporcionan información de utilidad para encaminar estrategias de salud (Royo, 2013).

Los medios de comunicación son uno de los principales generadores de estereotipos de las personas con obesidad o sobrepeso debido a que son retratados como personajes cómicos o glotones, lo que genera que, desde muy temprana edad, ellos seleccionen a los compañeros o amigos de acuerdo a su apariencia física, y como consecuencia surgen problemas con la imagen corporal de las personas con este padecimiento (Reyes, 2014).

La discriminación y las burlas normalmente vienen de adultos, medios de comunicación y principalmente los mismos compañeros lo que puede provocar que los niños reaccionen de manera agresiva hacia los niños en condición de sobrepeso u obesidad ellos, conductas asociales, problemas de autoestima, imagen corporal y estos a su vez lleven al aumento de la ingesta de alimentos agravando o manteniendo la obesidad y el sobrepeso (Martínez-Munguía & Navarro-Contreras, 2014).

2.2.1 Depresión

La depresión es un factor importante a tomar en cuenta cuando se habla de salud mental ya que en la actualidad es considerada como la disfunción mental que más incapacidad, coste económico y sufrimiento genera en las personas que lo padecen (Pintado & Castillo, 2017).

Un motivo por el que los trastornos depresivos presentan un alto impacto en la salud pública es el alto grado de incapacidad que generan ya que, en la Encuesta Mundial de Salud Mental del 2011 se determinó que las personas atribuyen una mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos debido a la disminución de tareas productivas que se realizan (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012), debido a la alta prevalencia y su importante impacto en la sociedad la atención para este padecimiento genera altos costes a los sistemas de salud (López-Veytia, González, Andrade & Oudhof, 2012).

Sin embargo, el término de depresión comúnmente es usado y confundido indiscriminadamente por la población para referirse a una persona que tiene un estado de ánimo triste o decaído lo cual confunde y subestima la importancia de este trastorno (Alcalá, Rojas & Hernández, 2005), sin embargo, según los datos presentados por la Organización Mundial de la Salud más de 410 millones de personas en el mundo padecen depresión de los cuales un 25% está en un proceso de tratamiento, denotando el hecho que este problema se ha magnificado a lo largo de los años (Galán & Camacho, 2012).

La depresión es un trastorno del humor caracterizado por diversos síntomas de tipo cognitivo, volitivo, físico y principalmente afectivo deteriorando las relaciones sociales de quienes se ven afectados por ella como los que se muestran en la Figura 8 (American Psychological Association, 2014; Pacheco & Chaskel, 2016; Chávez-Hernández, et al 2017).

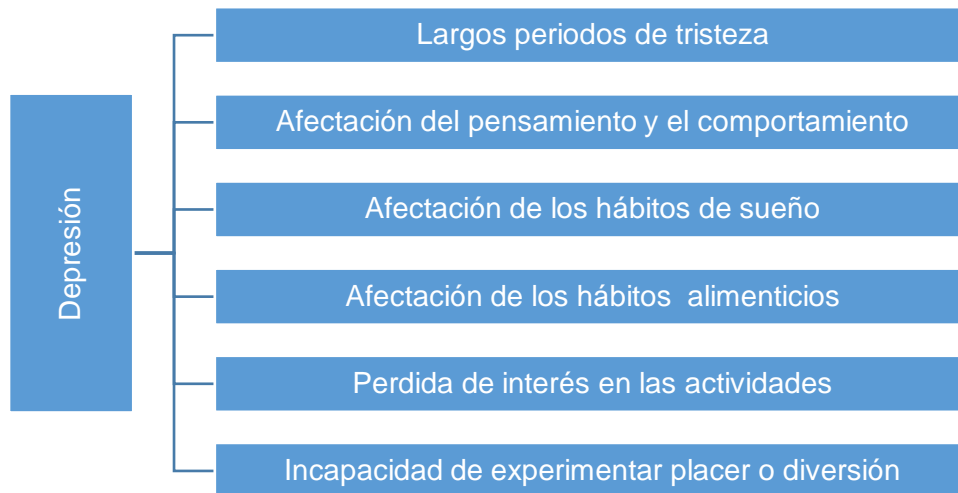


Figura 8. Descripción sintomatología depresiva (APA, 2014)

En el siglo XX las investigaciones de campo en cuanto a la salud mental infantil se avocaron a comprender los estados afectivos y emocionales de los niños en las diferentes etapas del desarrollo (Esparza & Rodríguez, 2009), pero parecía imposible relacionar el término depresión con una etapa donde la risa, el bullicio y la alegría son representativos por lo que se decía que esta solo era presentada por adultos (Herrera, Núñez, Tobón & Arias, 2009). En general, se encuentra incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo caracterizándose por factores descritos en la Figura 9 (Camacho & Galán, 2015).

Infante depresivo	Descenso de la afectividad
	Indiferencia
	Infelicidad
	Escepticismo
	Apatía
	Aletargamiento en el pensamiento
	Ensimismamiento
	Temor
	Ideas obsesivas
	Poca o nula interacción personal
	Actividad
	Conducta retraída

Figura 9. Caracterización de un infante con síntomas de depresión (Camacho & Galán, 2015).

Actualmente la depresión infantil es una enfermedad real pero por mucho tiempo fue considerada inexistente y no fue hasta hace treinta años que se empezó a reconocer como un padecimiento también propio de niños y adolescentes (Acosta-Hernández, et al, 2011), fue hasta 1977 con la publicación de la actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health (NIMH) y en 1980 con la publicación del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) III que se da pie para poder hablar del término depresión infantil(Herrera, Núñez, Tobón & Arias, 2009).

El niño deprimido pareciera estar enfermo, ponerse de mal humor, tener problemas en la escuela, comportarse como un niño travieso y sentirse incomprendido y dado que los comportamientos adecuados varían de una etapa de la niñez a otra resulta difícil establecer si el niño se encuentra deprimido o pasando por una fase del desarrollo (Sánchez, 2008). Sin embargo, los síntomas presentes de depresión en niños muchas veces se ven enmascarados debido a las dificultades que puedan llegar a tener para expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos (Alcalá,

Rojas & Hernández, 2005). Por lo tanto, la dimensión emocional es un aspecto muy importante en el desarrollo infantil por lo que es vital profundizar en este tipo de problemas que se puedan presentar durante esta etapa ya que pueden repercutir en su desarrollo cognitivo, social y afectivo (Esparza & Rodríguez, 2009).

Por otra parte, presentar alteraciones depresivas durante la juventud es un hecho muy común que ocurre con frecuencia convirtiéndose en muchas ocasiones en padecimientos crónicos y recurrentes que pueden continuar presentándose hasta la edad adulta (Acosta-Hernández, et al, 2011). Actualmente la prevalencia de la depresión mayor en la población infantil en general es de 0.5% para los menores de seis años, 2.5% para los niños de seis a doce años y 6.5% para los adolescentes a partir de los trece años (Sánchez-Hernández, Méndez & Garber, 2014).

A pesar de que actualmente las cifras y evidencias sobre depresión infantil son altas aún se observa una falta de conocimiento de los docentes, padres de familia y de la comunidad educativa en general con respecto a esta problemática generando la posibilidad de que niños que la padezcan o tengan la probabilidad de padecerla no sean diagnosticados a tiempo (Ávila & Espinoza, 2016).

2.2.2 Ansiedad

La ansiedad está definida como una reacción o un estado de displacer que es distinto de otros estados por una combinación de experiencias y cambios fisiológicos, comprendiendo además sentimientos de intranquilidad, tensión y aprensión, dicha reacción es propia de la adaptación ante peligros concretos o potenciales que alertan a la persona a responder ante tal riesgo (Escalante-Izeta, Haua-Navarro, Moreno-Landa, & Pérez-Lizaur, 2016).

Para el diagnóstico de la ansiedad en población infanto-juvenil los malestares descritos en la Figura 10 se encuentran presentes ante un amplio espectro de eventos y actividades que generalmente suelen ser preocupaciones acerca del rendimiento escolar, el perfeccionismo, es estado de salud propio y el de la familia o amigos íntimos, y las relaciones sociales, y que se prolongue como mínimo durante seis meses (García-Falconi, Rivas, Hernández, García, & Braqbien, 2016).



Figura 10. Descripción sintomatología ansiosa (García-Falconi, Rivas, Hernández, García, & Braqbien, 2016).

Según Aguilar-Yamuza, Raya-Trenas, Pino-Osuna y Herruzo-Cabrera (2019) los síntomas somáticos presentados en infantes con ansiedad comúnmente son cefalea, dolores abdominales, náusea, vómito o diarrea, sensación de ahogo, disnea, taquicardia, opresión torácica, palpitaciones, palidez o rubor, sequedad de la boca, sudoración, inquietud o impaciencia, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

De acuerdo con los datos epidemiológicos en problemas de ansiedad, la edad media de los niños que los padecen es 13 años, respecto a las diferencias en función del sexo, las niñas manifiestan más ansiedad que los niños (Orgilés, Méndez, Espada, Carballo, & Piqueras, 2012).

Estudios epidemiológicos indican que los trastornos de ansiedad son los problemas psicológicos más diagnosticados en niños y adolescentes, se estima que entre 15% y 20% de niños y adolescentes tienen un trastorno de ansiedad (Padilla, 2014).

Los trastornos por ansiedad son una de las condiciones psiquiátricas más comunes, presentándose entre un 9% durante la infancia y en un 32% en la adolescencia cuando va de la mano con depresión (Domínguez, Villegas & Padilla, 2013).

La ansiedad en la infancia y adolescencia se caracteriza por un aumento en el apetito y en la ingesta de alimentos, lo que puede aumentar la incidencia de sobrepeso u obesidad y con ello consecuencias metabólicas como elevación de la tensión arterial e incremento en los niveles de cortisol periférico, entre otros (Padilla, 2014).

La relación entre la presencia de ansiedad, la insatisfacción con la imagen corporal y el sobrepeso u obesidad pueden, a su vez, asociarse con la ingesta de alimentos que aportan mayor energía (Andrés, Canet, Castañeiras, & Richaud, 2016). Esto puede deberse a una alta sensibilidad para la obtención de recompensas a corto plazo y a la presencia de una auto-regulación disfuncional (Escalante-Izeta, Haua-Navarro, Moreno-Landa, & Pérez-Lizaur, 2016).

Así mismo, se ha documentado que la disminución funcional de la dopamina, puede llevar al individuo a la compensación de la gratificación inmediata, a través del consumo de alimentos densamente energéticos, ricos en hidratos de carbono (García-Falconi, Rivas, Hernández, García, & Braqbien, 2016).

Los factores que ocasionan ansiedad pueden ser variados, desde el ámbito familiar (nacimiento de hermanos, exigencias familiares, separación de los padres), hasta los referidos a la escuela (ingreso a la escuela, malas relaciones interpersonales), siendo un eje transversal el aspecto social, el cual se ve afectado, tanto en la familia, escuela y vecindario (Andrés, Canet, Castañeiras, & Richaud, 2016).

Los problemas de ansiedad se consideran como uno de los trastornos mentales más prevalentes, junto con la depresión, y pueden manifestarse de varias formas, incluyendo aspectos cognitivos, alteraciones fisiológicas y alteraciones de las relaciones sociales (Cough, Góngora, García, Macías, & Olmos, 2015).

2.2.3 Personalidad

La personalidad se puede definir como la estructura dinámica que tiene un individuo en particular, se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales (Páramo, Straniero, García, Torrecilla, & Escalante, 2012).

Los griegos atribuyeron el término de persona a la máscara que utilizaban los actores en los teatros para identificarse con alguien en particular, cuando los actores utilizaban esta máscara, actuaban de acuerdo al personaje que representaban, del concepto de persona deriva el término personalidad, esto significa que la personalidad es lo que determina quién es cada quién y cómo nos manifestamos en el entorno (Simkin & Azzollini, 2015).

La personalidad se define como la organización dinámica que determina el comportamiento, el pensamiento y la adaptación de los individuos al ambiente (Simkin, Etchezahar & Ungaretti, 2012). La personalidad implica los modos esencialmente estables y consistentes en los cuales los individuos piensan, sienten y actúan en una variedad de situaciones (Simkin & Azzollini, 2015).

La personalidad no se equipará con el comportamiento concreto en una situación, sino que hace referencia a un patrón de conducta propio de cada ser humano, relativamente permanente y estable (Andrés, Castañeiras & Richaud, 2014)

En la década de 1980 los factores de la personalidad eran apenas conocidos, su ascenso fue gradual, luego de décadas de investigación empírica se arribó a un consenso acerca de una taxonomía general de los rasgos de la personalidad organizado en cinco factores los cuales se muestran en la Figura 11 (Alarcón & Morales, 2012).

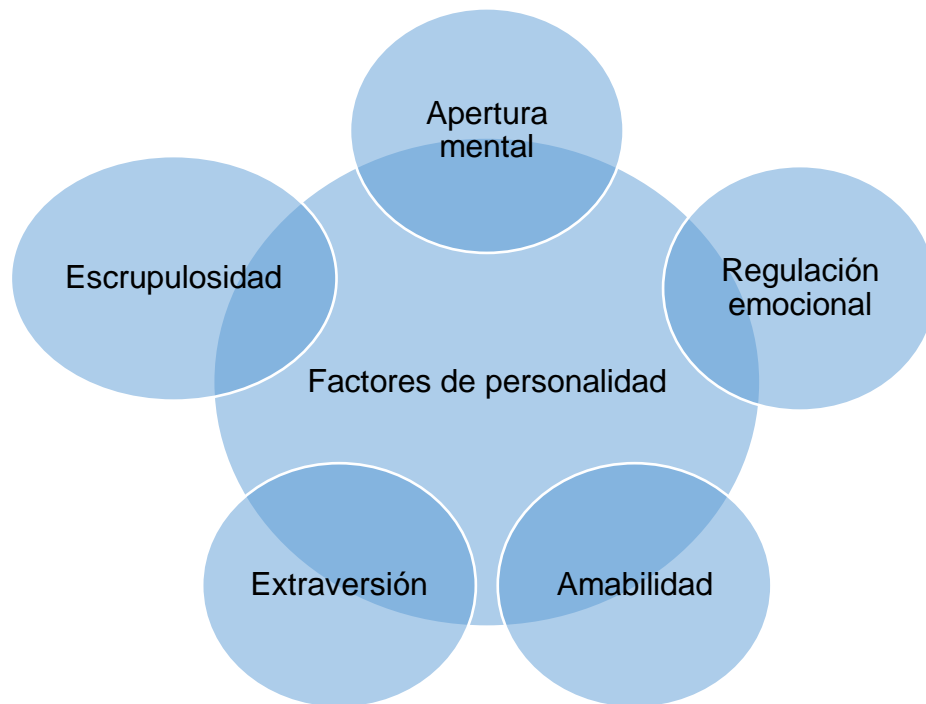


Figura 11. Factores de personalidad (Alarcón & Morales, 2012).

Apertura mental

Es una dimensión de estilo cognitivo que distingue a las personas imaginativas, creativas, con intereses intelectuales, que aprecian el arte y son sensibles a la belleza (Porto, Da Fonseca, Ferraz, & Murgu, 2015). En este sentido, a diferencia de los individuos con un estilo cognitivo más conservador, quienes están abiertos a lo diferente suelen tener mayor conciencia de sus sentimientos (Cupani, Garrido & Tavella, 2013). Otra característica de las personas con altos niveles de apertura mental es la facilidad para el pensamiento simbólico con su consecuente posibilidad de abstracción, alejada de la experiencia concreta (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015). Dependiendo de las habilidades intelectuales específicas del individuo, ese pensamiento simbólico puede facilitar el uso de la matemática, la lógica, el lenguaje, la composición de música o el dominio de las artes visuales en general (Díaz & Díaz, 2017). Por el contrario, las personas con bajos niveles de apertura mental, generalmente poseen una baja curiosidad intelectual prefiriendo lo llano, directo y claro sobre lo ambiguo, complejo y sutil (Porto, Da Fonseca, Ferraz,

& Murgo, 2015). Este aspecto conlleva por lo general a considerar a las artes y las ciencias con cierto recelo, argumentando que tales esfuerzos carecen de uso práctico: se prefiere lo conocido a la novedad debido a una resistencia al cambio (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015).

Regulación emocional

Es un rasgo fundamental en el estudio de la personalidad, el cual se define como la tendencia a experimentar emociones como miedos, sentimientos de culpa, tristeza o enojo (Díaz & Díaz, 2017). Las personas con bajos niveles de regulación emocional poseen menores recursos de afrontamiento para sobreponerse al estrés ambiental, son más propensos a interpretar las situaciones ordinarias como una amenaza y consideran tareas que para otros generalmente suelen ser sencillas como irremediablemente difíciles (Cupani, Garrido & Tavella, 2013). Asimismo, indicó que la mayoría de los individuos poseen signos de poca regulación emocional, los cuales difieren en el grado de sufrimiento y los síntomas específicos de la angustia (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015). En este sentido, las personas poca regulación emocional son emocionalmente reactivas y responden emocionalmente a eventos que no afectan a la mayoría de la gente, siendo sus reacciones más intensas de lo normal (Porto, Da Fonseca, Ferraz, & Murgo, 2015). Estas reacciones emocionales negativas tienden a persistir por períodos de tiempo inusualmente largos, lo que implica que a menudo suelen estar de mal humor (Díaz & Díaz, 2017). Estos problemas en la regulación emocional pueden afectar la capacidad de pensar con claridad, tomar decisiones y lidiar efectivamente con el estrés (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015).

Amabilidad

La amabilidad caracteriza a quienes tienen la capacidad para establecer vínculos interpersonales, son altruistas y poseen una disposición a preocuparse por los demás, este factor refleja las diferencias individuales en la preocupación por la cooperación y la armonía social: personas agradables valoran llevarse bien con otros (Cupani, Garrido & Tavella, 2013). Son por lo tanto considerados como amables, generosos, serviciales y dispuestos a comprometer sus intereses con los

de los demás (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015). Personas agradables poseen una visión optimista de la naturaleza humana, considerando que la gente es básicamente honesta, decente y digna de confianza (Díaz & Díaz, 2017). Por el contrario, los individuos con bajos niveles de amabilidad suelen anteponer su propio interés por encima del de otros, mostrándose indiferentes con el bienestar de los demás (Cupani, Garrido & Tavella, 2013). Muchas veces, su escepticismo acerca de la benevolencia de otros los lleva a desconfiar de los demás, pudiendo resultar antipáticos y poco cooperativos (Porto, Da Fonseca, Ferraz, & Murgo, 2015). Altos niveles de amabilidad ofrecen una ventaja para alcanzar y mantener la popularidad: personas agradables caen mejor que personas desagradables (Díaz & Díaz, 2017). Sin embargo, la amabilidad no es útil en situaciones que requieren decisiones objetivas difíciles o de tipo blanco y negro (Cupani, Garrido & Tavella, 2013).

Extraversión

Las personas que poseen altos niveles de extraversión tienden a buscar la estimulación social y oportunidades para interactuar con otros, estos individuos a menudo se describen como llenos de vida, energía y con una actitud positiva hacia la conformación de grupos (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015). Además, las personas extravertidas se destacan en actividades en donde se requiere interacción con otros (docencia, ventas, marketing, relaciones públicas, política), siendo menos propensos a experimentar ansiedad por la retroalimentación negativa, lo cual implica que poseen mejores defensas ante las críticas externas (Porto, Da Fonseca, Ferraz, & Murgo, 2015). Los introvertidos, en cambio, tienden a ser tranquilos, reservados y suelen involucrarse relativamente poco en situaciones sociales (Díaz & Díaz, 2017). Un aspecto a destacar es que las personas introvertidas no necesariamente tienen temor a las situaciones sociales, como es el caso de la timidez, sino que prefieren pasar más tiempo en soledad, sin necesidad de estimulación social (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015). Las personas introvertidas prefieren dedicarse a tareas más solitarias como la escritura, programación de computadoras, informática en general, ingeniería o contabilidad (Cupani, Garrido & Tavella, 2013).

Escurpulosidad

Refiere a la forma en que podemos controlar, regular y dirigir nuestros impulsos, tales impulsos no son intrínsecamente malos ya que, en ocasiones, ciertas situaciones requieren una decisión rápida y actuar de manera impulsiva puede ser una respuesta eficaz (Díaz & Díaz, 2017). Sin embargo, algunos impulsos son antisociales y no sólo dañan a otros miembros de la sociedad, sino también a la propia persona (Porto, Da Fonseca, Ferraz, & Murgo, 2015). Otro problema del actuar impulsivamente es que a menudo producen recompensas inmediatas, pero traen consecuencias no deseadas a largo plazo (Iacovella, Díaz-Lázaro & Richard's, 2015). Por ejemplo, enojarse y ser demasiado impulsivo en una conversación puede resultar en la ruptura de una pareja o relación de trabajo (Díaz & Díaz, 2017). Asimismo, actuar de forma impulsiva no permite contemplar cursos de acción alternativos, algunos de los cuales permiten alcanzar un objetivo con mayor eficacia que por las vías de la impulsividad (Cupani, Garrido & Tavella, 2013). Por el contrario, las personas que presentan una alta escurpulosidad resultan exitosas a través de la planificación deliberada y de la persistencia en el logro de sus objetivos (Porto, Da Fonseca, Ferraz, & Murgo, 2015). Por ello suelen ser consideradas positivamente por los demás como inteligentes y confiables, aunque también pueden ser vistos como perfeccionistas, compulsivos o adictos al trabajo, dependiendo del parámetro desde el cual se lo evalúe (Díaz & Díaz, 2017).

2.3 Impacto de una mala salud mental en el ámbito educativo

Una mala salud mental infantil aqueja el desarrollo del individuo lo cual se ve reflejado en muchas ocasiones en el rendimiento escolar, en aislamiento social, baja autoestima, desesperanza, tristeza frecuente, irritabilidad, dificultad para concentrarse, trastornos alimenticios y en los ciclos de sueño (Acosta-Hernández, 2011). Actualmente poseer una correcta salud mental no solo implica la falta de enfermedad sino aspectos como la satisfacción personal, la felicidad y la capacidad de adaptación al entorno (Sánchez, 2008). Las relaciones de pares entre niños de grado escolar implican el desarrollo adaptativo, la aceptación y la amistad o por el

contrario el desarrollo desadaptativo, el rechazo de pares y las dificultades para establecer relaciones (Chávez-Hernández, 2017).

La oficina regional Europea de la OMS señala que tanto los problemas de depresión como los de ansiedad tienen un efecto negativo e importante sobre los resultados educativos a corto y largo plazo puesto que las personas que los padecen difícilmente pueden concentrarse en sus actividades y se les dificulta obtener buenas calificaciones (Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & de las Cuevas, 2013), en este sentido los centros escolares son en realidad el contexto idóneo para la prevención e identificación de los trastornos mentales puesto que los niños pasan la mayor parte del día en ellos (Ávila & Espinoza, 2016) esto puede ser con intervenciones de corte Cognitivo-Conductual para lograr mejores resultados.

Capítulo III. Enfoque Cognitivo-Conductual

La psicoterapia es una forma de tratamiento con el cual se intentan resolver problemas de índole emocional de manera formal ya que los pacientes sin apoyo de agentes físicos ni químicos y simplemente por medios psicológicos, principalmente a por comunicación verbal y estrategias o técnicas específicas, obtienen cambios favorables (González, 2016). En relación con esto se debe resaltar que el psicoterapeuta es un profesional que debe comprender, tratar y prevenir los problemas de salud mental al igual que los problemas asociados a está haciendo uso de diversas prácticas de tratamiento psicológico (Navarrete, Escoffie & Castillo, 2016).

Ybarra, Orozco y Valencia (2015) plantean a la práctica psicológica como una empresa compleja por lo que se requieren de fundamentos metodológicos para determinar la efectividad de diversas líneas de investigación y tratamientos siguiendo los fundamentos metodológicos o normas que se explican en la Figura 12.

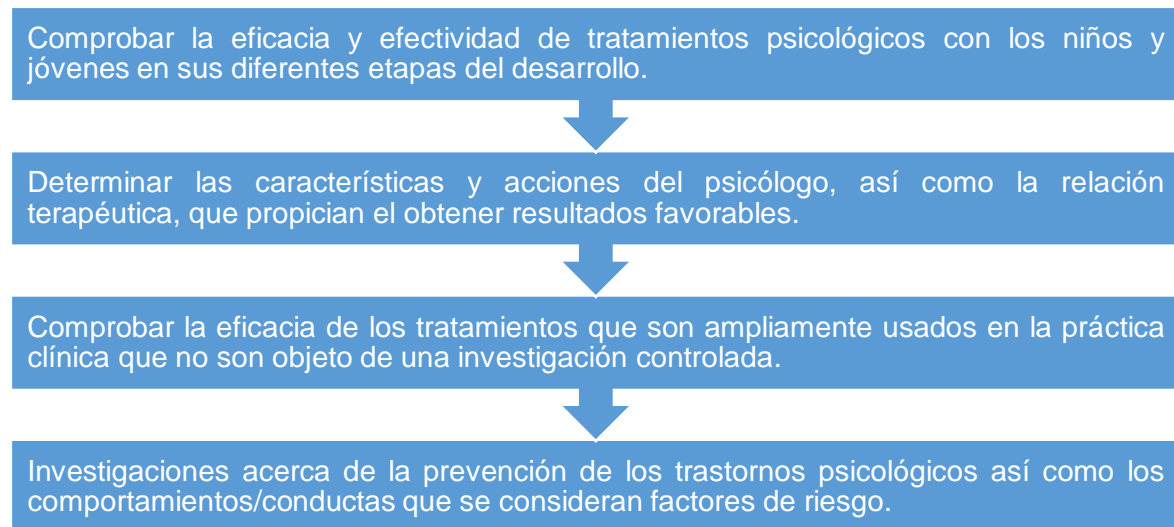


Figura 12. Fundamentos metodológicos (Ybarra, Orozco & Valencia, 2015)

Un enfoque que ha demostrado su efectividad dentro de la práctica psicológica es el modelo Cognitivo-Conductual ya que se constituye por algo más que un paquete de técnicas y posee lineamientos éticos, así como bases filosóficas y metodológicas acordes a las ciencias del comportamiento (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Castillo, Lerdo y Ramos (2012) retomaban tres principales conceptualizaciones de la terapia Cognitivo-Conductual según tres autores Eysenck, Yates y Kazdin como se describe en la Figura 13.

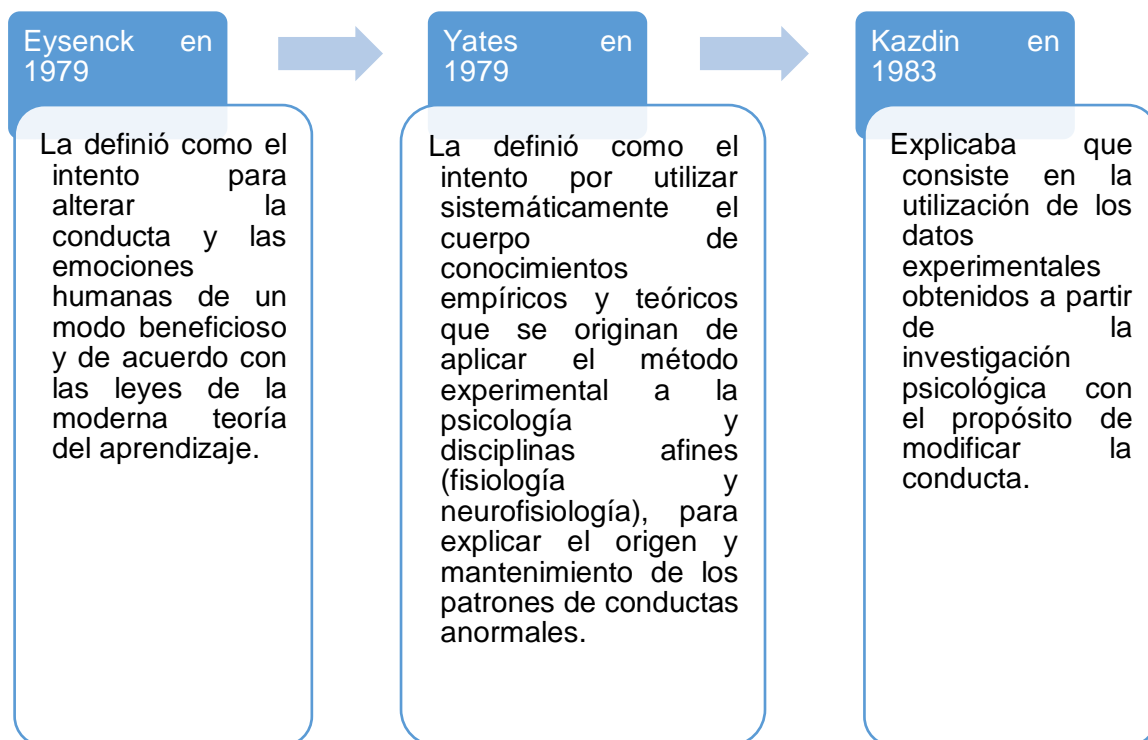


Figura 13. Conceptualizaciones de la terapia Cognitivo-Conductual (Castillo, Lerdo & Ramos, 2012).

Es una forma de tratamiento que se fundamenta en la evidencia experimental que se sitúa en dirección al problema, normalmente de poca duración, procurando que las personas lleven a cabo cambios y lleguen a alcanzar metas determinadas (Reynoso-Erao & Seligson, 2005). Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que

actualmente existen cuatro rasgos obvios de la terapia Cognitivo-Conductual los cuales se describen en la Figura 14.

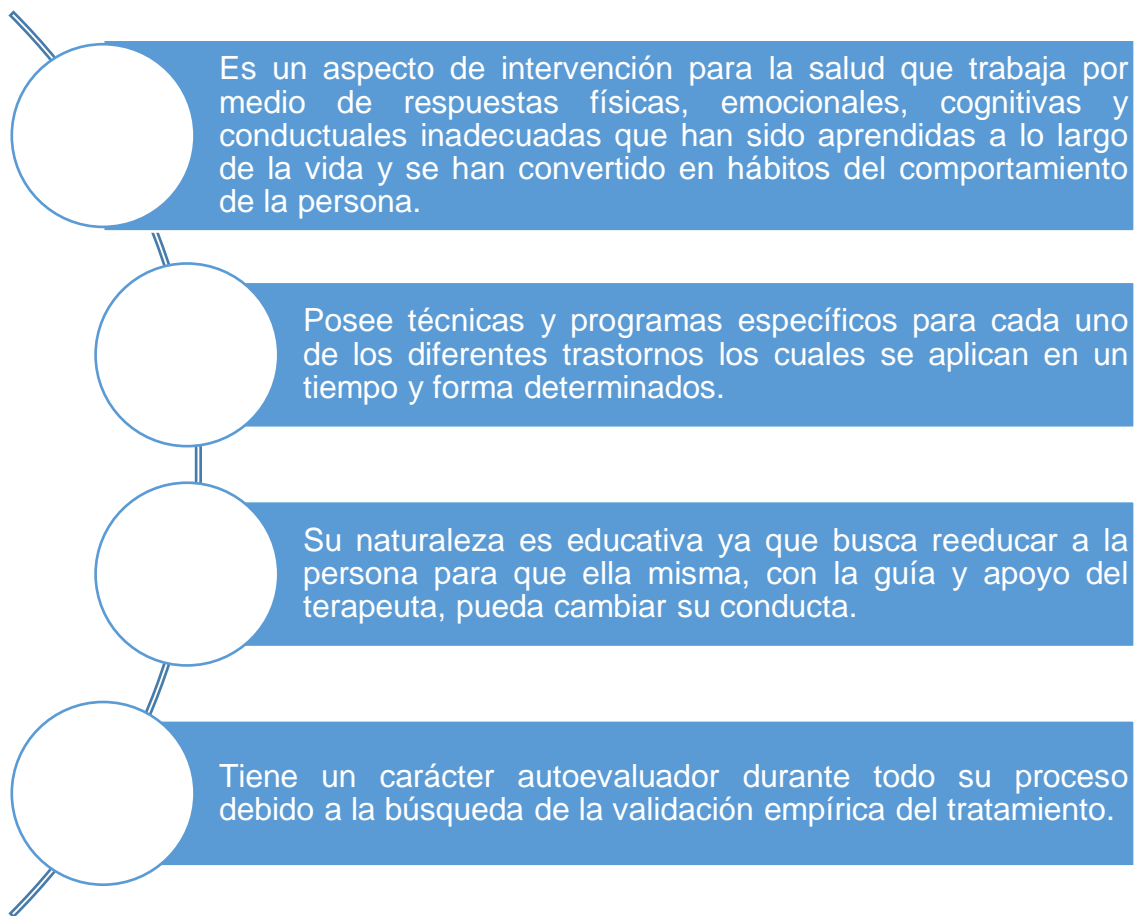


Figura 14. Rasgos de la terapia Cognitivo-Conductual (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012)

En este sentido se puede decir que la terapia Cognitivo-Conductual es la aplicación de los principios que se derivan del análisis experimental de la conducta para provocar cambios en el comportamiento de la persona en situaciones y contextos específicos (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005: Sánchez, Alcázar & Olivares, 1999).

Bunge, Gomar y Mandil (2009) plantean que el postulado principal de la terapia cognitivo conductual es que los pensamientos tienen influencia en las emociones y la conducta considerando que los individuos responden al significado adjudicado a

las situaciones más que a las situaciones en sí. Desde esta perspectiva se considera que una conducta problemática es aprendida y por lo tanto existen situaciones que permitan la extinción o sustitución de estas conductas para generar y mantener un comportamiento adecuado para la persona (Caro, 2009; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

En este sentido la terapia Cognitivo-Conductual se caracteriza por una evaluación minuciosa de las respuestas o conductas problemáticas y del contexto ambiental que las pueden propiciar y mantener para así generar estrategias o técnicas que produzcan cambios en el entorno y la conducta de la persona (Castillo, Lerdo & Ramos, 2012). Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que tanto Rachman como O'Donohue resumieron la evolución de esta terapia en tres partes llamándolas estadios (Rachman) o generaciones (O'Donohue) término que usaremos a lo largo del capítulo.

3.1 Generaciones de las técnicas Cognitivo-Conductuales

Primera generación

La primera generación se da en la década de los 50's con la fundación de la terapia de la conducta como una alternativa a las psicoterapias dominantes de la época, especialmente frente al modelo psicoanalítico (Pérez, 2014). En este sentido se propuso que los trastornos mentales sin fundamento orgánico en realidad son aprendidos, derivados de las bases del condicionamiento y por lo tanto pueden ser modificados (Castillo, Lerdo & Ramos, 2012).

La terapia de conducta consiste en este sentido en modificar la conducta en los distintos ámbitos tomando como base los principios del condicionamiento (Pérez, 2014; Valero, 2016). La modificación conductual es un enfoque de la evaluación, valoración y alteración de la conducta se enfoca en desarrollar conductas adaptativas, pro sociales y disminuir la conducta desadaptativa en la vida del individuo (Kazdin, 2000).

Reynoso-Erazo y Seligson (2005) retomaba cuatro conceptualizaciones principales de la terapia de conducta según tres autores fundamentales de este periodo:

1. Eysenck en 1959 la definió como la aplicación de la teoría moderna de del aprendizaje de los trastornos clínicos.
2. Wolpe en 1958 señalaba que era el uso de principios establecidos del aprendizaje con el propósito de cambiar conductas desadaptadas.
3. Bandura en 1969 la conceptualiza como la investigación científica de los mecanismos básicos a través de los cuales son producidos los cambios conductuales.

Hay que destacar los antecedentes y bases de la misma que radican en el conductismo que no consistía en una doctrina científica homogénea sino más bien era el resultado de la influencia de diversos aspectos: la teoría de evolución, el empirismo y el asociacionismo, la neurología y la fisiología experimentales, el funcionalismo y el pragmatismo y algunas argumentaciones filosóficas (Ribes, 2012).

Kazdin (2000) planteaba al condicionamiento operante como el proceso de aprendizaje de conductas operantes y señalaba los siguientes principios como los básicos del mismo:

1. Reforzamiento: presentar o retirar un evento después de una respuesta que incrementa la frecuencia de la misma.
2. Castigo: presentar o retirar un evento después de una respuesta que disminuye su frecuencia.
3. Extinción: No se presenta un evento reforzante después de una respuesta que disminuye la frecuencia de la respuesta previamente reforzada.
4. Control de estímulos y entrenamiento discriminatorio: reforzar una respuesta en presencia de un estímulo, pero no de otro con el objetivo de incrementar la frecuencia de la respuesta en presencia del estímulo primario y la disminuye ante el último.

Hay que destacar que tomando como base estos principios se fundamenta el análisis funcional de la conducta el cual consiste en rastrear las condiciones antecedentes (el control de estímulo) y consecuentes (el manejo de contingencias)

(Pérez, 2014; Valero, 2016), es decir el análisis funcional de la conducta se trata de identificar relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables las cuales son aplicables a determinadas conductas de un individuo (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes & Gabino, 2013).

Durante esta generación Joseph Wolpe desarrolló la desensibilización sistemática la cual estaba dirigida a reducir la ansiedad y las conductas de evitación que se daban ante ciertos estímulos, se trataba de inducir en el individuo una respuesta de relajación al mismo tiempo que mediante la imaginación a una secuencia de estímulos que incrementaban gradualmente su intensidad y al mantener el individuo el estado de relajación se impedía que se generaran respuestas de ansiedad (Vallejo & Vallejo, 2016).

Brevemente podemos decir que la primera generación brindó teorías del aprendizaje, el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediaciones, teniendo como principales autores a Watson, Skinner, Thorndike y Wolpe (Díaz, Soto & Ortega, 2016).

Segunda generación

La segunda generación data sobre la influencia que el enfoque cognitivo de la psicología tuvo sobre la terapia de conducta a partir de los años 70's cuando empieza a nombrarse como terapia Cognitivo-Conductual (Pérez, 2014).

Los trabajos encabezados por Albert Bandura comenzaron a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, señalando la importancia que la imitación tiene en el aprendizaje, las cuales serían la base de la teoría del aprendizaje social que afirma que el aprendizaje no solo se da mediante la experiencia directa y personal sino que la observación juega un papel clave ya que mediante la observación de otras personas y símbolos verbales o visuales también se puede producir el aprendizaje (Moctezuma-Pérez, 2017).

En cuanto al Entrenamiento en Habilidades Sociales es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relaciones (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Del Prette y Del Prette (2013) lo definen como un conjunto de

actividades planificadas que estructuran procesos de aprendizaje, mediados y conducidos por un terapeuta donde se busca:

1. Ampliar la frecuencia y/o mejorar las habilidades sociales ya aprendidas, pero débiles.
2. Enseñar habilidades sociales nuevas y significativas.
3. Disminuir o extinguir comportamientos concurrentes con las habilidades.

Por otro lado, García y Méndez (2017) planteaban que el entrenamiento en Habilidades Sociales tiene su fundamento en los principios del aprendizaje social y requiere de ciertos elementos para desarrollarse de forma efectiva como lo son:

- a) Trabajar sobre una construcción de un sistema de creencias que mantengan el respeto por los derechos personales y ajenos.
- b) La distinción entre los estilos de comunicación asertivo, pasivo y agresivo.
- c) El trabajo a nivel de pensamiento.
- d) Los ensayos conductuales.

Los programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales pueden ser diseñados y aplicados en diferentes contextos como pueden ser clínicos, sociales, organizacionales o escolares, entre otros (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). García y Méndez (2017) planteaban que el uso del Entrenamiento en Habilidades Sociales dentro del contexto escolar podría mejorar la convivencia entre los niños y disminuir conductas de riesgo.

Brevemente se puede decir que la segunda generación se trató del intento de superar deficiencias y limitaciones de las teorías del aprendizaje, al aportar elementos de la psicología experimental, destacando a autores como Bandura, Ellis, Beck y aportando la teoría del aprendizaje social y las de enfoque cognitivo (Díaz, Soto & Ortega, 2016).

Tercera generación

Las terapias de tercera generación son aquellas terapias psicológicas que surgen en la década de los 90's y su nombre se debe a Steven Hayes en un artículo del año 2004 (Moreno, 2012; Pérez, 2014). Por su parte, la tercera generación refiere

a un conjunto de estrategias o técnicas con principios filosóficos basados en una visión pragmática, determinista, fenomenológica y holística o contextual (Martín-Murcia, Nieto & Ruiz, 2012).

El origen de esta nueva generación se dio debido al desarrollo del análisis de la conducta verbal y del conductismo radical y a algunas limitaciones presentadas por la terapia Cognitivo-Conductual (Hernández, 2013; Pérez, 2006), este movimiento inicialmente fue nombrado análisis de la conducta clínica por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional, el conductismo radical y la conducta verbal (Pérez, 2014; Valero, 2016).

Muchas de las técnicas de esta generación, al igual que en la anterior, están basadas en los principios clásicos del aprendizaje, la teoría de los dos factores o el modelo de aprendizaje social, sin embargo, otras técnicas están fundamentadas solamente en una perspectiva pragmática (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), en este sentido Pérez (2014) señala que las principales terapias pertenecientes a esta generación son siete los cuales se mencionan en la Figura 15.

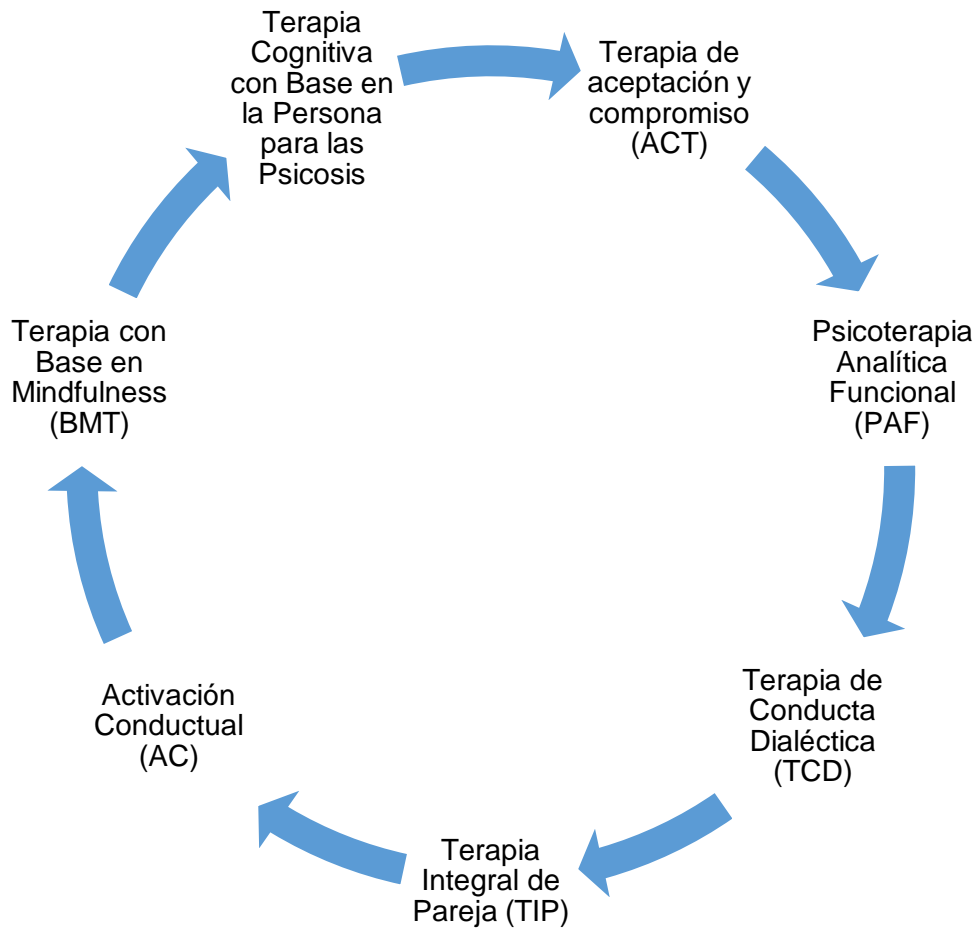


Figura 15. principales terapias pertenecientes a la tercera generación (adaptado de Pérez, 2014)

Hayes, Strosahl y Wilson en 1999 desarrollaron la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para eliminar o reducir el control que los pensamientos y emociones tienen sobre la conducta y de este modo dar a las contingencias externas de la conducta mayor importancia, esta terapia no se dirige a un trastorno específico sino a aquellos en los que se presenta un excesivo control cognitivo-emocional (Luciano, Ruiz, Gil & Ruiz, 2016).

Para el tratamiento de la depresión y prevención de su recaída que se centra directamente en el cambio conductual específicamente en la activación de conductas operantes y los procesos que las inhiben para aumentar el contacto con las contingencias y así proporcionar mejores condiciones de vida se diseñó la

Activación Conductual (AC) por Jacobson, Martell y Dimidjian en 2001 (Barraca, 2016).

Por otro lado la Psicoterapia Funcional Analítica (PAF) desarrollada por Kohlenberg y Tsai en 1987 resalta la importancia de la interacción psicólogo paciente al destacar a la situación terapéutica como una situación comportamental más en la que el intercambiar respuestas y el valor funcional forman el elemento principal de esta terapia la cual es muy útil en problemas recurrentes o de difícil e imprecisa definición como los trastornos de personalidad (Ferro-García, Valero-Aguayo & López-Bermúdez, 2016).

Jacobson en el año 2000 desarrolló la Terapia integral de Pareja (TIP) la cual tiene sus raíces en la distinción skinneriana entre conducta moldeada por las contingencias y gobernada por reglas, es muy efectiva en cuanto a la aceptación emocional implicada en la satisfacción marital (Pérez, 2014).

Con el objetivo de moldear en el individuo formas adecuadas de expresión emocional en el año 1993 se diseñó la Terapia de Conducta Dialéctica (AC) por Linehan, dirigida a los trastornos de personalidad límite (Vásquez-Dextre, 2016).

Por su parte, Segal, Williams y Teasdale en 2002 desarrolló la Terapia con Base en Mindfulness (MBT) que consiste en poner atención en la experiencia del momento, incluyendo sensaciones, pensamientos, estados corporales sin juzgarlos ni analizarlos sino por el contrario adoptando una actitud de apertura, curiosidad y aceptación, esta ha probado su efectividad en casos de ansiedad y depresión (Hervás, Cebolla & Soler, 2016).

Finalmente, la Terapia de Relajación aplicada (RA) desarrollada por Lars-Göran Öst a finales de 1980 se guía bajo una conceptualización del caso psicoeducando al paciente acerca de la interrelación entre pensamientos, sensaciones, emociones y conductas para ayudar al individuo a identificar los detonadores de su malestar y posteriormente afrontarlos (Etchebarne, 2016).

Podemos decir que en la tercera generación se busca fomentar la relación entre la investigación y la aplicación clínica, durante esta generación se desarrolló el

enfoque clínico con carácter constructivista y la mayor parte de la práctica está guiada por criterios de eficacia y efectividad (Díaz, Soto & Ortega, 2016).

3.2 Intervenciones para la promoción del bienestar desde la psicología positiva

Los nuevos modelos del cuidado de la salud mental hacen énfasis en la necesidad de generar nuevas estrategias de intervención que sean factibles económicamente, pero tengan resultados favorables para la población (López-Gómez, Chaves, Hervas & Vázquez, 2017).

El surgimiento de la Psicología Positiva generó líneas de investigación centradas en el análisis de la felicidad y la promoción de las fortalezas además de otras dimensiones de la salud mental positiva o bienestar (Marrero, Carballeira, Martín, Mejías & Hernández, 2016).

Por esto la OMS (2004) con el objetivo de no solo disminuir factores de riesgo y trastornos mentales sino también brindar estrategias que funcionen como factores protectores para la promoción del bienestar señala la importancia de desarrollar e implementar intervenciones universales, preventivas y selectivas las cuales se explican en la Figura 16.

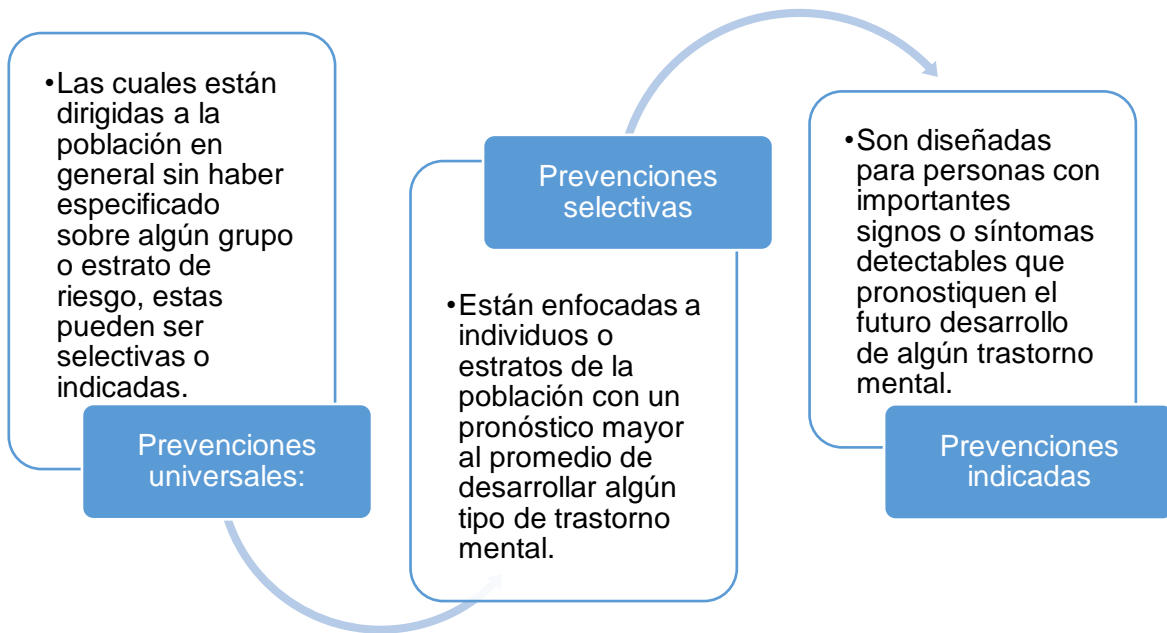


Figura 16. Tipos de intervenciones para la promoción del bienestar (adaptado de OMS, 2004).

Por ejemplo, Cuadra-Peralta, Veloso-Beso, Paddu-Gallardo, Salgado-García y Peralta Montecinos (2012) diseñaron un programa de Psicología Positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores obteniendo resultados positivos para los participantes.

Por otro lado, Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn y Seeley, (1995) desarrollaron el Coping with Stress Course que intentaba refutar pensamientos desadaptados afrontando estados de ánimo negativos y venciendo la pasividad al alcanzar acuerdos con padres y compañeros fomentando las habilidades sociales lo cual se hacía por medio de reestructuración cognitiva, relajación, resolución de conflictos, actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales.

Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver (1990) diseñaron el Penn Resiliency Program el cual buscaba sustituir el pesimismo con el optimismo potenciando la toma de decisiones estratégicas y desarrollando habilidades sociales lo cual se hacía por medio de entrenamiento atribucional, de resolución de problemas y de habilidades sociales.

El Resourceful Adolescent Program–Adolescents desarrollado por Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett y Osgarby (2001) enseñaba a refutar pensamientos desadaptados al enfrentar adecuadamente los problemas promoviendo armonía evitando conflictos con padres y compañeros lo cual se hacía por medio de la reestructuración cognitiva, resolución de problemas, habilidades de comunicación y sociales.

Spence, Sheffield y Donovan (2003) diseñaron Problem Solvig for Life el cual buscaba refutar pensamientos desadaptados al enfrentar adecuadamente los problemas por medio de reestructuración cognitiva y resolución de problemas, en este sentido el Interpersonal Psychoterapy –Adolescent Skills Training desarrollado por Young y Mufson (2003) les enseñaba a los adolescentes a afrontar transiciones vitales, resolver disputas interpersonales y superar altibajos interpersonales por medio de habilidades de comunicación y sociales.

Por otro lado, Rosselló, Duarte-Vélez, Bernal y Zuluaga (2011) diseñaron un programa donde se buscaba reducir los altos índices de depresión me ideación suicida que presentaban adolescentes puertorriqueños con apoyo de la terapia Cognitivo-Conductual con lo cual fueron reducidos significativamente.

Remor y Amorós (2012) diseñaron el Programa de Intervención Manualizado para la Potenciación de las Fortalezas y los Recursos psicológicos el cual buscaba identificar, clarificar y potenciar la utilización de algunos recursos psicológicos como la comunicación asertiva y empatía, expresión de sentimientos y emociones positivas, pensar de forma más optimista, afrontamiento positivo de circunstancias adversas, experiencia de vitalidad y entusiasmo, expresión del perdón y de la gratitud.

Lopez-Gomez, Chaves, Hervas y Vázquez (2017) realizaron una comparación entre una intervención de Psicología Positiva y un tratamiento cognitivo conductual en pacientes con depresión o distimia encontrando que ambos tratamientos eran efectivos en reducir los síntomas e incrementar el bienestar, por otro lado White y Waters (2015) planteaban que en el colegio St. Peter's ubicado en Australia adoptaron a la psicología positiva al contexto educativo presentando buenos resultados en cuanto al bienestar de sus alumnos.

Torrelles, i Mora, Blasco y Berenguer (2016) desarrollaron un modelo de mantirización con el objetivo de mejorar los niveles de bienestar, felicidad y rendimiento de los estudiantes de la facultad el cual se dividía en cinco niveles:

1. Se da importancia al conocimiento personal y conocer las metas del individuo además de trabajar las emociones positivas, conocimiento y dominio del yo, el lenguaje proactivo y las fortalezas de carácter.
2. Se trabaja con la inteligencia emocional basándose en el modelo de Mang Tan.
3. Se trabajan las relaciones positivas, la escucha activa, el win-win y el liderazgo.
4. Se centra en el engagement planificación y organización.
5. Se trabajan diferentes estrategias para aumentar el bienestar y el desarrollo de hábitos saludables.

Marrero, Carballeira, Martín, Mejías y Hernández (2016) realizaron un estudio donde se buscaba comprobar la efectividad de una intervención de Psicología Positiva combinada con Terapia Cognitivo Conductual en estudiantes universitarios obteniendo resultados favorables encontrando que la combinación de estos genera cambios satisfactorios.

El programa "Aulas Felices" desarrollado por Arguís, Bolsas, Hernández y Salvador (2010) busca brindar a los profesores estrategias para implementar la psicología positiva en las aulas brindando así a niños de 3 a 18 años herramientas para enfrentarse a las diversas situaciones que se les puedan presentar en su día a día.

Finalmente, Pintado y Castillo (2017) desarrollaron una propuesta de un Programa de Intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión la cual resulto eficaz en la disminución de síntomas depresivos y afecto negativo además de aumentar la satisfacción vital y el afecto positivo.

3.3 Intervenciones psicológicas para obesidad y sobrepeso

Actualmente los profesionales de la salud necesitan no solo intervenciones eficaces, sino que sean gratas para los pacientes, en este sentido generar intervenciones cognitivo-conductuales con apoyo de la psicología positiva se ha vuelto una estrategia favorable para los pacientes (Lopez-Gomez, Chavez, Hervas & Vázquez, 2017).

Muchas de las intervenciones realizadas actualmente presentan componentes de diferentes programas que incluyen actividades positivas combinadas con terapia cognitivo-conductual para promover el bienestar (Marrero, Carballeira, Martín, Mejías & Hernández, 2016), en este sentido los pacientes han reportado que la combinación de técnicas cognitivo-conductuales con ejercicios de psicología positiva les genera un mayor beneficio personal (López-Gómez, Chaves, Hervas & Vázquez, 2017).

Existen diversas intervenciones psicológicas enfocadas para niños y niñas con sobrepeso u obesidad, pero solo empezaron a llevarse a cabo hasta el año de 1985 abordando el aspecto psicológico como un acompañamiento y no como una parte formal de la intervención como se puede apreciar en la Tabla 2 (Overholser & Beck, 1985).

Tabla 2 Intervenciones psicológicas para sobrepeso/obesidad

Autores y año	Muestra	Duración intervención	Descripción intervención	Aspectos psicológicos abordados	Resultados
Overholser y Beck (1985)	16 pacientes (7-12 años)	2 semanas	Sesiones grupales de 90 minutos	Reestructuración cognitiva Autoeficacia	Se puede generar y mantener cambios en el estilo de alimentación a corto plazo.
Warschburger, Fromme, Petermann, Wojtalla y Oepen (2001)	197 pacientes (9-14 años)	6 semanas	Evaluación pre-post sesiones semanales	Hábitos alimentarios Calidad de vida	Se comprobó la efectividad de la combinación del tratamiento cognitivo-conductual, dieta y ejercicio en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad.
Edwards, Nicholls, Croker, Van, Viner y Wardle (2006)	33 pacientes (8-13 años)	12 semanas	Evaluación pre-post para cuatro grupos consecutivos	Reestructuración cognitiva	Los niños perdieron 8.4% de IMC durante el tiempo de tratamiento, y esto se mantuvo a los 3 meses de seguimiento. La autoestima y la depresión mejoraron significativamente.
Salas, Gattas, Ceballos y Burrows (2010)	152 pacientes (3-16 años)	12 meses	Sesiones mensuales grupales Grupo control Grupo experimental	Autocontrol Regulación emocional	Los pacientes que presentaron adherencia al tratamiento y asistieron con regularidad a las sesiones presentaron cambios positivos en conductas que manifiestan “desregulación” en los mecanismos de control

Autores y año	Muestra	Duración intervención	Descripción intervención		Aspectos psicológicos abordados	Resultados
Pompa, González y Torres (2010)	20 y pacientes (8-11 años)	5 días más 6 meses de seguimiento	Sesiones quincenales	en grupo	Ansiedad y depresión	conductual y emocional del obeso. Se observa una disminución en IMC, ansiedad y depresión.
Pompa y Montoya (2011)	21 y pacientes (8-11 años)	6 meses	Evaluación post	pre-	Ansiedad y Depresión	Se observó una disminución en la ansiedad y depresión en el inicio y al final del campo de verano.
Panagiotopoulos, Ronsley, Al-Dubayee, Brant, Kuzeljevic, Rurak, Cristall, Marks, Sneddon, Hinchliffe, Chanoine y Mâsse (2011)	89 y pacientes	10 semanas	Evaluación post	pre-	Problemas emocionales Ansiedad y Depresión	Es el primer tratamiento naturalista contra la obesidad programa de cohorte para ser evaluado en Canadá. Presentó resultados favorables en cuando a la disminución de IMC, ansiedad y depresión.
Murdoch, Payne, Samani-Radia, Rosen-Webb, Walker, Howe y Lewis (2011)	17 y pacientes (7-14 años)	15 semanas	Evaluación post	pre-	Trastornos alimentarios Hábitos alimentarios	No presento cambios en el IMC de los participantes, pero si en los hábitos alimentarios

Autores y año	Muestra	Duración intervención	Descripción intervención	Aspectos psicológicos abordados	Resultados
Martín y Robles (2012)	7 pacientes (10-12 años)	12 semanas	Evaluación pre-post sesiones semanales de 90 minutos	Autoeficacia Adherencia al tratamiento Hábitos alimentarios	Pérdida significativa de peso. Los niños regulan la cantidad de alimentos que consumen, establecen horarios de comida, incrementan la actividad física y monitorean la cantidad de calorías que consumen.
Alves, Fernandes, Lopera, Rui, Drieli y Nardo (2013)	69 pacientes (10-18 años)	16 semanas	Grupo control Grupo experimental	Autocontrol Reestructuración cognitiva Autopercepción Habilidades sociales	Promueve la reducción de la prevalencia de Síndrome Metabólico y dislipidemias en niños y adolescentes obesos.
Vásquez, Díaz, Lera, Meza, Salas, Rojas, Atalah y Burrows (2013)	120 pacientes (8-13 años)	3 meses	Grupo control y Grupo experimental	Adherencia al tratamiento	Hubo diferencias significativas entre ambos grupos en la variación del IMC, circunferencia cintura, grasa corporal, síndrome metabólico, obesidad abdominal, hipertrigliceridemia e hiperglicemia de ayuno.
Danielsen, Nordhus, Júlíusson,	49 pacientes (7-13 años)	12 semanas	Evaluación pre-post Grupo control	Depresión Ansiedad Problemas de conducta	Se presentaron cambios favorables en IMC, sintomatología depresiva y ansiosa.

Autores y año	Muestra	Duración intervención	Descripción intervención	Aspectos psicológicos abordados	Resultados
Mæhle y Pallesen (2013)			Grupo experimental		Se mantuvieron y aumentaron los cambios en los meses de seguimiento.
Guo, Zeng, Zhuang, Zheng y Chen (2015)	41 pacientes (8-10 años)	12 meses	Evaluación pre-post Grupo control Grupo experimental	Adherencia al tratamiento Hábitos alimentarios	Presentaron cambios en IMC y hábitos alimentarios.
Tárraga, Tárraga, Panisello, Rosich, Castell y Carbayo (2017)	11 pacientes (6-12 años)	11 semanas	Evaluación pre-post sesiones semanales de 90 minutos	Adherencia al tratamiento Ansiedad	El programa incide de forma positiva en los niños/as y sus familias, facilitando la pérdida de peso y modificando los hábitos alimentarios, así como los aspectos emocionales que contribuyen al desarrollo de la obesidad.
Eren, Akbayrak y Arslan (2017)	86 pacientes (8-18 años)	12 meses	Grupo control Grupo experimental	Autoconcepto Hábitos alimentarios	Se redujo la obesidad y se educó a los niños sobre comportamientos de estilo de vida saludable.
Pompa, Castro y Cabello (2018)	65 pacientes (8-12 años)	6 meses más un año de seguimiento	Evaluación pre-post con dos grupos de	Ansiedad Depresión	Los niños que recibieron seguimiento psicológico por mayor tiempo lograron una mejor reducción de peso.

Autores y año	Muestra	Duración intervención	Descripción intervención	Aspectos psicológicos abordados	Resultados
Eneritz, Herrero, Del Rio, Ibarguren, Martínez, Arrate y Gravina (2017)	25 pacientes (7-12 años)	11 semanas más 12 meses de seguimiento	intervención y uno de control Evaluación pre-post 90 sesiones semanales de 90 minutos	Asertividad Autoestima Emociones Adherencia al tratamiento	Hubo una disminución de IMC en los participantes y aumento en los estilos de vida saludables de los participantes.
Williams, Bustamante, Waller y Davis (2019)	175 pacientes (8-11 años)	8 meses	Evaluación pre-post Grupo control Grupo experimental	Depresión Expression del enojo Autopercepción	Reducción de la grasa corporal y una mejor forma física, lo que demuestra un efecto positivo del entrenamiento.
Tronieri, Wadden, Leonard y Berkowitz (2019)	7 pacientes (12-17 años)	16 semanas	Evaluación pre-post	Enojo Depresión Satisfacción corporal	Fue un tratamiento altamente aceptable que mejoró el IMC, la restricción cognitiva, el hambre y la actividad física en adolescentes con obesidad.

Fuente: Elaboración propia.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente en México, la obesidad infantil es un problema de salud pública debido a las consecuencias que tiene para la salud; esta condición altera el proceso saludable de crecimiento, tanto, físico como emocionalmente de quien la padece; se ha observado que el estilo de vida poco saludable, como la falta de actividad física e inadecuados hábitos alimentarios, representa uno de los más importantes factores de riesgo (Macías, Gordillo & Camacho, 2012). Uno de los objetivos de la Psicología de la Salud es optimizar la calidad de vida y prevenir la comorbilidad médica y psicológicas, a través del desarrollo de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Así, identificar las variables que se asocian con los malos hábitos alimentarios en la infancia, permitirá crear estrategias para promover estilos de vida saludables.

Es de tal magnitud la problemática del sobrepeso y de la obesidad que la OMS (2017), usa el término globesity para expresar que es un asunto epidémico. La condición de obesidad se asocia con síndrome metabólico (Monereo, Iglesias & Guijarro, 2012; Romero-Velarde, et al., 2016). Por lo que se ha alentado a las instituciones y profesionales de la salud a promover estrategias de prevención y control, no obstante, las acciones han sido insuficientes (Mercado & Vilchis, 2013).

En 2014 la OMS documentó un estimado de 1,900 millones de personas mayores de 18 años y 41 millones de niños menores de cinco años en el mundo en condición de sobrepeso u obesidad (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). Con respecto a México en el año 2012 se reportaba que el 19.8% de la población escolar (5-18 años) presentan sobrepeso y 14.6% obesidad, Hidalgo por otro lado se encuentra en los primeros lugares del país con niños con sobrepeso y obesidad, 18.5% con sobrepeso y 12% con obesidad, entre los municipios pertenecientes al estado Pachuca ocupaba el octavo lugar con 35.5% de su población con sobrepeso y obesidad (Arias-Rico, et al., 2016).

La obesidad es una enfermedad crónica, causada por diversos factores que van desde problemas genéticos, metabólicos o socioculturales, al respecto se ha

referido que es desequilibrio con tendencia negativa entre la ingesta alimentaria y el gasto calórico, ya que, se observa incremento en la primera (sobreingesta rica en grasas y carbohidratos) y una disminución en la segunda (falta de actividad física o sedentarismo), lo que origina que el tejido adiposo se acumule y se eleve el peso corporal (Macías, Gordillo & Camacho, 2012), se ha referido que la aparición de obesidad en etapas tempranas del desarrollo (infancia/adolescencia), aumenta la posibilidad de prolongarla hasta la adultez.

La infancia es una etapa de la vida donde los niños atraviesan diferentes cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales pero también pueden aprender a ajustar estrategias que les permitan desarrollarse y posteriormente les ayuden a evitar o disminuir enfermedades mentales (Valencia, Orozco, Chávez, Guijarro & Porras, 2015), además es una etapa idónea para adquirir nuevos conocimientos sobre habilidades y capacidades que les ayude a afrontar las situaciones cotidianas dentro de su contexto, por lo que es importante implementar estrategias de intervención que les brinde la posibilidad de desarrollar factores de protección (Del Barrio, 2010; Valencia, García, Bautista, Cáceres & Lima, en prensa).

Actualmente los profesionales de la salud necesitan no sólo intervenciones eficaces, sino que sean gratas para los pacientes, en este sentido generar intervenciones cognitivo-conductuales con apoyo de la psicología positiva se ha vuelto una estrategia favorable para los pacientes (López-Gómez, Chaves, Hervas & Vázquez, 2017). Muchas de las intervenciones realizadas actualmente presentan componentes de diferentes programas que incluyen actividades positivas combinadas con terapia cognitivo-conductual para promover el bienestar (Marrero, Carballeira, Martín, Mejías & Hernández, 2016), en este sentido los pacientes han reportado que la combinación de técnicas cognitivo-conductuales con ejercicios de psicología positiva les genera un mayor beneficio personal (López-Gómez, Chaves, Hervas & Vázquez, 2017).

MÉTODO GENERAL

Pregunta de investigación

- ¿Cómo es el efecto una intervención Cognitivo-Conductual efectiva para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso?

Objetivo general

- Evaluar el efecto de una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso.

Objetivos específicos

1. Identificar los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, los factores de la personalidad y el estado nutricional en niños escolarizados de 8 a 12 años del Estado de Hidalgo.
2. Diseñar una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención.
3. Determinar la efectividad de una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso con un estudio de caso único.

Para lograr esto la presente investigación se encuentra dividida en tres fases como se puede apreciar en la Figura 17.

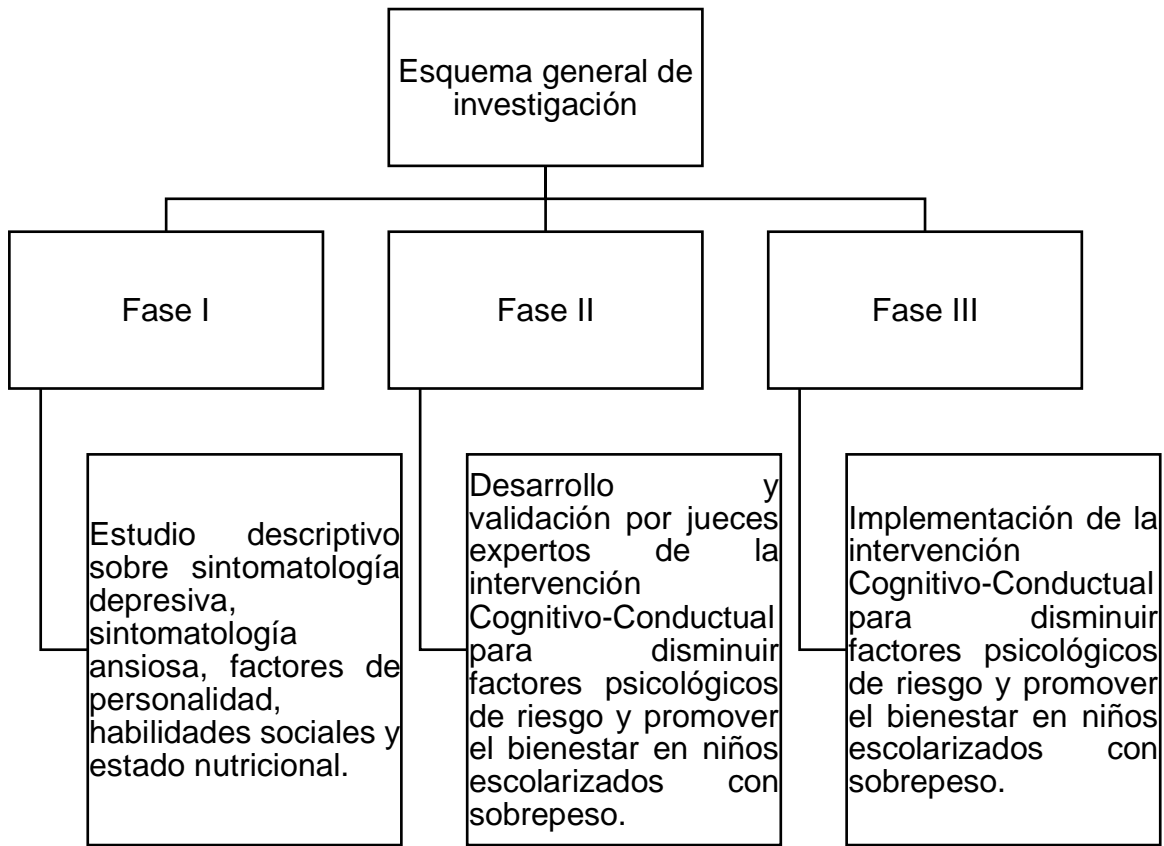


Figura 17. Esquema de investigación general.

MÉTODO FASE I

Pregunta de investigación

- ¿Existe relación entre los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, factores de la personalidad, habilidades sociales y el estado nutricional en niños(as) escolarizados de 8 a 12 años del Estado de Hidalgo?

Objetivo General

- Identificar si existe relación entre los niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, factores de la personalidad, habilidades sociales y el estado nutricional en niños(as) escolarizados de 8 a 12 años del Estado de Hidalgo.

Objetivos Específicos

1. Describir el nivel de depresión, ansiedad y habilidades sociales que poseen los niños(as) escolarizados de 8 a 12 años del Estado de Hidalgo.
2. Identificar la composición de los factores de personalidad de los niños(as) escolarizados de 8 a 12 años del Estado de Hidalgo.
3. Determinar el estado nutricional de los niños(as) escolarizados de 8 a 12 años del Estado de Hidalgo.

Tipo de estudio

- Descriptivo

Tipo de Diseño

- No experimental, transversal

Variables

En la Tabla 3 se observan la operación conceptual y operacional de las variables de la fase I.

Tabla 3. Operacionalización de las variables Fase I

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Sintomatología depresiva	Situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento (Bermudez & Bermudez, 2004).	Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés) se trata de un autoinforme de 27 reactivos (Kovacs, 1992) fue adaptado para población mexicana por Ayala y Meave (2002) y con una revisión psicométrica realizada por Zavala (2016).
Sintomatología ansiosa	Es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta, pero en exceso es nociva, maladaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).	Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2 (CMASR-2; Reynolds y Richmond, 2012) compuesta por 49 reactivos.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Factores de la personalidad	Estructura dinámica que tiene un individuo en particular; se compone de características psicológicas, conductuales, emocionales y sociales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).	Inventario de cinco factores de personalidad (FFPI-C, por sus siglas en inglés; McGhee, Ehrler, & Buckhalt, 2018) compuesto por 75 reactivos.
Habilidades sociales	Conjunto de conductas emitidas en un contexto interpersonal, emitiendo actitudes, sentimientos, deseos opiniones y derechos de un modo apropiado para la situación y respetando esas conductas en los demás (Caballo, 2009).	Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) cuestionario compuesto por 27 reactivos (Michelson & Wood, 1982; Lara & Silva, 2002).
Estado nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes (Zeberio, Malpeli, Apezteguia, Carballo & González, 2013)	Puntajes Z (OMS, 2005) para dar un diagnóstico nutricional antropométrico mediante el cálculo de desviaciones estándar a partir de su índice de masa corporal.

Hipótesis

Existe relación entre el estado nutricional y los factores emocionales (niveles de sintomatología depresiva, sintomatología ansiosa, factores de la personalidad y habilidades sociales) de niños(as) escolarizados de 8 a 12 años del Estado de Hidalgo.

Participantes

Población

Niños(as) de educación básica de 4° a 6° de primaria, entre las edades de 8 a 12 años, inscritos en una escuela perteneciente a Pachuca, Hidalgo.

Muestra

La muestra estuvo conformada por 104 participantes de los cuales 45.2% son hombres y 54.8% mujeres de entre 8 y 12 años de edad con una *media* de 10.01 (*DE*= 0.930).

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia

Criterios de inclusión

- Cursar de 4° a 6° grado de primaria.
- Tener entre 8 y 12 años de edad.
- Ser alumnos pertenecientes a la escuela primaria pública, de turno matutino, ubicada en la colonia Morelos del municipio de Pachuca de Soto, Hidalgo.
- Contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.
- Contar con el asentimiento informado de los participantes.

Criterios de exclusión

- Presentar algún trastorno psicológico previamente diagnosticado.
- Presentar alguna enfermedad que produzca sobrepeso.

Criterios de eliminación

- No terminar alguno de los instrumentos.
- No contestar alguno de los instrumentos.
- Contestar incorrectamente los instrumentos.

Instrumentos

1. *Inventario de Depresión Infantil* (CDI; Kovacs, 1992; Adaptado para población mexicana por Meave, 2001) el cual consta de 27 reactivos para cuantificar la presencia de síntomas depresivos a nivel subclínico en niños y adolescentes. Consta de cinco subescalas Anhedonia, Ineficacia, Problemas interpersonales, Autoestima negativa y Estado de ánimo negativo. Se trata de un autoreporte con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert (2 = Sí; 1 = A veces; 0 = No).
2. *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2* (CMASR-2; Reynolds y Richmond, 2012) compuesta por 49 reactivos, con dos opciones de respuesta (Si-No), los cuales conforman una herramienta auxiliar para comprender y tratar problemas de ansiedad que afectan a estudiantes. Consta de cuatro subescalas Defensividad, Ansiedad Fisiológica, Inquietud, Ansiedad Social y una puntuación total.
3. *Inventario de cinco factores de personalidad* (FFPI-C, por sus siglas en inglés; McGhee, Ehrler, & Buckhalt, 2018) compuesto por 75 reactivos, donde se dan dos opciones de respuesta y se selecciona la que sea más del agrado, que tienen como objetivo evaluar los rasgos de personalidad de niños y adolescentes y, de ese modo, identificar a quienes estén en riesgo de tener problemas de adaptación en la escuela o la comunidad. Compuesta por cinco subescalas Amabilidad, Extraversión, Escrupulosidad, Apertura a la experiencia y Regulación emocional.
4. *Escala de Conducta Asertiva para Niños* (CABS, por sus siglas en inglés) está compuesta por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta para cada reactivo y tiene como objetivo evaluar habilidades sociales y la expresión de emociones. Se le asigna un valor de 1 a 5 a cada respuesta

para al finalizar tener una puntuación total, para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. La escala es inversa, a menor puntaje mayor asertividad, y a mayor puntaje, existe la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la agresividad. La escala fue construida por Michelson y Wood (1982) y para este estudio se utilizó la adaptación de Lara y Silva (2002) quienes la validaron para población mexicana con una consistencia interna de $\alpha=.80$.

5. *Puntajes Z* (OMS, 2005) para dar un diagnóstico nutricional antropométrico mediante el cálculo de desviaciones estándar a partir de su índice de masa corporal.

Procedimiento

Previo a la evaluación, se realizó el contacto con la institución educativa, a través del personal docente y directivo se solicitó la autorización y firma del consentimiento informado de los padres de familia o tutores de los participantes. Se procedió con la aplicación grupal de los instrumentos de manera digital mediante Formularios de Google®, contando con aplicadores calificados para supervisión de la aplicación y resolver dudas de los y las participantes. Posteriormente se realizó la toma de peso y talla para generar el diagnóstico nutricional. Se calificaron los instrumentos y se capturaron en SPSS 25 para su análisis.

Análisis de datos propuesto

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 25.

Implicaciones bioéticas

Según lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, en el artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a los padres o tutores (debido a la minoría de edad de los participantes) el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

RESULTADOS FASE I

Análisis estadístico descriptivo

Inventario de Depresión Infantil

Para detectar sintomatología depresiva el punto de corte es el número 17 y en esta población la media fue de 22.63 $DE= 7.70$ (Figura 18).

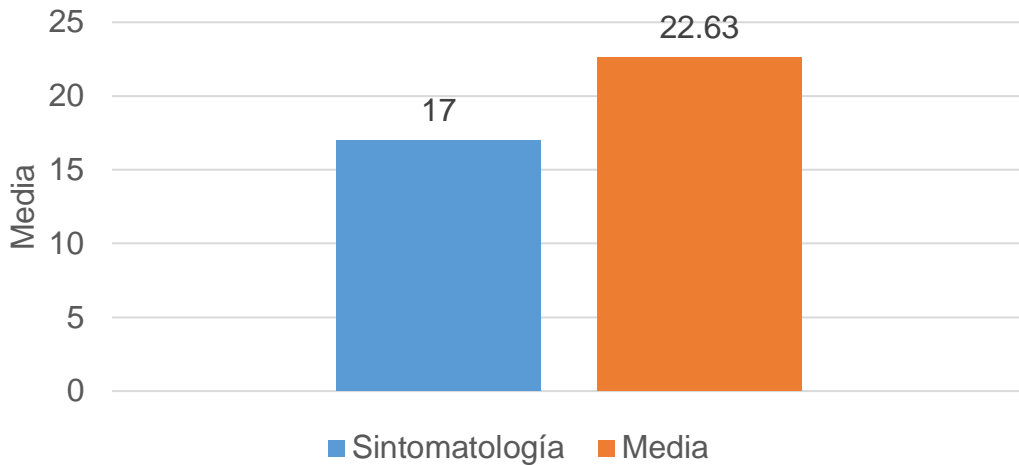


Figura 18. Punto de corte para sintomatología depresiva y la media de la población.

En cuanto al nivel de depresión presente en la población se detectó al 76.9% con presencia de sintomatología depresiva de moderada a severa (Figura 19).

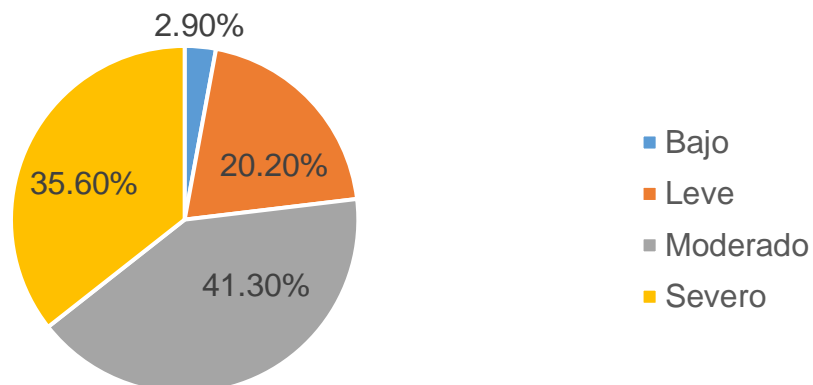


Figura 19. Niveles de sintomatología depresiva en la población.

En lo que se refiere a la sintomatología depresiva por sexos se puede observar una mayor presencia de sintomatología depresiva en las mujeres (Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de sintomatología depresiva por género.

Nivel sintomatología depresiva	Hombre	Mujer
Bajo	3	0
Leve	7	14
Moderado	18	25
Severo	19	18

La sintomatología depresiva por edades demuestra que los participantes de 9 años presentaban altos niveles de sintomatología depresiva (Tabla 5).

Tabla 5. Nivel sintomatología depresiva por edad.

Nivel sintomatología depresiva	8 años	9 años	10 años	11 años	12 años
Bajo	0	1	2	0	0
Leve	0	8	5	7	1
Moderado	0	14	16	9	4
Severo	1	13	10	13	0

Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2

Con respecto a la sintomatología ansiosa los niveles se encontraban en su mayoría en no más problemático que la mayoría (Figura 20).

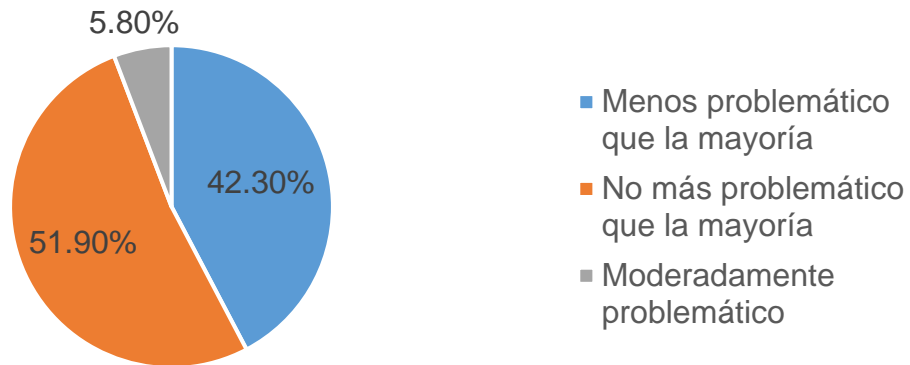


Figura 20. Niveles de sintomatología ansiosa.

En cuanto a las subescalas se habla de que una puntuación de entre 40 y 59 puntos es un puntaje normal y de 60 en adelante un nivel de sintomatología alto y todas se encontraban en un rango normal (Figura 21).

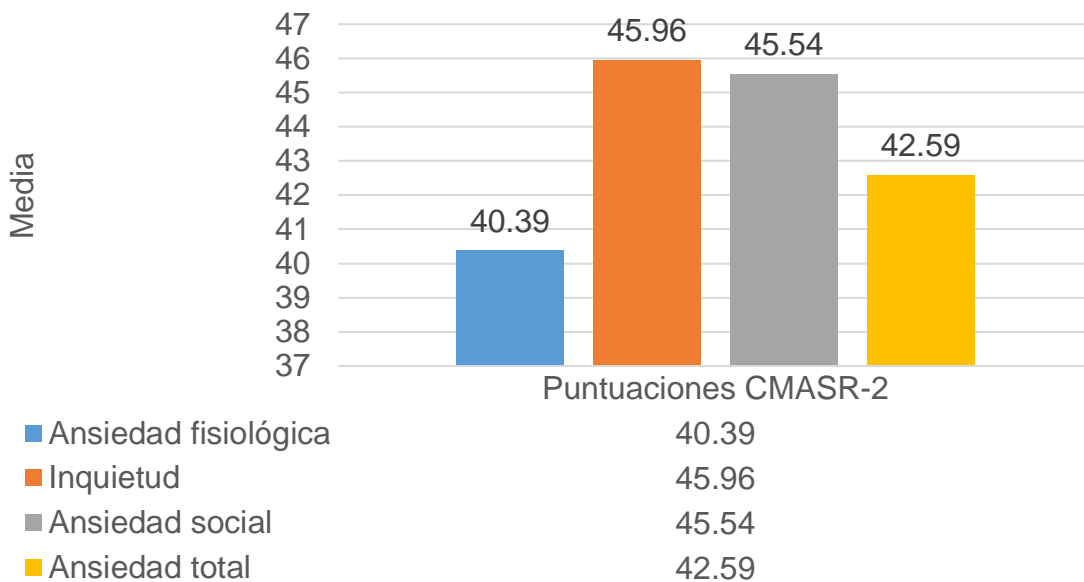


Figura 21. Medias de subescalas de la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2.

Inventario de cinco factores de personalidad

En cuanto a los factores de personalidad tienen niveles bajos en todas las categorías con excepción de extraversión donde alcanzan un nivel normal bajo (Figura 22).

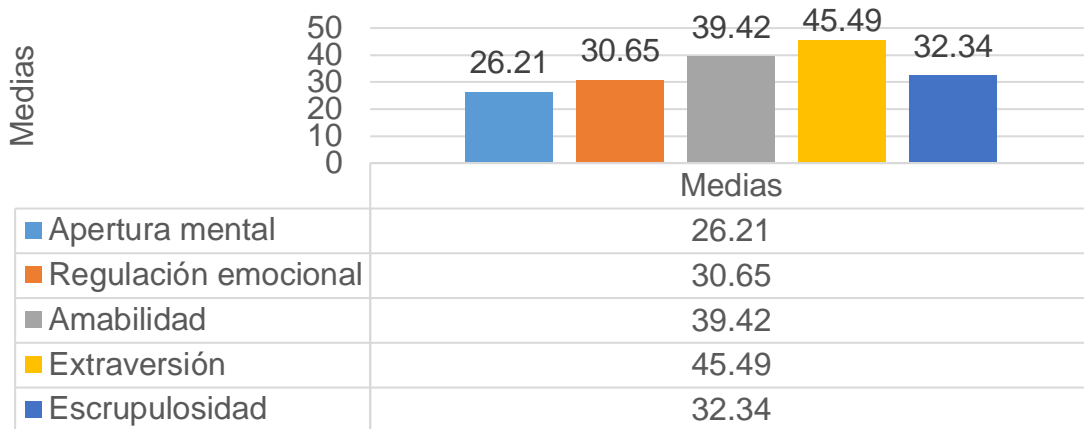


Figura 22. Medias subescalas del inventario de cinco factores de la personalidad (FFPI-C).

Con respecto a la subescala de regulación emocional podemos ver que la mayoría de los participantes tienen puntuaciones muy bajas que no llegan ni al puntaje normal que es de 40 a 59 (Figura 23).

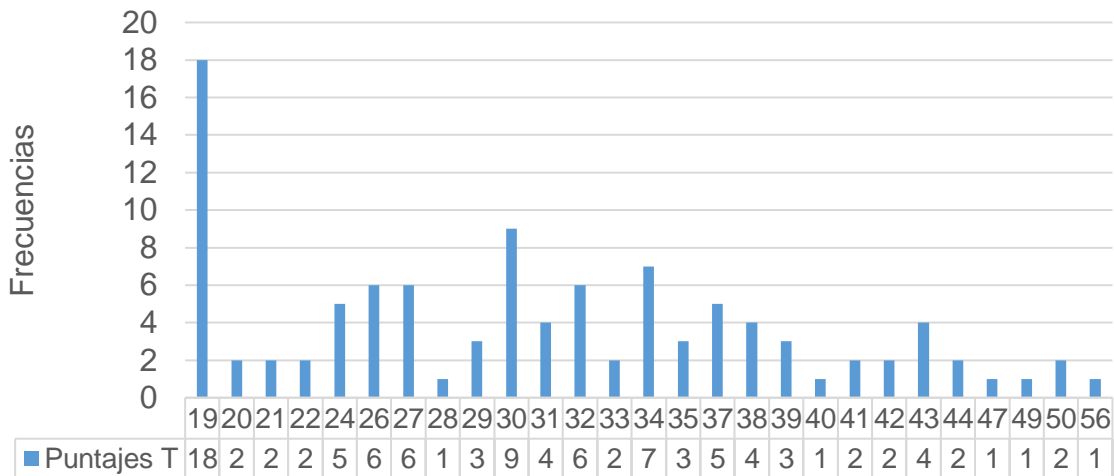


Figura 23. Puntuaciones T subescala regulación emocional.

Escala de conducta asertiva para niños

Con respecto a las puntuaciones de la escala de conducta asertiva para niños, donde a mayor puntuación más agresiva es la forma de comunicación, los participantes obtuvieron puntuaciones altas reflejando una comunicación agresiva para comunicarse. Con respecto a los tipos de comunicación en la población 26.9% se encuentran en asertivo, 29.8% en pasivo y 44.3% en agresivo (Figura 24).

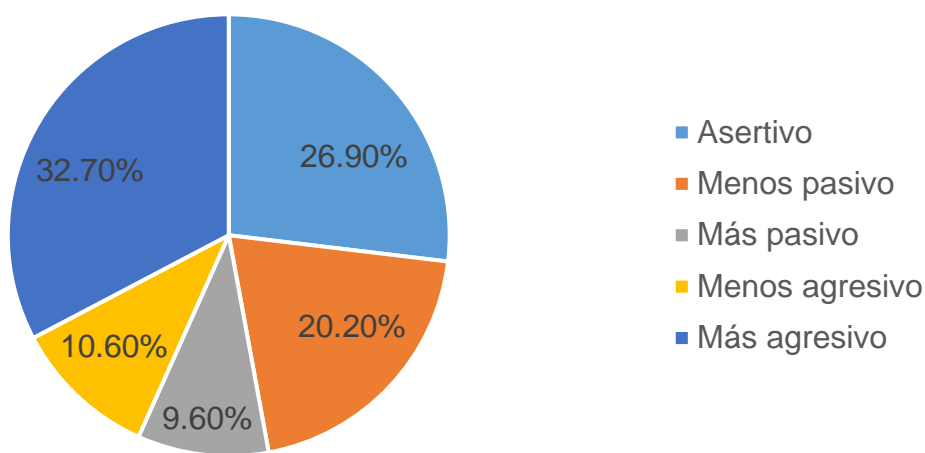


Figura 24. Tipos de comunicación en la población.

Puntajes Z

Para determinar el diagnóstico de los participantes se hizo uso de los puntajes Z (OMS, 2005) para dar un diagnóstico nutricional antropométrico mediante el cálculo de desviaciones estándar a partir de su índice de masa corporal (Tabla 6).

Tabla 6. Sexo, edad, peso, talla, puntajes Z y diagnóstico de los participantes.

Folio	Sexo	Edad	Peso	Talla	Z	Dx
1	Hombre	9	40.6	141	1SD	Sobrepeso
2	Mujer	9	29.1	136	Median	Peso adecuado
3	Mujer	9	31.3	124	1SD	Sobrepeso

Folio	Sexo	Edad	Peso	Talla	Z	Dx
4	Hombre	10	29.1	137	Median	Peso adecuado
5	Mujer	9	51.5	151	1SD	Sobrepeso
6	Hombre	9	28.6	140	Median	Peso adecuado
7	Mujer	9	37.1	138	1SD	Sobrepeso
8	Mujer	9	26.3	131	Median	Peso adecuado
9	Hombre	9	44.3	143	2SD	Obesidad
10	Mujer	9	49.5	146	2SD	Obesidad
11	Mujer	9	22.9	127	Median	Peso adecuado
12	Mujer	9	34.8	146	Median	Peso adecuado
13	Mujer	9	34	144	Median	Peso adecuado
14	Mujer	9	25.8	131	Median	Peso adecuado
15	Hombre	9	46.2	145	2SD	Obesidad
16	Mujer	9	28.2	142	Median	Peso adecuado
17	Hombre	9	22.8	127	Median	Peso adecuado
18	Mujer	9	29.2	132	Median	Peso adecuado
19	Hombre	9	45.5	142	2SD	Obesidad
20	Mujer	9	31.1	127	1SD	Sobrepeso
21	Mujer	9	36.2	131	1SD	Sobrepeso
22	Mujer	9	27.7	137	Median	Peso adecuado
23	Hombre	9	22	126	Median	Peso adecuado
24	Mujer	9	42.4	138	1SD	Sobrepeso
25	Hombre	9	43.5	139	2SD	Obesidad
26	Mujer	9	43.4	149	1SD	Sobrepeso

Folio	Sexo	Edad	Peso	Talla	Z	Dx
27	Mujer	8	33.7	134	1SD	Sobrepeso
28	Hombre	9	33.3	144	Median	Peso adecuado
29	Mujer	9	31.6	138	Median	Peso adecuado
30	Hombre	9	38.5	135	1SD	Sobrepeso
31	Hombre	9	23.8	127	Median	Peso adecuado
32	Hombre	9	28	137	Median	Peso adecuado
33	Hombre	9	38.8	141	1SD	Sobrepeso
34	Mujer	9	37.2	140	Median	Peso adecuado
35	Hombre	9	41.7	143	1SD	Sobrepeso
36	Mujer	9	26.8	128	Median	Peso adecuado
37	Mujer	10	46.4	154	Median	Peso adecuado
38	Hombre	10	34.5	147	Median	Peso adecuado
39	Hombre	10	33.9	139	Median	Peso adecuado
40	Hombre	10	32.1	144	Median	Peso adecuado
41	Mujer	12	41.4	149	Median	Peso adecuado
42	Hombre	10	32.1	142	Median	Peso adecuado
43	Mujer	10	51.6	151	1SD	Sobrepeso
44	Hombre	10	45.8	136	2SD	Obesidad
45	Mujer	10	40.7	143	1SD	Sobrepeso
46	Mujer	10	42.7	139	1SD	Sobrepeso
47	Mujer	10	46	147	1SD	Sobrepeso
48	Hombre	10	32.3	136	Median	Peso adecuado
49	Hombre	10	37.7	141	Median	Peso adecuado

Folio	Sexo	Edad	Peso	Talla	Z	Dx
50	Mujer	10	26.8	136	Median	Peso adecuado
51	Hombre	10	24.2	134	-SD2	Peso bajo
52	Hombre	11	35.5	140	Median	Peso adecuado
53	Mujer	9	33.1	139	Median	Peso adecuado
54	Mujer	12	39.9	150	Median	Peso adecuado
55	Hombre	10	59.8	142	2SD	Obesidad
56	Mujer	10	37.5	140	Median	Peso adecuado
57	3Mujer	9	31.5	142	Median	Peso adecuado
58	Hombre	10	36	150	Median	Peso adecuado
59	Mujer	10	40.2	141	1SD	Sobrepeso
60	Hombre	10	30.9	139	Median	Peso adecuado
61	Hombre	10	32.6	137	Median	Peso adecuado
62	Hombre	11	41.6	156	Median	Peso adecuado
63	Mujer	10	35.7	140	Median	Peso adecuado
64	Mujer	10	34.4	136	Median	Peso adecuado
65	Hombre	10	52.9	138	2SD	Obesidad
66	Hombre	10	34.1	144	Median	Peso adecuado
67	Mujer	10	36	147	Median	Peso adecuado
68	Mujer	10	32.3	143	Median	Peso adecuado
69	Mujer	10	40.3	143	Median	Peso adecuado
70	Mujer	11	49.8	153	1SD	Sobrepeso
71	Hombre	11	31	140	Median	Peso adecuado
72	Mujer	11	59.3	146	2SD	Obesidad

Folio	Sexo	Edad	Peso	Talla	Z	Dx
73	Hombre	11	37.6	145	Median	Peso adecuado
74	Hombre	11	39.9	147	Median	Peso adecuado
75	Hombre	11	31.7	142	Median	Peso adecuado
76	Hombre	11	56.3	156	1SD	Sobrepeso
77	Mujer	11	53.8	160	1SD	Sobrepeso
78	Hombre	11	51.7	141	2SD	Obesidad
79	Mujer	11	73.2	153	2SD	Obesidad
80	Mujer	11	61.5	153	2SD	Obesidad
81	Hombre	11	53.3	151	1SD	Sobrepeso
82	Mujer	12	59	148	2SD	Obesidad
83	Hombre	10	47.9	151	1SD	Sobrepeso
84	Mujer	11	36.8	135	Median	Peso adecuado
85	Mujer	11	33.4	149	Median	Peso adecuado
86	Mujer	11	40.2	149	Median	Peso adecuado
87	Hombre	11	30.6	141	Median	Peso adecuado
88	Hombre	11	43.3	159	Median	Peso adecuado
89	Hombre	11	63.2	156	2SD	Obesidad
90	Hombre	12	48.8	173	Median	Peso adecuado
91	Hombre	11	36	139	Median	Peso adecuado
92	Mujer	11	44.2	148	Median	Peso adecuado
93	Hombre	10	47.2	149	1SD	Sobrepeso
94	Mujer	11	47.2	148	1SD	Sobrepeso
95	Mujer	11	51.9	157	Median	Peso adecuado

Folio	Sexo	Edad	Peso	Talla	Z	Dx
96	Mujer	11	30.3	143	Median	Peso adecuado
97	Mujer	10	63.1	159	2SD	Obesidad
98	Mujer	10	66	151	2SD	Obesidad
99	Hombre	12	80.6	167	2SD	Obesidad
100	Mujer	10	70.5	158	2SD	Obesidad
101	Mujer	11	45.7	148	Median	Peso adecuado
102	Mujer	11	29.2	138	Median	Peso adecuado
103	Hombre	11	58	158	2SD	Obesidad
104	Mujer	11	51.9	152	1SD	Sobrepeso

En la población se encontró que existía un participante con bajo peso, 59 con peso adecuado, 25 con sobrepeso y 19 padecían obesidad, es decir, el 57% de la población tienen un peso adecuado para su edad y el 42% con un combinado de sobrepeso y obesidad (Figura 25).

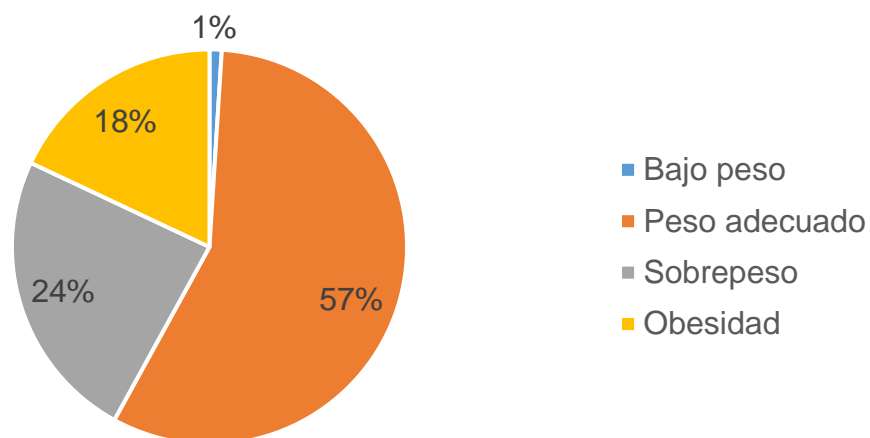


Figura 25. Estado nutricional de la población.

Prueba de asociación de Pearson

El análisis bivariado mostró una asociación estadísticamente significativa entre el Inventario de depresión infantil (CDI) y la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada-2 (CMASR-2) como se puede observar en la Tabla 7.

Tabla 7. Correlación depresión y ansiedad

	Nivel de Depresión	Puntuación total de depresión
Ansiedad Fisiológica	.471** 0.000	.568** 0.000
Ansiedad Social	.395** 0.000	.377** 0.000
Ansiedad Total	.460** 0.000	.487** 0.000
Nivel de ansiedad	.414** 0.000	.438** 0.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Con respecto al Inventario de depresión infantil (CDI) se encontró una correlación baja estadísticamente significativa con la subescala de regulación emocional del Inventario de Cinco Factores de Personalidad (FFPI-C) como se aprecia en la Tabla 8.

Tabla 8. Correlación Inventario de depresión infantil (CDI) y regulación emocional

	Nivel de Depresión	Puntuación total de depresión
Regulación emocional	.360** 0.000	.379** 0.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

La subescala de ansiedad fisiológica de la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada-2 (CMASR-2) tuvo correlaciones bajas estadísticamente significativas con las subescalas del Inventario de Cinco Factores de Personalidad (FFPI-C) apertura mental, regulación emocional y escrupulosidad (Tabla 9). Mientras que la subescala de ansiedad total lo tuvo con la subescala de regulación emocional ($r=.304$, $p<.01$).

Tabla 9. Correlación ansiedad fisiológica con subescalas de FFPI-C

	Apertura mental	Regulación emocional	Escrupulosidad
Ansiedad fisiológica	.300** 0.003	.360** 0.000	.278** 0.006

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Con respecto a las sub escalas del Inventario de Cinco Factores de Personalidad (FFPI-C) regulación emocional, amabilidad y escrupulosidad presentaron una correlación baja estadísticamente significativa con la Escala de conducta asertiva para niños (CABS) como se puede observar en la tabla 10.

Tabla 10. Correlación Escala de conducta asertiva para niños (CABS) con subescalas de FFPI-C

	Regulación emocional	Amabilidad	Escrupulosidad
CABS Total	.341** 0.000	.371** 0.000	.356** 0.000
Estilo	.288** 0.003	.332** 0.001	.390** 0.000

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En cuanto al estado nutricional solo presentó una correlación baja estadísticamente significativa con la subescala de ansiedad fisiológica de la Escala de Ansiedad Manifiesta Revisada para niños-2 (CMASR-2) ($r=.240$, $p<.05$).

MÉTODO FASE II

Pregunta de investigación

- ¿Se puede diseñar una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencias validada por jueces expertos?

Objetivo general

- Diseñar una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencias.

Objetivos específicos

1. Diseñar una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.
2. Desarrollar un cuadernillo para el autorregistro de las principales conductas blanco de la intervención.
3. Diseñar materiales psicoeducativos adecuados para los propósitos de la intervención.
4. Someter a validación por jueces expertos las cartas descriptivas de la intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.

Tipo de estudio

- Descriptivo

Tipo de diseño

- No experimental, transversal

Variables

En la Tabla 12 se observan la operación conceptual y operacional de las variables de la fase II.

Tabla 11. Operacionalización de las variables Fase II.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso	Conjunto de técnicas grupales Conductuales para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Entrenamiento en habilidades sociales, Entrenamiento en solución de problemas, Autorregistros, Técnicas de relajación y Técnicas de atención plena).
Validación por jueces	Opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Pérez & Cuervo Martínez, 2008).	Puntuación obtenida en el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.

Hipótesis de trabajo

- H: El diseño de la intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso que cumple con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencias.

Participantes

Muestra

- La muestra estuvo conformada por 11 expertos en la práctica clínica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual con experiencia en investigación alimentaria.

Tipo de muestreo

- No probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- Contar con práctica clínica en el campo de la alimentación.

Criterios de exclusión

- No contar con más de 1 año de práctica clínica en el campo de la alimentación.

Criterios de eliminación

- No terminar de contestar el Cuestionario de Jueces Expertos.

Instrumentos

- Cuestionario de Jueces Expertos *ex profeso* para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.

Procedimiento

Se diseñó la carta descriptiva de la población junto con los materiales a emplear para posteriormente ser probados en un pilotaje con un participante donde se identificaron algunas modificaciones a las sesiones. Se realizó un cuestionario para jueces expertos mediante Google Forms y se envió el link y una presentación donde se presenta la intervención para ser evaluada por jueces expertos. Se tomarán las evaluaciones de los jueces para determinar la validez de la intervención.

Análisis de datos propuesto

Análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los jueces expertos en el Cuestionario de Jueces Expertos utilizando el Paquete de Datos Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 25.

Implicaciones bioéticas

Según lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, en el artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a los padres o tutores (debido a la minoría de edad de los participantes) el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

RESULTADOS FASE II

Descripción de las sesiones

La revisión teórica y la validación por jueces expertos tuvieron como resultado una intervención cognitivo-conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso con duración de ocho sesiones de 90 minutos cada una (Figura 26).



Figura 26. Estructura de la intervención cognitivo-conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso.

Cada una de las sesiones tenía un objetivo específico a cumplir como se puede apreciar en la tabla 12.

Tabla 12. Objetivos generales de las sesiones de la intervención.

Sesiones	Nombre de las sesiones	Objetivo general
Sesión 1	Iniciemos	Establecer la comunidad de aprendizaje

Sesiones	Nombre de las sesiones	Objetivo general
Sesión 2	¿Qué tanto me conozco?	Que las y los participantes se conozcan mejor, así como iniciar a adquirir hábitos positivos sobre hidratación.
Sesión 3	¿Conozco las emociones?	Conocer mejor las emociones, así como su correcta expresión además de fomentar una buena alimentación y el uso de la atención plena.
Sesión 4	¿Me sé controlar cuando me enojo?	Fomentar una correcta expresión de las emociones, buena alimentación y el uso de la atención plena.
Sesión 5	¿Pienso positivo o negativo?	Identificar los pensamientos positivos y negativos además de fomentar una buena alimentación y el uso de la atención plena.
Sesión 6	¿Cómo reacciono a los problemas?	Identificar la forma de afrontar situaciones y posibles soluciones a las mismas además de fomentar una buena alimentación y el uso de la atención plena.
Sesión 7	¿Lo pongo en práctica?	Aplicar los conocimientos obtenidos.
Sesión 8	No es el fin	Cerrar la intervención y realizar una integración de todo lo aprendido.

A continuación, se describen las sesiones de la intervención y los materiales de cada una:

Sesión 1: Iniciemos

Objetivo: Establecer la comunidad de aprendizaje.

Materiales de la sesión:

- Imágenes de frutas
- Gafetes
- Autorregistros
- Hoja “Mis cosas favoritas”
- Hoja “Un día normal”
- Lápices

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se da la bienvenida a las y los participantes. Se colocan imágenes de frutas en una mesa y se pedirá a las y los participantes elijan una de su preferencia, en la parte posterior de su fruta escribirán las actividades que les gusta realizar y su comida favorita mientras se colocan los gafetes de todos los participantes a lo largo de la mesa. Se toma al azar un gafete y el o la participante pasará al frente y dirá “yo soy la fruta...” y dirá lo que escribió en su fruta, se repite la actividad hasta que se entreguen todos los gafetes. Posteriormente, se entregará el autorregistro a las y los participantes y se procederá a explicar de forma general como se debe llenar.

Con respecto a las actividades de alimentación se entregará la hoja mis cosas favoritas donde las y los participantes colocarán los alimentos, líquidos y actividades físicas que son de su agrado y algunos de ellos explicarán lo que escribieron en su hoja. Luego se entregará la hoja un día normal donde las y los participantes describirán las actividades que llevan a cabo, así como las cosas que ingieren y también procederán a explicarlo algunos de los participantes.

Finalmente, se agradecerá la asistencia a los y las participantes y se les invitará para que acudan a la siguiente sesión.

Sesión 2: ¿Qué tanto me conozco?

Objetivo: Que las y los participantes se conozcan mejor, así como iniciar a adquirir hábitos positivos sobre hidratación.

Materiales de la sesión:

- Gafetes
- Autorregistros
- Hojas bancas
- Colores
- Lápices
- Goma
- Plastilina
- Video “agua”
- Hoja “Hidratación”
- Hoja “Yo me comprometo a...”

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se sondea a los participantes sobre la sesión anterior y se pregunta si se tienen dudas o comentarios. Las y los participantes procederán a entregar los autorregistros contestados durante la semana anterior.

Se entregará una hoja en blanco a los y las participantes y se deberán dibujar en el centro, después del lado derecho de la hoja escribirán las características, no solo físicas, que más les gustan de su persona y del lado izquierdo las que no. Posteriormente en el reverso de la hoja escribirán una breve autobiografía. Con la plastilina los y las participantes elaborarán una figura lo más parecida a como creen que son y la presentarán junto con la hoja que hicieron anteriormente al resto de los y las participantes.

Con respecto a las actividades de alimentación se les presentara el video “agua” a las y los participantes y posteriormente lo comentaran. Se entregará la hoja “Hidratación” y se le pedirá coloreen las figuras según crean que las hidratan ciertas bebidas y luego se les explicará en realidad cuanto les hidratan.

Para la actividad de atención plena se explicará a las y los participantes la forma correcta de respirar, indicando tomar respiraciones por la nariz y elevando el pecho sin inflar el estómago y se practicará con ellos. Al concluir trabajarán la actividad “Yo me comprometo a...” donde los participantes explicarán los conocimientos adquiridos en la sesión, así como la manera en que usaran lo aprendido al entregar se les dará su siguiente autorregistro.

Sesión 3: ¿Conozco las emociones?

Objetivo: Conocer mejor las emociones, así como su correcta expresión además de fomentar una buena alimentación y el uso de la atención plena.

Materiales de la sesión:

- Gafetes
- Autorregistros
- Hoja “emociones”
- Hoja “esquema emociones”
- Hoja “Historieta”
- Tarjetas frutas
- Tarjetas beneficios
- Video “Come frutas”
- Hoja “Yo me comprometo a...”
- Lápices
- Colores
- Goma

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se sondea a los participantes sobre la sesión anterior y se pregunta si se tienen dudas o comentarios. Las y los participantes procederán a entregar los autorregistros contestados durante la semana anterior.

Se entregará a los y las participantes la hoja emociones donde se colocarán cómo se ven, que dicen y que hacen las personas que sienten esa emoción, al concluir compartirán con el resto de los participantes. Se entregará a las y los participantes la hoja “esquema de emociones” para que, según diferentes colores por emociones, identifiquen dónde es que sienten cada una de las emociones, así como la manera en que lo sienten, compartirán con sus compañeros para ver si hay reacciones similares entre ellos. Se entregará a las y los participantes la hoja historieta donde por medio de dibujos crearán una historia breve sobre alguna emoción o varias

expresando las cosas que les pasan a las personas cuando en ellos predominan emociones positivas o negativas.

Con respecto a las actividades de alimentación se entregará a las y los participantes las tarjetas de frutas y donde se explican los beneficios de las frutas al ingerirlas. Los participantes tomarán diferentes tarjetas y tratarán de juntar las frutas con sus respectivos beneficios a modo de lotería, es decir, se leerán las propiedades y deberán tomar la fruta correspondiente. Se reproducirá el video “come frutas” a las y los participantes y posteriormente lo comentarán en grupo.

Para la actividad de atención plena se entrenará a las y los participantes para respirar cuidando tres momentos inhalar, mantener y exhalar. Al concluir trabajarán la actividad “Yo me comprometo a...” donde los participantes explicarán los conocimientos adquiridos en la sesión, así como la manera en que usaran lo aprendido al entregar se les dará su siguiente autorregistro.

Sesión 4: ¿Me sé controlar cuando me enojo?

Objetivo: Fomentar una correcta expresión de las emociones, buena alimentación y el uso de la atención plena.

Materiales de la sesión:

- Gafetes
- Autorregistros
- Hoja “Señor gruñón”
- Hoja calmarme”
- Tarjetas verduras
- Tarjetas beneficios
- Video “come vegetales”
- Hoja “Yo me comprometo a...”
- Lápices
- Colores
- Goma

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se sondea a los participantes sobre la sesión anterior y se pregunta si se tienen dudas o comentarios. Las y los participantes procederán a entregar los autorregistros contestados durante la semana anterior.

Se entregará a las y los participantes la hoja “Señor gruñón” donde plasmarán como creen que se ven las personas gruñonas, que cosas dicen y qué deben hacer para no volverse un señor gruñón, posteriormente explicarán su idea al resto de los participantes. Se entregará a los participantes la hoja calmarme donde ellos explicarán qué es lo que hacen cuando se enojan, posteriormente se explicarán estrategias para relajarse y se le pedirá elijan cuáles son las que podrían usar y como las emplearían.

Con respecto a las actividades de alimentación se entregará a las y los participantes las tarjetas de verduras y donde se explican los beneficios de las verduras al ingerirlas. Los participantes tomarán diferentes tarjetas y tratarán de juntar las

verduras con sus respectivos beneficios a modo de lotería, es decir, se leerán las propiedades y deberán tomar la fruta correspondiente. Se reproducirá el video “come verduras” a las y los participantes y posteriormente lo comentarán en grupo.

Para las actividades de atención plena se pedirá a las y los participantes que cierren los ojos y trabajando su respiración como la sesión anterior sean conscientes de su respiración. Al concluir trabajarán la actividad “Yo me comprometo a...” donde los participantes explicarán los conocimientos adquiridos en la sesión, así como la manera en que usaran lo aprendido al entregar se les dará su siguiente autorregistro.

Sesión 5: ¿Pienso positivo o negativo?

Objetivo: Identificar los pensamientos positivos y negativos además de fomentar buena alimentación y el uso de la atención plena.

Materiales de la sesión:

- Gafetes
- Autorregistros
- Hoja “Pensamientos”
- Hoja “¿Cómo son los pensamientos?”
- Confeti azul y naranja
- Pegamento
- Hoja “¿Dónde lo pongo?”
- Hoja alimentos
- Tijeras
- Tableros “grasas”
- Tarjetas “grasas”
- Bolitas de papel
- Video “Las grasas”
- Hoja “Yo me comprometo a...”
- Lápices
- Colores
- Goma

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se sondea a los participantes sobre la sesión anterior y se pregunta si se tienen dudas o comentarios. Las y los participantes procederán a entregar los autorregistros contestados durante la semana anterior.

Se dará una breve explicación a las y los participantes sobre los pensamientos positivos y negativos. Posteriormente se entregará a las y los participantes la hoja “Pensamientos” donde se encuentran plasmados pensamientos y deberá colorearlos de azul o naranja según el tipo que sea, algunos participantes expondrán

su trabajo al resto para determinar si están correctamente colocados. Se les entregará a las y los participantes el confeti y la hoja “¿Cómo son los pensamientos?” donde se encuentran cuatro apartados (pensamientos que yo tengo sobre mí, pensamientos que mis padres tienen sobre mí, pensamientos que mis amigos tienen sobre mí, pensamientos que los adultos tienen sobre mí) que deberán ser rellenados con el confeti azul de ser pensamientos positivos o naranja de ser negativos.

Con respecto a las actividades de alimentación se entregará a las y los participantes la hoja “¿Dónde lo pongo?” y la hoja de alimentos y deberán recortar y pegar los alimentos en el nivel que correspondan (verde/bajo, amarillo/medio y rojo/alto). Posteriormente se les mostrará la ubicación real de donde deben ir colocados los alimentos para que los comparen. Se leerán las tarjetas de los alimentos haciendo énfasis en el color al que pertenecen (verde, amarillo y rojo) cada uno de los y las participantes buscará en su tablero si tiene el alimento mencionado y lo deberán ir marcando, el primero en completar su tablero y gritar lotería gana. Se reproducirá el video “las grasas” a las y los participantes y posteriormente lo comentarán en grupo.

Para las actividades de atención plena se pedirá a las y los participantes lleven una respiración por tiempos mientras centran su atención en un punto específico. Al concluir trabajarán la actividad “Yo me comprometo a...” donde los participantes explicarán los conocimientos adquiridos en la sesión, así como la manera en que usaran lo aprendido al entregar se les dará su siguiente autorregistro.

Sesión 6: ¿Cómo reacciono a los problemas?

Objetivo: Identificar la forma de afrontar las situaciones y posibles soluciones a las mismas además de fomentar una buena alimentación y el uso de la atención plena.

Materiales de la sesión:

- Gafetes
- Autorregistros
- Hoja “¿Qué pasó?”
- Tarjetas situaciones
- Tarjetas “¿Qué tiene azúcar?”
- Video “No más azúcar”
- Chocolate sin azúcar
- Hoja “Yo me comprometo a...”
- Lápices
- Colores
- Goma

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se sondea a los participantes sobre la sesión anterior y se pregunta si se tienen dudas o comentarios. Las y los participantes procederán a entregar los autorregistros contestados durante la semana anterior.

Se entregará a las y los participantes la hoja “¿qué pasó?” donde describirán situaciones incluyendo su estado emocional, físico y la manera en que reaccionaron a ellas. Las y los participantes en parejas pasarán a tomar una de las tarjetas la cual deberán interpretar y el resto de las y los participantes explicarán qué entendieron de la situación y las posibles soluciones que le darían.

Con respecto a las actividades de alimentación se entregará a las y los participantes las tarjetas de alimentos que vienen diferenciadas por colores (verde, amarillo y rojo) y se jugarán a modo de memorama. Se reproducirá el video “no más azúcar” a las y los participantes y posteriormente lo comentarán en grupo.

Para las actividades de atención plena se les pedirá a las y los participantes que cierren los ojos y lleven una respiración por tiempos mientras centran su atención en el chocolate que tendrán en la lengua y deben dejar deshacer.

Al concluir trabajarán la actividad “Yo me comprometo a...” donde los participantes explicarán los conocimientos adquiridos en la sesión, así como la manera en que usaran lo aprendido al entregar se les dará su siguiente autorregistro.

Sesión 7: ¿Lo pongo en práctica?

Objetivo: Aplicar los conocimientos obtenidos.

Materiales de la sesión:

- Gafetes
- Autorregistros
- Hoja “¿Qué ingiero?”
- Recortes alimentos chatarra
- Hoja “Alimentos chatarra”
- Turista actividades positivas
- Dinero, propiedades y castigos del turista actividades positivas
- Visualización “Atentos como ranas”
- Bocinas
- Hoja “Yo me comprometo a...”
- Lápices
- Colores
- Goma

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se sondea a los participantes sobre la sesión anterior y se pregunta si se tienen dudas o comentarios. Las y los participantes procederán a entregar los autorregistros contestados durante la semana anterior.

Se entregará la hoja “¿Qué ingiero?” y se colocarán recortes de comida chatarra frente a las y los participantes y se les pedirá que tomen los que ingieren con regularidad y los peguen en su hoja. Se entregarán la hoja “alimento chatarra” donde se aprecian las bolsas de los principales alimentos chatarra y se les pedirá a las y los participantes describan de qué creen que están hechas. Posteriormente se les indica realmente de qué se encuentran hechos los alimentos y que identifiquen cuáles de ellos se encontraban en su hoja “¿Que ingiero?”.

Se dividirán a las y los participantes en tres equipos, se entregará un turista de actividades positivas a cada equipo y se leerán las instrucciones en voz alta. Ganará el primero en llegar a la meta.

Para las actividades de atención plena se leerá “atentos como ranas” mientras las y los participantes sentados en una posición cómoda deberán seguir las instrucciones. Al concluir trabajarán la actividad “Yo me comprometo a...” donde los participantes explicarán los conocimientos adquiridos en la sesión, así como la manera en que usaran lo aprendido al entregar se les dará su siguiente autorregistro.

Sesión 8: No es el fin

Objetivo: Cerrar la intervención y realizar una integración de todo lo aprendido.

Materiales de la sesión:

- Gafetes
- Autorregistros
- Hoja “Avanzando”
- Tarjetas verdadero /falso
- Bolitas de papel
- Tarjetas de alimentos
- Canastas
- Visualización “El águila”
- Bocinas
- Hoja “Yo me comprometo a...”
- Lápices
- Colores
- Goma

Descripción de la sesión:

Al iniciar esta sesión se sondea a los participantes sobre la sesión anterior y se pregunta si se tienen dudas o comentarios. Las y los participantes procederán a entregar los autorregistros contestados durante la semana anterior.

Se dividirá a las y los participantes en tríos se entregarán tarjetas de verdadero y falso a uno de ellos que será el moderador y el resto serán jugadores a los que se les entregará la hoja “avanzando”. Cuando el moderador haga una pregunta a alguno de los participantes este deberá contestar verdadero o falso, si es correcto podrá avanzar en su camino si es falso deberán retroceder. Ganará el participante que llegue primero a la meta.

Con respecto a las actividades de alimentación se entregarán a las y las participantes canastas y deberán pasar por mesas que se asemejan a pasillos de

un centro comercial y deberán elegir la despensa alimentaria para la semana de las tarjetas de productos que ahí se encuentran.

Para las actividades de atención plena se leerá la visualización “El águila” mientras las y los participantes se encuentran recostados con los ojos cerrados. Al concluir trabajarán la actividad “Yo me comprometo a...” donde los participantes explicarán los conocimientos adquiridos en la sesión, así como la manera en que usaran lo aprendido al entregar se les dará su siguiente autorregistro.

Análisis descriptivos de la validación por jueces expertos

En la validación de la intervención cognitivo-conductual para disminuir factores de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso participaron 11 jueces, con una media de edad de 39.72 años ($DE=11.48$), de los cuales en su mayoría son mujeres (Figura 27).

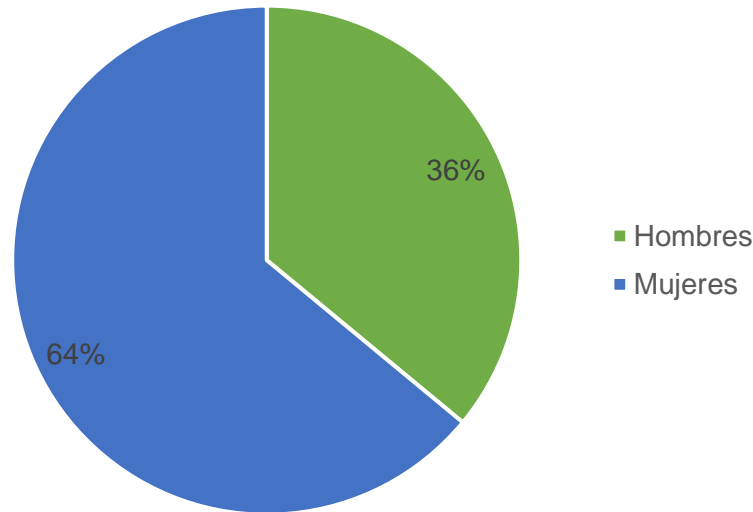


Figura 27. Distribución de las edades de los participantes

La mayoría de los participantes contaban con Doctorado (Tabla 13).

Tabla 13. Grado académico de los participantes.

Grado académico	Porcentaje
Licenciatura	9%
Maestría	27%
Doctorado	64%

Como se puede observar en la tabla 14 los jueces cuentan con experiencia en práctica clínica en terapia cognitivo-conductual.

Tabla 14. Experiencia en la práctica clínica de los participantes.

Experiencia en la práctica clínica	Porcentaje
Menor de un año	9%
De 5 a 9 años	55%
Más de 10 años	36%

Los participantes tienen experiencia en temas relacionados a trastornos de la alimentación (obesidad, sobrepeso, anorexia, bulimia, etc.) (Tabla 15).

Tabla 15. Experiencia en temas relacionados a trastornos de la alimentación.

Experiencia en trastornos de alimentación	Porcentaje
Menor a un año	9%
De 1 a 4 años	27%
De 5 a 9 años	18%
Más de 10 años	46%

Los datos obtenidos de la aplicación del cuestionario de jueces expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso se presenta en cuatro áreas: estructura general, objetivos, actividades y material.

Estructura general

En cuanto si el objetivo general de la intervención era claro la mayoría de los jueces estuvieron totalmente de acuerdo (Figura 28). Con respecto a si el objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo

cognitivo-conductual el 63.63% estuvo totalmente de acuerdo y el 27.27% de acuerdo.

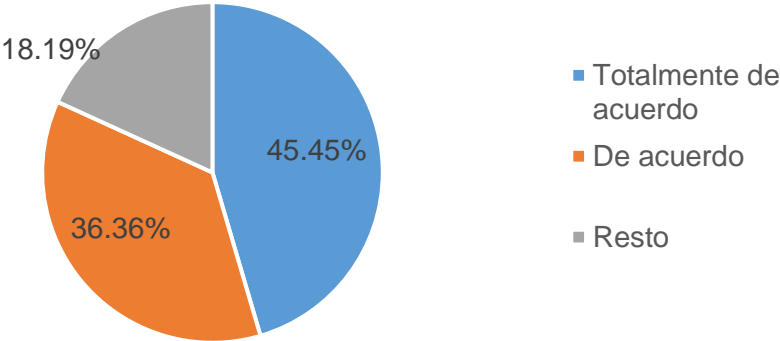


Figura 28. El objetivo general de la intervención era claro

El 63.63% estuvo totalmente de acuerdo y 36.36% de acuerdo con que los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo. Con respecto a si la secuencia de las sesiones es adecuada el 54.54% estuvo totalmente de acuerdo y el 27.27% de acuerdo. Sobre sí la duración de la intervención es apropiada para el logro de objetivos el 54.54% estuvo totalmente de acuerdo y el 36.36% de acuerdo. Las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos la mayoría de los jueces estuvieron de acuerdo (Figura 29).

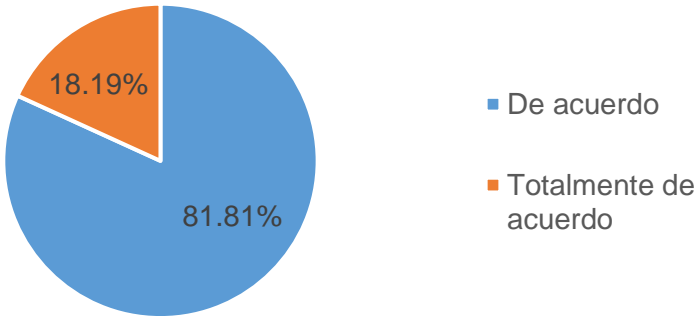


Figura 29. Las técnicas cognitivo-conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos

Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades el 63.63 estuvo de acuerdo y el 36.36 estuvo totalmente de acuerdo. Sobre sí las técnicas y actividades son apropiadas para la edad de las participantes el 63.63% totalmente de acuerdo y el 27.27% de acuerdo.

Objetivos

Se abordó si el objetivo general de cada una de las sesiones era claro y en su mayoría los jueces estuvieron totalmente de acuerdo (Tabla 16).

Tabla 16. Opinión sobre el objetivo general de cada una de las sesiones.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo
Sesión 1	54.54%	45.45%
Sesión 2	45.45%	54.54%
Sesión 3	45.45%	45.45%
Sesión 4	36.36%	54.54%
Sesión 5	45.45%	36.36%
Sesión 6	36.36%	54.54%
Sesión 7	36.36%	54.54%
Sesión 8	36.36%	63.63%

Con respecto a si los jueces consideran que los objetivos de las sesiones contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención la mayoría estuvo de acuerdo como se puede apreciar en la Figura 30.

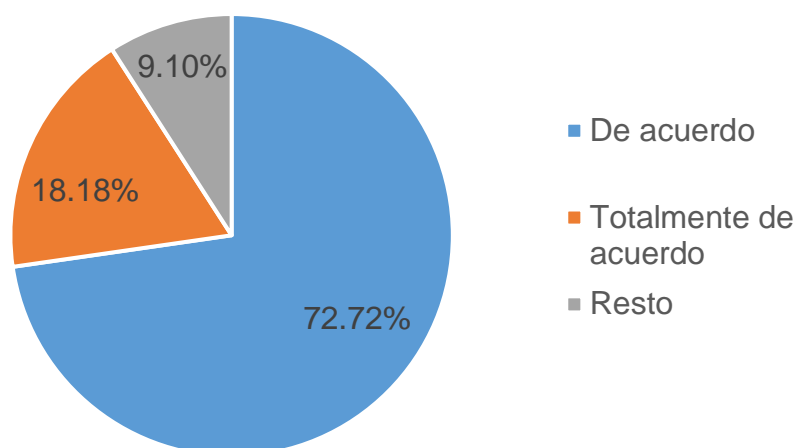


Figura 30. Los objetivos de las sesiones contribuyen a alcanzar el objetivo general de la intervención

Actividades

En cuanto a si las actividades de cada una de las sesiones son adecuadas para alcanzar el objetivo de la intervención la mayoría estuvo de acuerdo (Tabla 17).

Tabla 17. Opinión sobre las actividades cada una de las sesiones.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo
Sesión 1	45.45%	54.54%
Sesión 2	45.45%	54.54%
Sesión 3	45.45%	45.45%
Sesión 4	36.36%	54.54%
Sesión 5	45.45%	45.45%
Sesión 6	36.36%	63.63%
Sesión 7	45.45%	54.54%
Sesión 8	45.45%	54.54%

Sobre sí los jueces consideran que las actividades de las sesiones son adecuadas para alcanzar el objetivo general de la intervención la mayoría estuvo totalmente de acuerdo (Figura 31).

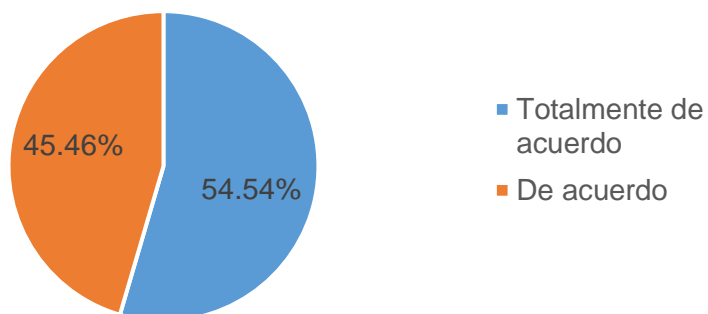


Figura 31. Las actividades de las sesiones son adecuadas para alcanzar el objetivo general de la intervención

Material

Con respecto a los materiales usados en cada una de las sesiones y si favorece el logro del objetivo de la intervención la mayoría estuvo totalmente de acuerdo (Tabla 18)

Tabla 18. Opinión sobre los materiales de cada una de las sesiones.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo
Sesión 1	63.63%	36.36%
Sesión 2	63.63%	36.36%
Sesión 3	63.63%	36.36%
Sesión 4	63.63%	36.36%
Sesión 5	63.63%	36.36%
Sesión 6	63.63%	36.36%
Sesión 7	63.63%	36.36%
Sesión 8	63.63%	36.36%

Cuando se cuestionó a los jueces si consideran los materiales de las sesiones son adecuados para alcanzar el objetivo general de la intervención la mayoría estuvo totalmente de acuerdo (Figura 32).

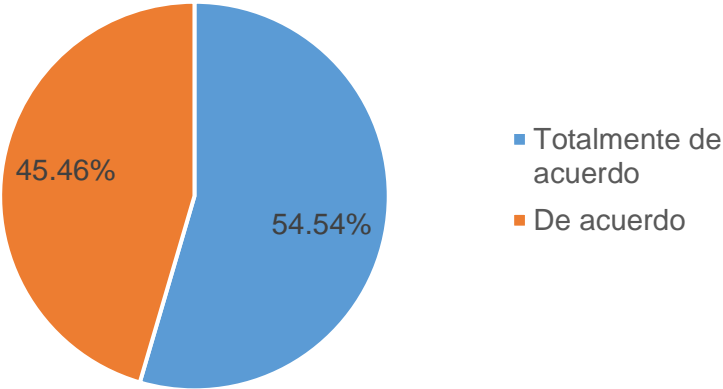


Figura 32. Los materiales de las sesiones son adecuados para alcanzar el objetivo general de la intervención.

Finalmente se cuestionó a los jueces si de acuerdo a su experiencia consideran que con esta intervención los participantes se verán beneficiados la mayoría están de acuerdo (Figura 33).

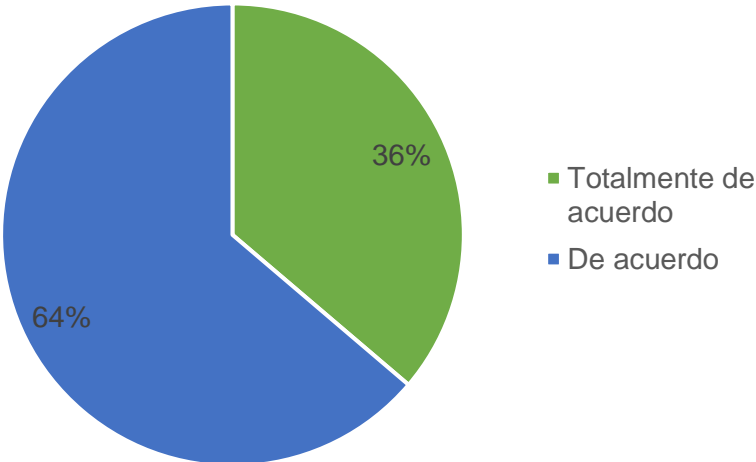


Figura 33. Distribución de las opiniones de los jueces

MÉTODO FASE III

Pregunta de investigación

- ¿Se puede determinar la efectividad de una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso mediante un estudio de caso único?

Objetivo general

- Utilizar un estudio de caso único para conocer la efectividad de una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.

Objetivos específicos

1. Evaluar los factores psicológicos del participante para determinar si existen factores de riesgo.
2. Implementar la intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso en el participante.
3. Realizar una post evaluación de los factores psicológicos del participante posterior a la intervención.

Tipo de estudio

- Estudio de caso N=1 tipo AB

Tipo de diseño

- El tipo de diseño es Cuasiexperimental (*Pretest - Posttest*).

Variables

En la Tabla 19 se observan la operación conceptual y operacional de las variables de la fase III.

Tabla 19. Operacionalización de las variables Fase III.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso	Conjunto de técnicas grupales Conductuales para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Entrenamiento en habilidades sociales, Entrenamiento en solución de problemas, Autorregistros, Técnicas de relajación y Técnicas de atención plena). Autorregistros estrategia de análisis funcional de la conducta acuñado por Skinner (Kaholokula, Godoy, O’Brien, Haynes, & Gavino, 2013)
Factores psicológicos de riesgo	Características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que generan malestar y daños perjudicando del desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud aumentando la vulnerabilidad, ya sea general o específica (Paramo, 2011).	Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés; Kovacs, 1992 fue adaptado para población mexicana por Ayala y Meave 2002 y con una revisión psicométrica realizada por Zavala 2016). Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R, por sus siglas en inglés; Reynolds & Richmond, 1997).

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Factores psicológicos protectores	Características detectables en un individuo, familia, grupo o comunidad que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud; y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, de las conductas de riesgo (Paramo, 2011).	Inventario de cinco factores de personalidad (FFPI-C, por sus siglas en inglés; McGhee, Ehrler, & Buckhalt, 2018). Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS, por sus siglas en inglés Michelson y Wood, 1982) y para este estudio se utilizó la adaptación de Lara y Silva, 2002). <i>Cuestionario de Sobreingesta alimentaria</i> (OQ, por sus siglas en inglés; O´donnell & Warren 2004).

Hipótesis

Existen cambios conductuales en la paciente en emociones, ejercicio, motivación y alimentación saludable, al aplicar una intervención Cognitivo-Conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños escolarizados con sobrepeso.

Participante

- Femenino de 11 años.

Criterios de inclusión

- Cursar 5° a 6° grado de primaria.
- Tener entre 10 y 13 años de edad.
- Tener sobrepeso
- Contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.

- Contar con el asentimiento informado del participante.
- Contestar los instrumentos psicológicos empleados.

Criterios de exclusión

- Padecer alguna enfermedad que provoque obesidad o sobrepeso.
- Tomar algún tipo de atención psicológica

Criterios de eliminación

- No contestar alguno de los instrumentos.
- Contestar incorrectamente los instrumentos.
- Faltar a 3 sesiones de la intervención.

Instrumentos

1. *Inventario de Depresión Infantil* (CDI; Kovacs, 1992; Adaptado para población mexicana por Meave, 2001) el cual consta de 27 reactivos para cuantificar la presencia de síntomas depresivos a nivel subclínico en niños y adolescentes. Consta de cinco subescalas Anhedonia, Ineficacia, Problemas interpersonales, Autoestima negativa y Estado de ánimo negativo. Se trata de un autoreporte con tres opciones de respuesta en escala tipo Likert (2 = Sí; 1 = A veces; 0 = No).
2. *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada-2* (CMASR-2; Reynolds y Richmond, 2012) compuesta por 49 reactivos, con dos opciones de respuesta (Si-No), los cuales conforman una herramienta auxiliar para comprender y tratar problemas de ansiedad que afectan a estudiantes. Consta de cuatro subescalas Defensividad, Ansiedad Fisiológica, Inquietud, Ansiedad Social y una puntuación total.
3. *Inventario de cinco factores de personalidad* (FFPI-C, por sus siglas en inglés; McGhee, Ehrler, & Buckhalt, 2018) compuesto por 75 reactivos, donde se dan dos opciones de respuesta y se selecciona la que sea más del agrado, que tienen como objetivo evaluar los rasgos de personalidad de niños y adolescentes y, de ese modo, identificar a quienes estén en

riesgo de tener problemas de adaptación en la escuela o la comunidad. Compuesta por cinco subescalas Amabilidad, Extraversión, Escrupulosidad, Apertura a la experiencia y Regulación emocional.

4. *Escala de Conducta Asertiva para Niños* (CABS, por sus siglas en inglés) está compuesta por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta para cada reactivo y tiene como objetivo evaluar habilidades sociales y la expresión de emociones. Se le asigna un valor de 1 a 5 a cada respuesta para al finalizar tener una puntuación total, para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. La escala es inversa, a menor puntaje mayor asertividad, y a mayor puntaje, existe la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la agresividad. La escala fue construida por Michelson y Wood (1982) y para este estudio se utilizó la adaptación de Lara y Silva (2002) quienes la validaron para población mexicana con una consistencia interna de $\alpha=.80$.
5. *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria* (OQ, por sus siglas en inglés; O'donnell & Warren 2004), diseñado para evaluar hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la condición de obesidad, consta de 80 reactivos de fácil comprensión, bajo una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0= para nada; 1 = un poco; 2 = moderadamente; 3 = bastante; 4 = muchísimo), los cuales integran 11 escalas: defensividad, sobreingesta, subingesta, antojos alimentarios, racionalizaciones, motivación para bajar de peso, hábitos de salud, imagen corporal, aislamiento social, alteración afectiva y expectativas relacionadas con el comer. Aun cuando se desarrolló en Estados Unidos de Norteamérica, en su validación se incluyó a población hispana, incluida la mexicana. Además, se cuenta con la validación en población mexicana realizada por Moral y Meza (2012).
6. *Autorregistros* estrategia de análisis funcional de la conducta acuñado por Skinner (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, & Gavino, 2013) que se refiere a las demostraciones empíricas de la relación causa-efecto identificada en el contexto y la conducta presentada. Consiste en un

análisis individual de las conductas específicas a observar, en el cual se establecen las variables que determinan la conducta objetivo y que puedan ser controladas para lograr un cambio (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Procedimiento

Se realizó una junta informativa y de sensibilización con padres y madres de los participantes para obtener la firma del consentimiento informado. Se aplicó la batería de instrumentos del Pre a la participante, la cual se realizó de manera digital utilizando la herramienta Google Forms®. Los datos obtenidos se analizaron en SPSS versión 25. Se procedió a la aplicación de la intervención, conforme a las cartas descriptivas desarrolladas en el diseño de la intervención. Una vez finalizadas las ocho sesiones, se llevó a cabo la evaluación Post, siguiendo el mismo procedimiento que se realizó en la evaluación Pre. Finalmente, se analizaron los datos obtenidos en la batería de instrumentos y se integraron con los datos de los autorregistros recabados mediante el Split Middle Technique, para identificar si hubo diferencias antes y después de la intervención.

Análisis de datos propuesto

Para el análisis de los datos cuantitativos, se utilizará el paquete de datos IBM SPSS Statistics 25. Mientras que para el análisis de datos obtenidos de los autorregistros se utilizará la técnica de Partición de Mitades por su nombre en inglés Split Middle Technique (Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006).

Implicaciones bioéticas

Según lo establecido en la ley general de salud en materia de investigación, en el artículo 17, el presente proyecto de investigación pertenece a la categoría de riesgo mínimo. Por otro lado, se debe guiar a su vez por las normas establecidas por el código ético del psicólogo y hacer entrega del consentimiento informado donde se explique a los padres o tutores (debido a la minoría de edad de los participantes) el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, así como la confidencialidad de los datos, ya que, serían utilizados con fines de investigación.

RESULTADOS FASE III

Identificación del paciente

Femenino de 11 años, estudiante de sexto grado de primaria. Asiste a una primaria privada en el turno matutino. Nació en Pachuca de Soto, Hidalgo donde radica actualmente. La paciente tiene una estatura de 1.50 metros y un peso de 59.10 kg lo que nos da un IMC= 26.3. Sus padres se encuentran en proceso de divorcio y tiene un hermano mayor.

Resultados pre-post de los instrumentos

Los resultados obtenidos en el Inventario de Depresión Infantil arrojaron que antes de la intervención el participante presentaba niveles que indicaban sintomatología depresiva cosa que disminuyó después de la intervención, ya que el punto de corte para presencia de sintomatología depresiva es 19 (Figura 34).

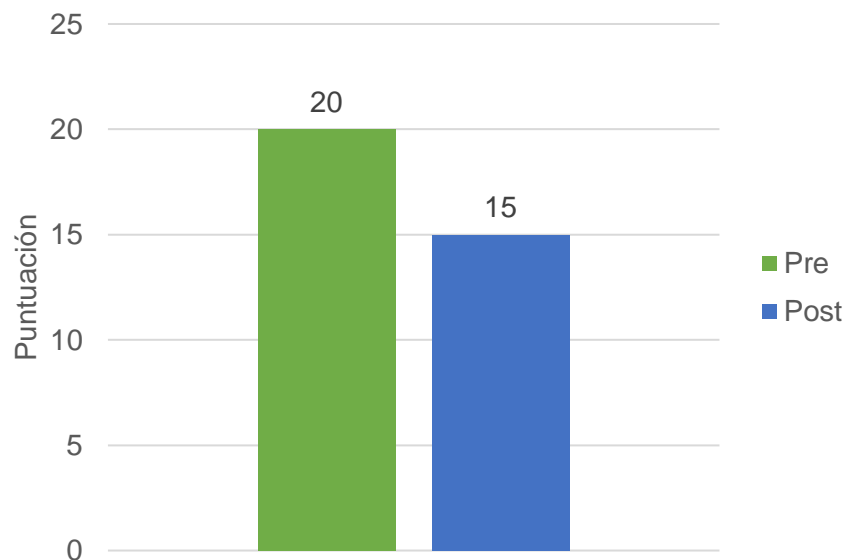


Figura 34. Resultados del Inventario de Depresión Infantil.

En cuanto a la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada-2 el participante presenta niveles bajos y normales antes y después de la intervención (Figura 35).

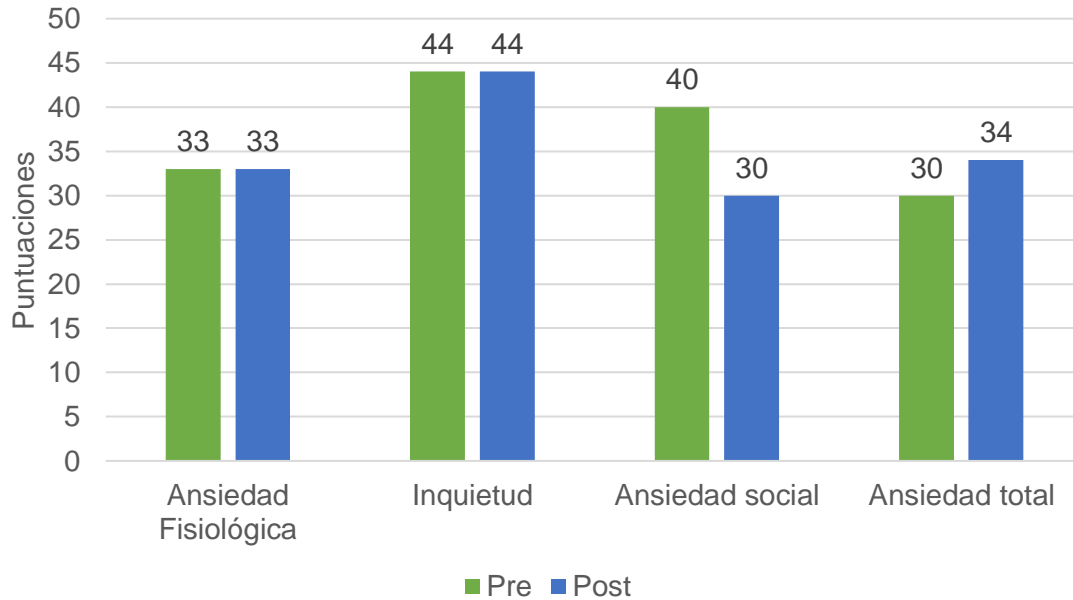


Figura 35. Resultados de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada-2.

En cuanto al Inventario de Cinco Factores de Personalidad Brisa el participante presentó un incremento en todas las áreas principalmente en apertura mental y regulación emocional (Figura 36).

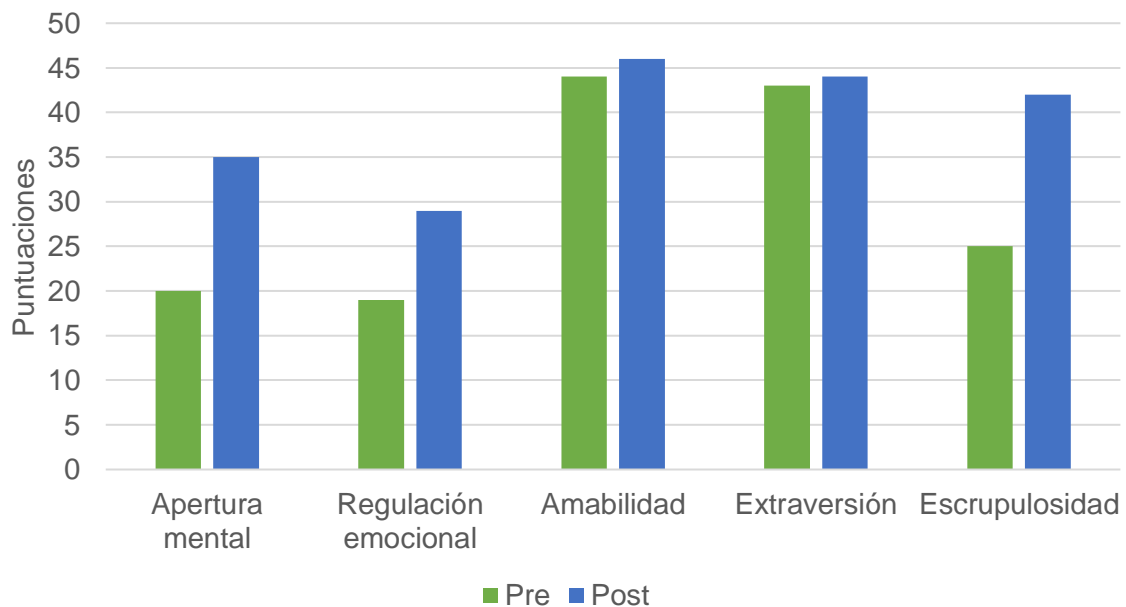


Figura 36. Resultados del Inventario de Cinco Factores de Personalidad.

Con respecto a la Escala de Conducta Asertiva para Niños el participante paso de estilo de comunicación menos pasivo a asertivo aprendiendo a expresar mejor sus ideas (Figura 37).

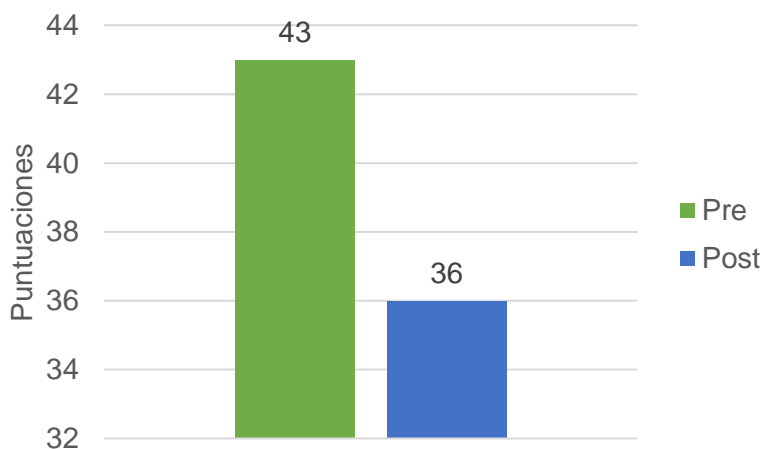


Figura 37. Resultados de la Escala de Conducta Asertiva para Niños.

Finalmente, en el Cuestionario de Sobre ingesta Alimentaria el participante presentó mejoras en la mayoría de las escalas sobre todo en la de sub ingesta (Figura 38).

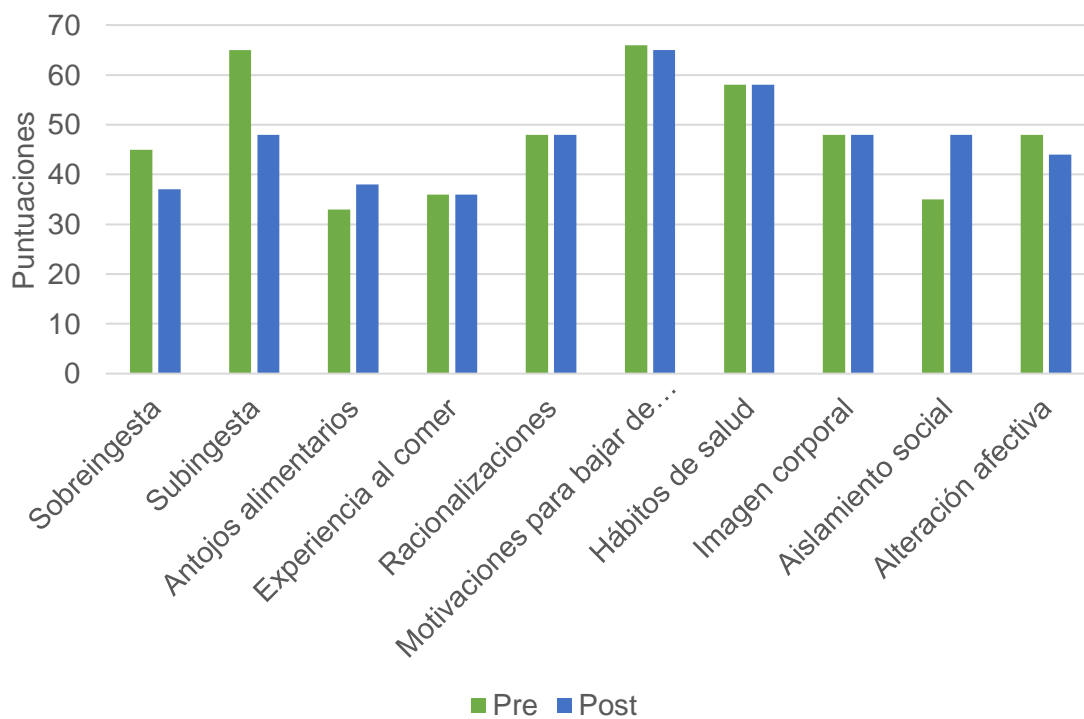


Figura 38. Resultados del Cuestionario de Sobre ingesta Alimentaria.

Efectividad de la intervención

Para realizar el análisis estadístico del impacto que tuvo la intervención en el uso de fortalezas, se seleccionó “Técnica de División en Mitades” (Split Middle Technique, Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006) la cual permite analizar la tendencia o pendiente dentro de las fases de línea base e intervención y comparar las pendientes a lo largo de las mismas para así determinar si hay cambios significativos entre los datos de la línea base y la implementación de la intervención, por lo tanto nos permite conocer la efectividad de la intervención. Esta estrategia considera en análisis de los datos recabados a través del Análisis Funcional de la Conducta, mismos que se recopilaron mediante el uso de los autorregistros. Con los autorregistros se buscó identificar cuatro cosas emociones, ejercicio, motivación y alimentación saludable.

En cuanto a las emociones se buscó identificar si experimentaba emociones positivas por lo que se puntuaba con respecto a los 7 días de la semana durante las ocho semanas. La paciente al inicio de la intervención mostró no saber identificar correctamente sus emociones y describiendo todos sus estados de ánimo como felicidad. Al concluir la intervención la paciente tuvo una mejor identificación de sus emociones por lo que su reporte de conductas positivas decrecimiento.

El promedio de uso de emociones positivas durante la línea base fue de 85.71%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 80.95%, obteniendo un decremento de 4.76%. Existió un cambio en el nivel, pero no de pendiente, se obtuvo una significancia de 0.00039 (Figura 39).

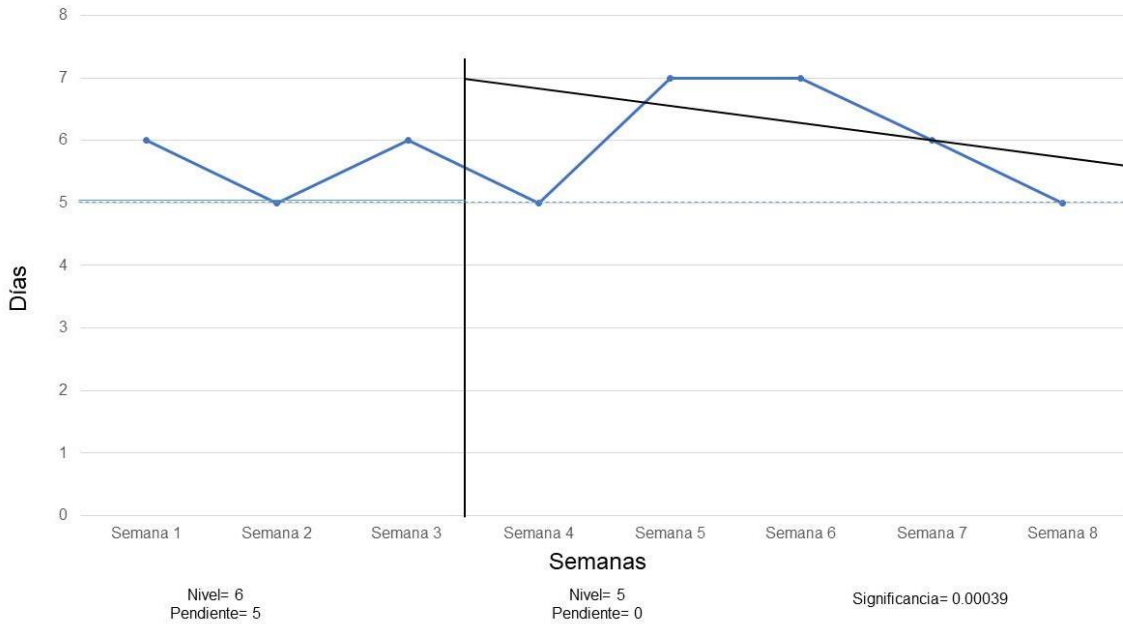


Figura 39. Split emociones

Para el ejercicio se buscó identificar si la paciente realizaba actividad física por lo que se puntuaba con respecto a los 7 días de la semana durante las ocho semanas. La paciente expresó que realizaba ejercicio de manera forzada algunos días a la semana. Al finalizar la intervención la paciente realizaba actividad física diariamente por gusto y se inscribió a natación.

El promedio de realización de ejercicio durante la línea base fue de 71.42%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 97.14%, obteniendo un incremento de 25.72%. Existió un cambio tanto en el nivel como en la pendiente, se obtuvo una significancia de 0.0005858 (Figura 40).

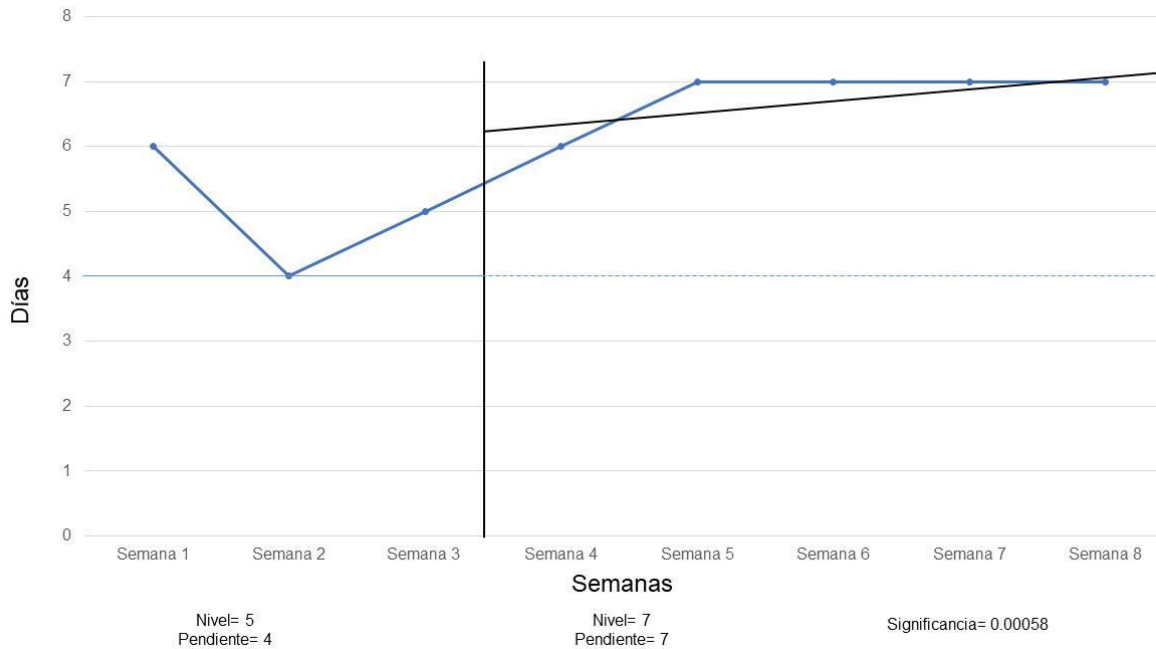


Figura 40. Split ejercicio

En la motivación para realizar sus actividades y seguir la intervención se buscó identificar que tan comprometida estaba la paciente con generar cambios no solo cuando se encontrara recibiendo las actividades sino el resto de la semana por lo que se puntuaba en una escala del uno al 10 según la motivación percibida esto cada uno de los 56 días de la intervención. Al inicio de la intervención la paciente se mostraba entusiasmada por las actividades, pero le costaba trabajo seguir lo que se le pedía.

El promedio de motivación durante la línea base fue de 67.77%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 76.57%, obteniendo un incremento de 8.8%. Existió un cambio tanto en el nivel como en la pendiente, se obtuvo una significancia de 0.000256 (Figura 41).

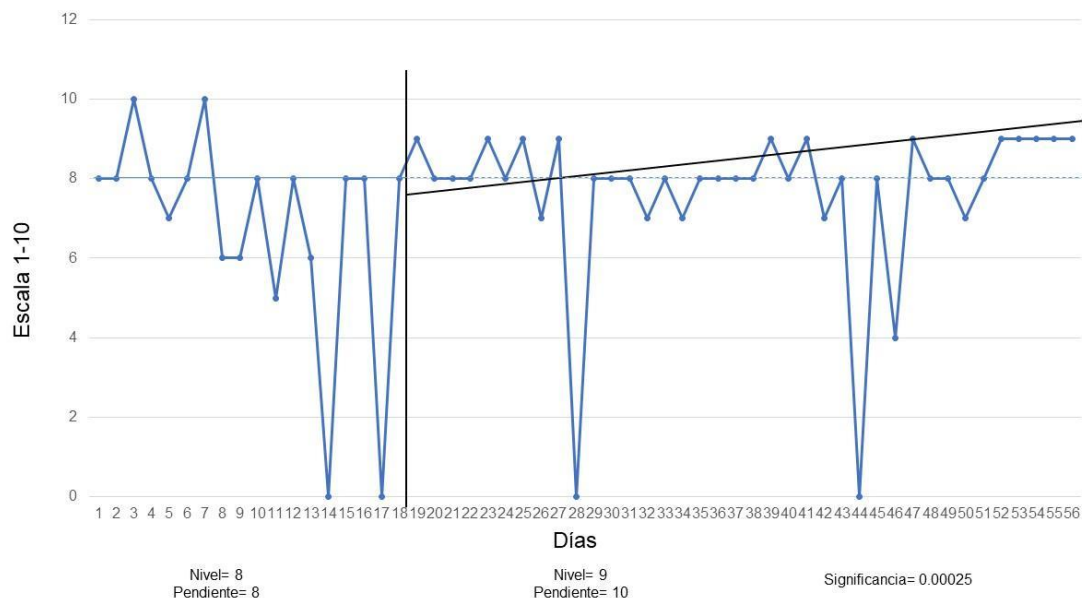


Figura 41. Split motivación

Con respecto a la alimentación saludable se buscó identificar el tipo de alimentación que llevaba la paciente por lo que se revisaba si las comidas que había recibido eran correctas tomando en cuenta 3 comidas (desayuno, comida y cena) y 2 colaciones entre ellas dando 5 puntos esto cada uno de los 56 días de la intervención. Al inicio de la intervención la paciente no percibía problemas en la alimentación que llevaba y era un poco complicado debido a que quien preparaba los alimentos eran los padres. Conforme la intervención fue avanzando la paciente fue expresando la alimentación que quería llevar.

El promedio de motivación durante la línea base fue de 24.44%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 58.94%, obteniendo un incremento de 34.5%. Existió un cambio tanto en el nivel como en la pendiente, se obtuvo una significancia de 0.00041 (Figura 42).

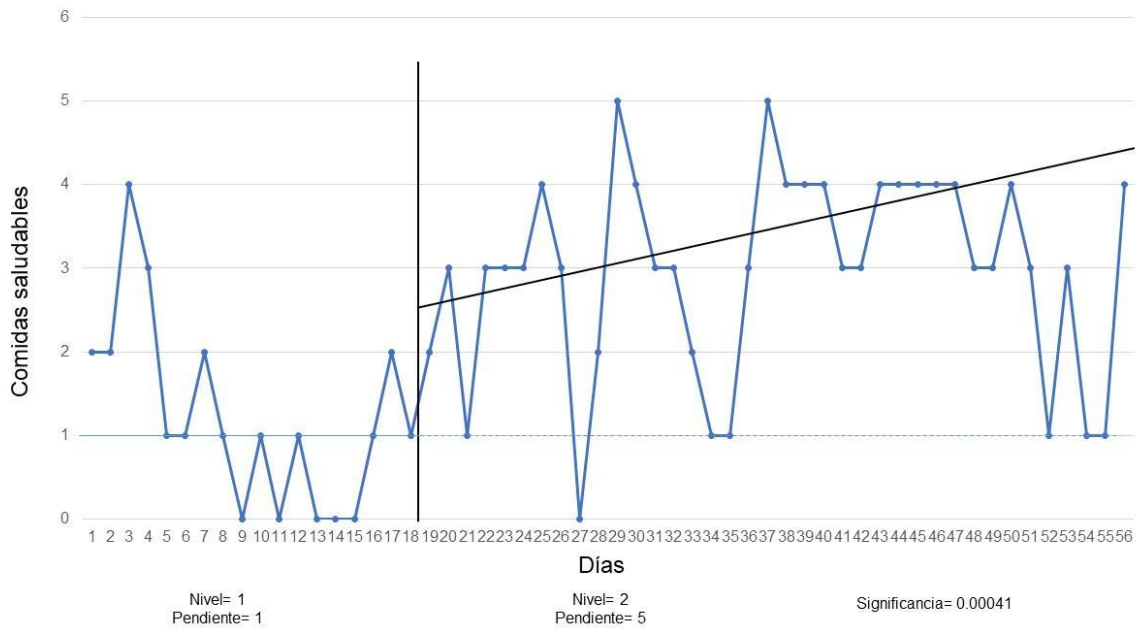


Figura 42. Split alimentación saludable

DISCUSIÓN

Actualmente el aspecto económico de la salud se encuentra en crisis, en los últimos 150 años la esperanza de vida pasó de 39 a 74 aumentando en la mayoría de los casos por lo menos un tercio más pero esto puso un gran peso dentro de los sistemas de salud ya que actualmente se encuentran en una crisis financiera debido a las pensiones, por lo que se cambió el modo de ver el futuro a los afores o cuentas de retiro, ya que gran parte de la población adulta se encuentra enferma y genera gastos sobre todo en el cuidado de las enfermedades crónico degenerativas (Dávila-Torres, Gonzalez-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015).

Si bien la esperanza de vida aumentó en los últimos años es importante tomar en cuenta a la calidad de vida con la que se viven los últimos años, si bien las enfermedades transmisibles que antes podían mermar la población de golpe ya son menos presentes y en algunos casos ya se encuentran erradicadas ahora el principal problema de salud son las ya mencionadas enfermedades crónicas mermando la salud, productividad y economía de la población poco a poco y al final siendo un problema aún mayor que los que teníamos antes (Gutiérrez-Cortez, Goicochea-Ríos & Linares-Reyes, 2020).

De ahí que un punto clave para la modificación del panorama de salud del país es trabajar con la población más joven cambiando el ambiente donde se desenvuelven donde crecen con malos hábitos conductuales, sociales y sobre todo alimenticios, la generación actual está siendo criada por padres que ya no saben lo que es una comida casera y se ven envueltos en soluciones rápidas como lo es la comida chatarra cosa que se vio reflejado en el estado nutricional encontrado en la población de esta investigación (Pérez-Herrera & Cruz-López, 2019).

México actualmente es de los primeros países a nivel mundial en obesidad infantil y eso que nos indica, próximamente tendremos adultos con enfermedades crónicas que serán menos productivos a la sociedad (Dávila-Torres, González-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015). La obesidad en sí no solo es un estado o imagen de una persona, la obesidad es una enfermedad y si ahora tenemos niños enfermos después tendremos adultos enfermos, ya que si bien el ambiente en el que crecen

es favorecedor para malos hábitos de alimentación la población con la que se trabajó en esta investigación también refirió que muchos de sus familiares presentaban enfermedades crónicas (Pérez-Herrera & Cruz-López, 2019).

En población mexicana se ha encontrado la presencia de alteraciones por sobrepeso y obesidad como síndrome metabólico en poblaciones desde los cinco años, en estudios realizados en esta población se encontró que hasta el 54.5% de los participantes lo poseían, pero es poco lo que se ha trabajado al respecto a pesar de ser un país con índices de sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión muy elevados (Romero-Velarde, et al., 2016).

Hablando de salud en población mexicana se encuentran varios problemas, desde el hecho de ser una población con altos niveles de obesidad y enfermedades crónicas, como son las dislipidemias que, por su elevada prevalencia, aumenta el riesgo de morbilidad y muerte por diversas enfermedades y el carácter tratable de sus afecciones (Rivas-Gómez, Almeda-Valdés, Tussié-Luna & Aguilar-Salinas, 2018).

Es importante detectar complicaciones producentes del sobrepeso u obesidad en poblaciones jóvenes para generar acciones ya que sea encontrado que desde el punto de vista nutricional que la conducta nutrimental se ve influenciada por el contexto en el que se desenvuelven por lo que actuar en poblaciones jóvenes enseñándoles sobre los nutrientes y la composición de una dieta adecuada podría ayudar a sacar a la población de un contexto de consumismo alimentario, como quedó demostrado en esta investigación es posible generar cambios en la conducta alimentaria de los niños si nos abocamos a tratar la conducta al mismo tiempo que enseñamos nuevos hábitos y de esta manera podemos provocar cambios a futuro que realmente puedan impactar positivamente en las estadísticas y economía del país (Méndez-Hernández, Dosamantes-Carrasco & Siani, 2016).

Un punto clave es que existen intervenciones enfocadas al sobrepeso y la obesidad, pero están abordadas desde el punto de vista nutricional o físico dejando de lado el aspecto emocional y conductual de los participantes (Martín & Robles, 2012). Existe una gran faltante en intervenciones abordadas desde el punto de vista psicológico

para este problema ya que en varias ocasiones es dejado de lado y solo se le da importancia al factor físico, el cual presenta cambios positivos momentáneos en la persona, pero al no tener a la conducta como blanco de cambio estos cambios no se vuelven permanentes (Pompa & Montoya, 2011).

Muchos programas psicológicos buscan instalar cambios en cuanto a los hábitos de ejercicio y plan alimentario, pero centrándose en que hacen durante la duración del programa sin buscar cambiar hábitos, conductas, emociones o contextos por los que estén pasando los participantes por lo que una buena parte de los logros que se tienen en el programa se pierden al concluir ya que las personas no logran dar continuidad a lo aprendido eso es algo que se debate mucho en las intervenciones seleccionadas y por lo que varias fueron descartadas (Pompa, González & Torres, 2010).

México sigue siendo un país con grandes disparidades y desigualdades en el acceso y uso de los servicios de salud y los modelos de atención para atender este tipo de problemáticas no están preparados brindar la atención y solución a estas enfermedades quedando amplias zonas de oportunidad para los programas de detección y tratamiento la fase I de esta investigación demostró que existe un problema de salud mental y nutricional que puede ser reducido al generar estrategias en poblaciones vulnerables como son los infantes ya que en el estudio de caso único él participante tuvo mejoras que se mantuvieron aún a meses de haber terminado la intervención lo cual demuestra que existieron cambios positivos perdurables (Rivas-Gómez, Almeda-Valdés, Tussié-Luna & Aguilar-Salinas, 2018).

Si la mayoría la población de nuestro país presenta obesidad, 65.4% hombres y 87.7% mujeres, y es una mínima parte de la población quienes siguen un consumo recomendado, 35%, a futuro la carga de enfermedad para el sistema de salud mexicano va a ser muy grande y puede llegar a sobrepasar sus capacidades aplicar estudios similares a esta investigación o replicar esta intervención en diversas poblaciones puede generar un impacto positivo a futuro ya que como se demostró en los datos presentados en la fase I las poblaciones infantiles actuales ya cuentan con niveles considerables de obesidad o sobrepeso (Neri-Sánchez, et al., 2019).

Pero a pesar de los esfuerzos que se han hecho por modificar esta condición no se ha tenido mucho éxito debido al poco trabajo multidisciplinar que existe, muchos de los trabajos que se hacen solo abarcan ya sea aspectos nutricionales, físicos o psicológicos de manera individual no se trabaja en conjunto (Dávila-Torres, Gonzalez-Izquierdo & Barrera-Cruz, 2015). La mayoría de las intervenciones que se generan para combatir a la obesidad se hacen desde una sola área ya sea nutrición o actividad física pero no trabajando con la conducta como tal de un paciente lo cual ha demostrado tener un mejor impacto a futuro en la población (Gutiérrez-Cortez, Goicochea-Ríos & Linares-Reyes, 2020). En la actualidad se vuelve relevante para la salud mental el trabajar con el aspecto psicológico de los pacientes al mismo tiempo que se modifican los hábitos alimentarios para poder generar mejores adherencias al tratamiento (Neves, Cipriani, Meireles, Morgado & Ferreira, 2017).

El hecho de recibir ayuda psicológica actualmente aún sigue siendo un tabú y considerar programas psicológicos en niños es todavía menos impensable para la población; los trastornos psicológicos para población infantil fueron aceptados hasta la década de los 80's por lo que muchos de los programas en esta población no contemplaban apoyo psicológico, pero si logramos trabajar con estos los beneficios a futuro serán mayores (Tronieri, Wdden, Leonard & Berkowitz, 2019).

Se ha demostrado que los tratamientos que tienen acompañamiento psicológico poseen una mayor adherencia al tratamiento (Martín & Robles, 2012). Pero sigue existiendo una brecha enorme entre diseñar intervenciones psicológicas para el sobrepeso y obesidad y el usar herramientas psicológicas para acompañar (Pompa & Montoya, 2011).

Algo importante a señalar que la obesidad no es un problema estético que se deba juzgar por la manera en cómo se ve una persona sino que es un problema de salud que puede conducir en casos extremos a la muerte, por lo que su prevención y tratamiento desde etapas tempranas de la vida es imperante hacer algo al respecto como promover la educación alimentaria, actividad física regular, bienestar psicológico y el establecimiento de un estilo de vida saludable para mejorar la calidad de vida los individuos (Neves, Cipriani, Meireles, Morgado & Ferreira, 2017).

Al momento de buscar soluciones para problemas de salud pública de la magnitud de la obesidad y el sobrepeso (problema en el que México es primer lugar a nivel mundial) no solo se debe buscar modificar conductas relacionadas a la alimentación sino buscar la salud mental de los sujetos para generar factores protectores que puedan aminorar el problema (Gutiérrez-Cortez, Goicochea-Ríos & Linares-Reyes, 2020).

Como se pueden observar en los resultados la población presenta niveles muy altos en cuanto a la sintomatología depresiva pero bajos en ansiosa, el tipo de comunicación que manejan es agresiva con una baja regulación emocional. Estos hallazgos concuerdan con la literatura, ya que algunos autores han descrito que la depresión infantil se manifiesta de manera distinta a la depresión en la etapa adulta y se caracteriza principalmente por comportamiento agresivo y la incapacidad para establecer relaciones sociales (Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & De las Cuevas, 2013).

La población presenta factores de riesgo altos lo que puede generar problemas de salud pública importantes en el futuro y de ahí la importancia de trabajar en poblaciones infantiles generando detecciones de puntos rojos para trabajar. Por otra parte, las conductas asertivas son aprendidas por los niños y niñas al observarlas principalmente de sus familiares, maestros y pares; y se refuerzan o se extinguen en diferentes escenarios sociales (Chávez-Hernández, 2017).

Como ya se ha señalado la mala salud mental infantil es un problema con estadísticas alarmantes a nivel mundial por lo que es indudable que el uso de estrategias preventivas sea de interés para la Salud Pública por el impacto que tiene esta enfermedad en la pérdida de años saludables, así como por los efectos que conlleva en otros entornos como la familia, el ambiente laboral y el escolar, modificar ambientes donde la sintomatología ansiosa y depresiva se encuentre presenta no es fácil y hasta cierto punto se vuelve imposible pero es muy factible generar personas que puedan sobrellevarlos y salir adelante mediante el entrenamiento adecuado (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

En esta investigación se encontró que existía sintomatología depresiva en la población, pero no existe trabajo con este tipo de poblaciones y dado que no se trabaja con ellos suelen arrastrarse hasta la edad adulta y es importante señalar que la población coincide con la teoría ya que la población femenina contaba con una mayor presencia de sintomatología depresiva (Álcala & Rojas, 2005; Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & de las Cuevas, 2013).

Se reporta que en la etapa infantil no se encuentran diferencias en cuanto al pronóstico de desarrollo entre niños y niñas, y que es hasta la etapa de la adolescencia cuando las mujeres presentan mayor vulnerabilidad, lo cual se puede atribuir a los cambios hormonales o bien las circunstancias sociales en las que se encuentran inmersas e incrementa la posibilidad de padecer un trastorno depresivo, por lo que estos resultados resaltan la importancia de la detección oportuna de los factores de riesgo y resaltar que en la actualidad estos fenómenos se manifiestan de manera distinta a como lo han hecho en años anteriores (Chávez-Hernández, et al., 2017).

Es por eso que los esfuerzos de los profesionales en el campo de la salud se dirigen a la disminución de factores de riesgo, en particular la reducción de los síntomas que afectan el estado de ánimo, la motivación y la autoeficacia (Sánchez, 2008).

Así mismo, se ha observado que las estrategias de prevención son la clave para mantener la salud y disminuir los costos asociados con los efectos secundarios de las enfermedades mentales, así como los asociados con la comorbilidad con otros trastornos (OMS, 2004). De la misma manera, enfocarse en la promoción de la salud y el mantenimiento de conductas que favorecen una buena calidad de vida desde edades tempranas, permiten el desarrollo de habilidades que funcionan como protectores a lo largo de la vida (Ybarra, Valencia & Orozco, 2015). Una de las herramientas que facilita la combinación de la disminución de los riesgos y el aumento de los factores protectores se observa en las estrategias de “prevención universal” o bien en las de “prevención selectiva o indicada” (OMS, 2004). Por lo que investigaciones como la presente intervención son importantes y poseen amplios beneficios y deben ser replicados a diferentes poblaciones y entornos.

De aquí la importancia de promover las condiciones individuales y ambientales que fomenten el desarrollo óptimo tanto fisiológico como psicológico de los infantes, con el objetivo de mantener una adecuada salud mental y por lo tanto una buena calidad de vida. Para lograrlo se deben diseñar e implementar intervenciones que se enfoquen en promover los factores de protección y disminuir significativamente los factores intrínsecos de riesgo (Ávila & Espinoza, 2016).

La literatura demuestra la importancia de utilizar estrategias de intervención basadas en evidencias, para asegurar la mayor efectividad de los recursos, así como propuestas que vayan más allá de la visión tradicional de patología buscando que el objetivo de la intervención no sea simplemente la disminución del malestar, sino también el aumento del bienestar de aquellos participantes (Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & de las Cuevas, 2013).

Por lo tanto, el implementar estrategias de prevención desde edades tempranas beneficia a la Salud Pública por la disminución de incidencia y prevalencia de trastornos mentales en la etapa adulta, teniendo no sólo un impacto a corto y largo plazo directo en la vida de los infantes, sino también en sus comunidades, disminuyendo los costos y optimizando los beneficios de aprender a temprana edad como mantenerse saludables (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012). De acuerdo con la literatura existen factores de protección que disminuyen la probabilidad de padecer una enfermedad mental, esta investigación promueve el desarrollo de estos factores para que puedan ser usados en situaciones futuras y permitan a los participantes de esta investigación tener herramientas al lidiar con diferentes situaciones (Del Barrio, 2010).

LIMITACIONES

La principal limitación que se tuvo en este proyecto fue la pandemia de COVID-19 que no permitió la aplicación a nivel grupal. Pero también es importante señalar que al trabajar con instituciones educativas existen situaciones que pueden estar fuera de nuestras manos como investigadores como lo son la falta de disponibilidad de horarios en la institución, la adaptación de los horarios a los que se brinda en la institución y la poca participación de padres de familia y docentes.

RECOMENDACIONES

La principal recomendación que se hace con respecto a esta investigación es aplicar grupalmente la intervención planteada para generar cambios a grandes escalas y en diferentes instituciones. Así como desarrollar intervenciones similares pero dirigidas a padres de familia para reforzar lo que se aprende en las sesiones además de poder aplicar para sí mismos todo lo que se trata de promover en la población. También se recomienda generar diagnósticos en diferentes escuelas para detectar situaciones de riesgo en la población infantil.

CONCLUSIÓN

Como se pudo indicar con la intervención se pueden generar cambios en la población, pero se necesita hacer un trabajo multidisciplinar para disminuir el problema de salud pública que estamos enfrentando. La obesidad infantil es un problema real y se debe tratar como tal por lo que se dé bien generar acciones oportunas para combatirlo, pero tratando a la población a tratar como individuos donde sus hábitos pernean en su conducta y estos así vez en su salud y posteriormente su salud influye en sus hábitos entendiendo así que si modificamos ese ciclo mejoramos muchos aspectos de la población. Si empezamos a educar a los niños para ser mejores adultos puede que en este momento no veamos los resultados de forma tan impactante pero seguramente en el futuro se notará la diferencia.

REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S. & Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Tesis Psicológica*, 9(1), 190-201.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001) *Manual for ASEBA School Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Acosta, M. (2009). Obesidad infantil: Revisión desde la perspectiva de calidad de vida en la infancia. *Pediatría de México*. 11(2). 73-75.
- Acosta, V., Medina, R., Leyba, J., & Navarrete, S. (2010). Calidad de vida en pacientes obesos sometidos a bypass gástrico laparoscópico en "Y" de Roux y gastrectomía vertical laparoscópica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 33(1). 29-35.
- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, J., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J. & Duran, S. (2008). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de Neurociencia*, 16(1), 20-25.
- Aguilar-Yamuza, B., Raya-Trenas, A., Pino-Osuna, M. J., & Herruzo-Cabrera, J. (2019) Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 6(1), 36-43.
- Alarcón, R. & Morales, C. (2012) Relaciones entre gratitud y variables de personalidad. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(2), 699-712.
- Alcalá, V., Rojas, O. & Hernández, C. (2011). *Prevalencia de sintomatología depresiva en una muestra de niños de educación primaria en el sur de la ciudad de México*. En H. Casanova (Presidencia), XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Congreso llevado a cabo en CDMX, México.

- Almonte, C. & Montt, M. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterraneo.
- Alonso, L., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gómez, D., Comas, M. & Ariza, P. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 23(1), 32-42.
- Álvarez-Dongo. (2012). Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 303-313.
- Álvarez, E., Guajardo, H., & Messen, R. (1986). Estudio Exploratorio sobre una Escala de Auto evaluación para la Depresión en Niños y Adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 57(1), 21-25.
- Alves, J. A., Fernandes, D., Lopera, C. A., Rui, A., Drieli, V., & Nardo, N. (2013) Efectos de un programa multiprofesional de tratamiento de la obesidad sobre los factores de riesgo para síndrome metabólico en niños prepúberes, púberes y adolescentes: diferencias entre géneros. *Rev. Andal. Med Deporte.*, 6(4), 139-145.
- American Psychiatric Association (2013). DSM- 5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Andrés, M., Castañeiras, C. & Richaud, M. (2014) Relaciones entre la personalidad y el bienestar emocional en niños. El rol de la regulación emocional. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(2), 217-241.
- Andrés, M. L., Canet, L., Castañeiras, C. E. & Richaud, M. C. (2016) Relaciones de la regulación emocional y la personalidad con la ansiedad y depresión en niños. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 99-115.
- Ansa, M. (2008). Economía y felicidad: Acerca de la relación entre bienestar material y bienestar subjetivo. *XI Jornadas de economía crítica*.

- Antonuccio, D., Ward, C. & Thearnan, B. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. *Progress in behavior modification*, 1, 152-191.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su versión en español (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Ardilla, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 35(2) 161-164.
- Arias-Rico, J., Cortés-Cortés, S., Ramírez-Moreno, E., Sánchez-Padilla, M., Jiménez-Sánchez, R., & Saucedo-Molina, T. (2016). Obesidad infantil y su relación con indicadores cardiopulmonares en escolares mexicanos. *Aquichan*. 16(2). 148-158.
- Arguís, R., Bolsas, A. P., Hernández, S. & Salvador, M. M. (2010). Programa "Aulas Felices". *Psicología Positiva aplicada a la educación*. Zaragoza: Equipo SATI.
- Avendaño, M. & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*. 26(2), 165-172.
- Ávila, C. & Espinoza, J. (2016). Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 195-203.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs:Prentice Hall. (Traducción: Pensamiento y acción. Fundamentos sociales, Martínez-Roca, 1987).
- Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-166), 15-33.
- Barrera-Cruz, A. Ávila-Jiménez, L., Cano-Pérez, E., Molina-Ayala, M., Parrilla-Ortiz, J., Ramos-Hernández, R., Sosa-Caballero, A., Sosa-Ruiz, M., Gutiérrez-Aguilara., J. (2013). Guía de práctica clínica Prevención, diagnóstico y

- tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 51(3). 344-357.
- Barrera, A., Rodríguez, A., & Molina, M. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 51(3). 292-299.
- Bautista, L. (2015). *Imagen corporal, conducta alimentaria, ajuste psicológico y calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica: una aproximación longitudinal*. (Tesis doctoral). UNAM: México.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (20° ed). Brouwer.
- Bejar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 113-124.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.
- Bermudez, M. & Bermudez, A. (2004). *Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. España: Biblioteca Nueva.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. & de las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 1(29),131-140.
- Bertrán. (2009). *Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública*. Washington D.C.: OPS.
- Black, D. & Andreasen, N. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: El Manual Moderno.
- Borges, L. & Angeli, A. (2016). Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 159-197.

- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H., & De los Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental, 24*(3), 17-23.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J., & Álvarez, H. F. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Buenos aires: Librería Akadia Editorial.
- Caballo, V. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Camacho, E. & Galán, S. (2015). *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. México: El Manual Moderno.
- Caraveo-Anduaga, J., Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Villatoro, J., Martínez-Velez, A. & Gómez, M. (1996). La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental, 19*(3), 14-21.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.
- Castañeda, O., Rocha, J., & Ramos, M. (2008). Evaluación de los hábitos alimenticios y estado nutricional en adolescentes de Sonora, México. *Archivos en Medicina Familiar, 10*(1). 7-11.
- Castillo, I., Ledo, H., & Ramos, A. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental, 10*(43), 30-36.
- Castillo-Parra, G., Gómez, E. & Ostrosky-Shejet, F. (2009). Relación entre las funciones cognitivas y el nivel de rendimiento académico en niños. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 9*(1), 41-54.
- Ceballos, R. (2010). *Ansiedad y Depresión: Guía Práctica*. España: Alcalá Grupo Editorial.
- Ceballos-Ospino, G., Paba-Barbosa, C., Oviedo, H., Herazo, E. & Campo-Arias, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico, 15*(2), 29-59.

- Chávez-Hernández, A., Correa-Romero, F., Klein-Caballero, A., Macías-García, L., Cardoso-Espindola, K. & Acosta-Rojas, I. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501-514.
- Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321.
- Couoh, C., Góngora, A., García, A., Macías, I. & Olmos, N. (2015) Ansiedad y autoestima en escolares de educación primaria de Mérida, Yucatán. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 20(3), 302-308.
- Cruz, A. (2013). *Propuesta de un taller para el manejo de la depresión y ansiedad en jóvenes adultos*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Cruz, C., Morales, J. & Ramírez, B. (1996). *Validez, confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS), de Lang y Tisher*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 644-652.
- Cupani, M., Garrido, S. & Tavella, J. (2013) El modelo de los cinco factores de personalidad: contribución predictiva al rendimiento académico. *Revista de Psicología*, 9(17), 67-86.
- Darlow. (2008). Weight perceptions and perceived risk for diabetes and heart disease among overweight and obese women, Suffolk County, New York,. *Prev Chronic Dis.*, 365-381.

- Dávila-Torres, J., González-izquierdo, J. J. & Barrera-Cruz, A. (2015) Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249.
- Danielsen, Y. S., Nordhus, I. H., Júlíusson, P. B, Mæhle, M., & Pallesen, S. (2013) Effect of a family-based cognitive behavioural intervention on body mass index, self-esteem and symptoms of depression in children with obesity (aged 7-13): a randomised waiting list controlled trial. *Obes. Res. Clin. Pract.*, 7(2), e116–e128.
- Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Informació Psicológica*, (100), 49-59.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2013). Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 67-76.
- Díaz, S. & Díaz, F. (2017) Factores de personalidad en estudiantes de psicología en México. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 22(3), 353-365.
- Díaz, N., Soto, H. & Ortega, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia: su especificidad en el mundo infantil. *Revista Wímb Lu*, 11(1), 19-38.
- Diego Castaño, S. (2019). Tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en la infancia: Una revisión sistemática. *Revista Doctorado UMH*. 4(2), 1-10.
- Dominguez, S., Villegas, G. & Padilla, O. (2013) Propiedades psicométricas de la escala de ansiedad manifiesta en niños CMASR de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo social*, 2(1), 15-32.
- Edwards, C., Nicholls, D., Croker, H., Van, S., Viner, R., & Wardle, J. (2006) Family-based behavioural treatment of obesity: acceptability and effectiveness in the UK. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 60(5), 587–592.

- Eneritz, A., Herrero, L., Del Río, P., Iburguren, A., Martínez, E., Arrate, J., & Gravina, L. (2018) Aplicación del programa “Niños en movimiento” a nivel de una comarca: primeros datos. *Rev. Esp. Endocrinol. Pediatr.*, 8(3), 40-47.
- Eren, B., Akbayrak, N. & Arslan, F. (2017) Assessment of a Health Promotion Model on Obese Turkish Children. *J. Nurs. Res.*, 25(6), 436–446.
- Escalante-Izeta, E. I., Haua-Navarro, K., Moreno-Landa, L. I., & Pérez-Lizaur, A. B. (2016) Variables nutricias asociadas con la ansiedad y la autopercepción corporal en niñas y niños mexicanos de acuerdo con la presencia de sobrepeso/obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 157-163.
- Esparza, N. & Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5(1), 47-65.
- Espinoza, F. (2014). Aproximación teórica al concepto de calidad de vida: Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. *Revista de Antropología Experimental*. (14). 331-347.
- Etchebarne, I. (2016). Terapia de relajación aplicada: una reconceptualización desde los desarrollos Cognitivo-Conductuales de 3ra generación y nuevas evidencias. *Memorias del XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual (ALAMOC)*. Panamá: CLAMOC.
- Ferrans, C. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*. (17).15-21.
- Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. & López-Bermúdez, H. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-166), 15-33.
- Folić. N., Folić, M., Marković, S., Andjelković, M., & Janković, S. (2015) Risk factors for the development of metabolic syndrome in obese children and adolescents. *Srp Arh Celok Lek*, 143(3-4), 146–152.

- Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19(3), 659.
- Galán, S. & Camacho, E. (2012). *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*. México: El Manual Moderno.
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K. & Ruvalcaba, N. (2013). Preventing Childhood anxiety and depression: testing the effectiveness of a school-based program in México. *Psicología Educativa*, 19(1), 37-44.
- García-Falconi, R., Rivas, V., Hernández, J., García, H., & Braqbien, C. (2016) Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad Física en Niños con Sobrepeso y Obesidad. *Horizonte Sanitario*, 15(2), 91-97.
- García, A. & Méndez, C. (2017). El entrenamiento en habilidades sociales y su impacto en la convivencia escolar dentro de un grupo de primaria. *REXE-Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 16(30), 151-164.
- Gillham, J., Jaycox, L., Reivich, K., Seligman, M., & Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program. Unpublished manual*, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Gobato, A. O., Vasques, A. C., Zambon, M. P., Barros, A., & Hessel, G. (2014) Metabolic syndrome and insulin resistance in obese adolescents. *Rev Paul Pediatr.*, 32(1), 55–62.
- González, F., Escoto, M. & Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la Salud*. México: El Manual Moderno.
- González, J. (2016). Prologo. *En Terapia en contexto: una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (pp. XIII-XV). México: El manual Moderno.
- González, A., Vila, J., Guerra, C., Quintero, O., Dorta, M. & Danilo, J. (2010). Estado nutricional en niños escolares. Valoración clínica, antropométrica y alimentaria. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*. 8(2), 15-22.

- Guo, H., Zeng, X., Zhuang, Q., Zheng, Y., & Chen, S. (2015) Intervention of childhood and adolescents obesity in Shantou city. *Obes Res. Clin. Pract.* 9(4), 357–364.
- Gustafsson, J. (2019) Metabolic syndrome in children. *Acta Pediátrica*, 108(3), 394–395.
- Gutiérrez-Cortez, E. A., Goicochea-Ríos, E. S. & Linares-Reyes, E. (2020) Definición de obesidad: más allá del índice de masa corporal. *Rev. Med. Vallejana*, 9(1), 61-64.
- Halgin, R. & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: McGraw-Hill.
- Heredia-Ancona, M., Lucio- Gómez, E., & Suárez-de la Cruz, L. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1 (2), 49-57.
- Herrera, E., Núñez, A., Tobón, S. & Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 59-70.
- Harris. (2008). BMI-based body size guides for women and men: development and validation of a novel pictorial method to assess weight-related concepts. *Int J Obes.* , 336-342.
- Iacovella, J., Díaz-Lázaro, C. & Richard's, M. (2015) Relación entre la empatía y los cinco factores de personalidad en una muestra de estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(2), 14-21.
- INSP. (2016). ENSANUT. Cuernavaca: INSP.
- Instituto Nacional de Salud Pública & UNICEF México. (2016). *Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 – Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México.

- Inzaghi, E., Baldini, B., Fintini, D., Grossi, A., Nobili, V., & Cianfarani, S. (2017). Insulin-Like Growth Factors and Metabolic Syndrome in Obese Children. *Horm Res Paediatr*, 87(6), 400–404.
- Jiménez, T., Wagner, F., Rivera H. & González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107.
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127.
- Kazdin, A. (2000). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. (2ª edición) México: El Manual Moderno.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95.
- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory (CDI). New York: Multi-health Systems, Inc.
- Lacunza, A., Caballero, S., Salazar, R., Sal, J. & Filgueira, J. (2013). Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad. *Ciencias Psicológicas*. 7(1), 25-32.
- Lara, C. y Silva, T. (2002). *Estandarización de la Escala de Asertividad de Michelson y Wood en Niños y Adolescentes: II*. Tesis inédita de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M. & Zeiss, A. (1986). *Control your depression*. New Jersey: Prentice-Hall.
- López, M., & Soto, A. (2010). Actualizaciones sobre obesidad. *Cuaderno de Atención Primaria*. 17(2). 101-107.
- Lopez-Gomez, I., Chaves, C., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive

- behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 417-433.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil Luciano, B., & Ruiz Sánchez, L. J. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 353-373.
- Macías, A. I., Gordillo, L. G., & Camacho, E. J. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*. 39(3). 40-43.
- MacMillan, N., Rodríguez, F. & Páez, J. (2016) Evaluación del estado nutricional, hábitos de alimentación y actividad física en escolares de 1º básico de la Isla de Pascua de Chile en la última década. *Revista Chilena de Nutrición*. 43(4), 375-380.
- Magaña, C. & Matus, M. (2014). Perspectivas antropológicas al fenómeno de la alimentación y los alimentos. En A. López & K. Franco (Eds.), *Comportamiento alimentario: una perspectiva multidisciplinar*, p.p. 12-32. Guadalajara, Méx.: Universitas.
- Marcondelli. (2013). alidade de peso, altura e índice de massa corporal autorreferidos na população adulta de Brasília. . *Rev Bras Epidemiol.*, 157-169.
- Martín, C. A & Robles, R. (2012) Resultados preliminares de un programa de tratamiento integral para la obesidad en niños mexicanos. *Rev. Mex. Investigación Psicol.*, 4(1), 50-7.
- Martin, A. & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*. (21). 141-156.
- Martínez-Munguía, C. & Navarro-Contreras, G. (2014) Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*. 52(1). 94-101.

- Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M., & Hernández, J. A. (2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(3), 728-740.
- Martín-Murcia, F., Nieto, L., & Ruiz, J. (Febrero de 2012). *Principios básicos de las terapias de tercera generación aplicados al tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario resistentes*. En P. Moreno (Presidencia), XIII Congreso virtual de Psiquiatría.com.
- Martínez-Munguía, C. & Navarro-Contreras, G. (2014) Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*. 52(1). 94-101.
- Martinotti, G., Hatzigiakcumis, D., De vita, O., Massimo, C., Petrucelli, F., Di Giannantonio, M. & Janiri, L. (2012). *International Journal of Clinical Medicine*, 3, 697-713.
- Martínez, M., García, J. & Inglés, C. (2013). Relaciones entre ansiedad escolar, ansiedad rasgo, ansiedad estado y depresión en una muestra de adolescentes españoles. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 13(1), 47-64.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Meave, S. (2002). Reporte de experiencia profesional. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Méndez-Hernández, P., Dosamantes-Carrasco, L. D., & Siani, C. (2016) Mealtime habits and risk of developing the metabolic syndrome or insulin resistance among Mexican adults. *Br J Nutr*, 1–10.
- Mercado, M. (2016). Calidad de vida en personas obesas. *Revista Científica y Profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*. 4(11). 88-92.
- Mercado, P., & Vilchis, G. (2013). La obesidad infantil en México. *Alternativas en Psicología*. (23). 49-57.

- Michelson, L. y Wood, R., (1982). Development and psychometric properties of the Children's Assertive Behaviour Scale. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 3-14.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia Cognitivo Conductual?. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1, 1-6.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Moctezuma-Pérez, S. (2017). Una aproximación a las sociedades rurales de México desde el concepto de aprendizaje vicario. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 15(2), 169-178.
- Monereo, S., Iglesias, P., & Guijarro, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida*. España, Bilbao: Fundación BBVA.
- Moral, J., Meza, C. (2012) Validación de la versión en español del Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ) en una muestra de mujeres mexicanas. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 14(2). 73-96.
- Morales, L. & Ruvalcaba, J. (2018). La obesidad, un verdadero problema de salud pública persistente en México. *Journal of negative & no positive results*.3(8), 643-654. doi: 10.19230/jonnpr.2544.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(1), 2.
- Murdoch, M., Payne, N., Samani-Radia, D., Rosen-Webb, J., Walker, L., Howe, M., & Lewis, P. (2011) Family-based behavioural management of childhood obesity: service evaluation of a group programme run in a community setting in the United Kingdom. *Eur. J. Clin. Nutr.*, 65(6), 764–767.
- Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista electrónica "Actualidades investigativas en educación"*, 8(1), 1-27.

- Navarrete, J., Escoffié, E. & Castillo, R. (2016). Aproximación hacia la práctica psicoterapéutica. *En Terapia en contexto: una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (pp. 3-14). México: El Manual Moderno.
- Neri-Sánchez, M., Martínez-Carrillo, BE., Valdés-Ramos, R., Soto-Piña, A. E., Vargas-Hernández, J. A., & Benítez-Arciniega, A. D. (2019) Dietary patterns, central obesity and serum lipids concentration in Mexican adults. *Nutr Hosp.*, 36(1), 109–117.
- Neves, C. M., Cipriani, F. M., Meireles, J. F. F., Morgado, F. F. D. R., Ferreira, M. E. C. (2017) Body image in childhood: an integrative literature review. *Rev Paul Pediatr.*, 35(3), 331–339.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. & Perri, (1989). *Problem-Solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- O'Donnell W. E. & Warren W. L. (2007). Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ). México: Manual Moderno.
- OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Catálogos Biblioteca OMS.
- OMS. (2019). *Sobrepeso y Obesidad*. Obtenido de Sobrepeso y Obesidad: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Organización Mundial de la Salud (2019) *Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2014) *Plan de Acción para la Prevención y Control de la Obesidad en Niños y Adolescentes*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012) Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120.
- Ospina-Ospina, F., Hinestrosa-Upegui, M., Paredes, M., Guzmán, Y. & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Revista Salud Pública*. 13(6), 908-920.
- Overholser J & Beck S. (1985) Assessing generalization of treatment effects and self-efficacy in the modification of eating styles in obese children. *Addict. Behav*, 10(2), 145–152.
- Pacheco, P. & Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *Precop SCP*, 15(1), 30-38.
- Padilla, C. (2014) Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163.
- Panagiotopoulos, C., Ronsley, R., Al-Dubayee, M., Brant, R., Kuzeljevic, B., Rurak, E., Cristall, A., Marks, G., Sneddon, P., Hinchliffe, M., Chanoine, J. P., & Mâsse, L. C. (2011) The centre for healthy weights--shapedown BC: a family-centered, multidisciplinary program that reduces weight gain in obese children over the short-term. *Int. J. Environ. Res. Public. Health*, 8(12), 4662–4678.
- Páramo, M., Straniero, C., García, C., Torrecilla, N., & Escalante, E. (2012) Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 10(1), 7-21.
- Pelizza, L., Pupo, S. & Ferrari, A. (2012). Anhedonia in schizophrenia and mayor depression: state or trait? Review of the literatura. *Journal of Psycopathology*, 18, 154-155.

- Perandones, T., Herrera, L. & Lledón, A. (2014). Fortalezas y virtudes personales del profesorado y su relación con la eficacia docente. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 7(1), 141-150.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. España: Editorial Síntesis.
- Pérez, G. F. (2014). Trayectorias tempranas en el inicio de la vida adulta en México. *Estudios demográficos y urbanos*, 29(2), 365-407.
- Pérez-Herrera, A. & Cruz-López, M. (2019) Situación actual de la obesidad infantil en México. *Nutr. Hosp.*, 36(2), 463-469.
- Pintado, S. & Castillo, M. (2017). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3(1), 60-67.
- Piña, J. *La Anti-Psicología Positiva: Ensayos desde la Psicología Conductual*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Piqueras, J., Orgilés, M., Espada, J., & Carballo, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud en función de la categoría ponderal en la infancia. *Gaceta Sanitaria*. 26(2). 170-173.
- Pompa, E. & Montoya, B. (2011) Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicol. Salud*, 21(1), 119-124.
- Pompa, E. G., González, M. T. & Torres, F. (2010) Ansiedad y Depresión en niños con sobrepeso y obesidad: Resultados de un Campo de Verano. *Summa psicol. UST*, 7(2), 67-74.

- Pompa, E., Castro, L. & Cabello, M. L. (2018) Intervención y seguimiento psicológico en un campamento de verano de niños con sobrepeso y obesidad en el norte de México. *Interacción y perspectiva: Rev. Trab. Soc.*, 8(2), 150-166.
- Porto, A., Da Fonseca, D., Ferraz, R., & Murgu, C. (2015) Relación entre afectos positivos, negativos y los cinco factores de la personalidad. *Estudios de Psicología*, 20(2), 92-101.
- Poves, I., Macías, G., Cabrera, M., Situ, L., & Ballesta, C. (2005). Calidad de vida en obesidad mórbida. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 97(3). 201-210.
- Proctor, C., & Linley, A. (2014). *Research, applications, and interventions for children and adolescents*. Springer.
- Raimann, T. (2011). Obesidad y sus complicaciones. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 22(1). 20-26.
- Real Academia de la Lengua Española (2017). Definición de hábito. 23a Ed. 2014. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=Jvcxrlo>
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Restrepo, S. & Maya, M. (2005). La familia y su papel en la formación de los hábitos alimentarios en el escolar. Un acercamiento a la cotidianidad. *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, Medellín* . 19(36), 127-148.
- Reyes, J. (2014). La culpa como sentimiento y obesidad. *Psic Obesidad: boletín electrónico de Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual*. 4(16). 14-19.
- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Ribes, E. (2012). Skinner y la psicología: lo que hizo, lo que no hizo y lo que nos corresponde hacer. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 77-91.
- Rivas-Gómez, B., Almeda-Valdés, P., Tussió-Luna, M. T., & AguilarSalinas, C. A. (2018) Dyslipidemia in Mexico, a call for action. *Rev Invest Clin*, 70, 211-216.

- Rivas-Molina, N., Mireles-Pérez, E., Soto-Padilla, J., González-Reyes, N., Barajas-Serrano, T. & Barrera, J. (2015). Depresión en escolares y adolescentes portadores de leucemia aguda en fase de tratamiento. *Gaceta Médica de México*, 151, 186-191.
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA*, 44, 241-257.
- Romero-Velarde, E., Aguirre-Salas, L., Álvarez-Román, Y., Vásquez-Garibay, E., Casillas-Toral, E., & Fonseca-Reyes, S. (2016). Prevalencia de síndrome metabólico y factores asociados en niños y adolescentes con obesidad. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 54(5), 568-575.
- Rojas, M. (2010). Mejorando los programas de combate a la pobreza en México: del ingreso al bienestar. *Perfiles latinoamericanos*, 18(35), 35-59.
- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G. & Zuluaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(3), 321-330.
- Royo. (2013). *La alimentación y el consumidor*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée De Brouwer.
- Salas, M. I., Gattas, V., Ceballos, X., & Burrows, R. (2010) Tratamiento integral de la obesidad infantil: Efecto de una intervención psicológica. *Rev. Med. Chile*, 138(10), 1217-1225.
- Sánchez-Aguilar, A., Andrade-Palos, P. & Gómez-Maqueo, M. (2019). Esquemas desadaptativos tempranos y ansiedad en escolares de México. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 6(2), 15-21. doi: 10.21134/rpcna.2019.06.2.2

- Sánchez, J., Alcázar, A. & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654).
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez-Hernández, O., Méndez, F. & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76.
- Secretaría de Educación Pública & Secretaría de Salud. (2010) *Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (2013) *Estrategia Nacional para la Prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. (2014) *Estrategia estatal para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes en el Estado de Hidalgo*. México: Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.
- Shochet, I., Dadds, M., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P., & Osgarby, S. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 303-315.
- Siabato, E., Forero, I. & Salamanca, Y. (2017) Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61.
- Silva, D. & Valdivia, M. (2013) Estudio corporativo de dos escalas de depresión en relación al intento de suicidio en adolescentes no consultantes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(1), 10-15.
- Simkin, H. & Azzollini, S. (2015) Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 339-361.

- Simkin, H., Etchezahar, E. & Ungaretti, J. (2012) Personalidad y autoestima desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *HOLOGRAMÁTICA*, 17(2), 171-193.
- Spence, S. H., Sheffield, J., & Donovan, C. (2002). Problem-solving orientation and attributional style: moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 219-229.
- Tárraga, P. J., Tárraga, M. L., Panisello, J. M., Rosich, N., Castell, E., & Carbayo, J. A. (2017) Resultados de una intervención motivacional con niños obesos o con sobrepeso y sus familias: Estudio Piloto. *Rev. Esp. Nutr. Hum. Diet.*, 21(4), 313-319.
- Thompson, J. K., Schaefer, L., & Menzel, J. E. (2012). *Internalization of thin-ideal and muscular-ideal*. En T. F. Cash, *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (p.p.. 499-504). San Diego, California, E. U.: Academic Press.
- Titmuss, A. T. & Srinivasan, S. (2016) Metabolic syndrome in children and adolescents: Old concepts in a young population. *Journal Pediatric Children Health*, 52(10), 928–934.
- Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Leonard, S. M., & Berkowitz, R. I. (2019) A pilot study of acceptance-based behavioural weight loss for adolescents with obesity. *Behav. Cogn. Psychother.*, 47(6), 686–696.
- Valencia, A., Flores, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32(2).
- Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2).
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.

- Vásquez, F., Díaz, E., Lera, L., Meza, J., Salas, I., Rojas, P., Atalah, E., & Burrows, R. (2013) Impacto del ejercicio de fuerza muscular en la prevención secundaria de la obesidad infantil: intervención al interior del sistema escolar. *Nutr. Hosp.*, 28(2), 347-56.
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- Villezca-Becerra. (2015). Importancia del consumo de carnes, pescados y mariscos en la alimentación en México. Efectos del ingreso en la alimentación en México. Efectos del ingreso y factores socioeconómicos sobre su gasto. *Ciencia UANL*, 1-52.
- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35 (1), 3-11.
- Warschburger, P., Fromme, C., Petermann, F., Wojtalla, N., & Oepen, J. (2005) Conceptualisation and evaluation of a cognitive-behavioural training programme for children and adolescents with obesity. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 25, S93–S95.
- White, M. A., & Waters, L. E. (2015). A case study of ‘The Good School:’ Examples of the use of Peterson’s strengths-based approach with students. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 69-76.
- Williams, C. F., Bustamante, E. E., Waller, J. L., & Davis, C. L. (2019) Exercise effects on quality of life, mood, and self-worth in overweight children: the SMART randomized controlled trial. *Transl. Behav. Med.*, 9(3), 451–459.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.

- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de conducta*, México: Trillas.
- Ybarra, J. L., Orozco, L. A., & Valencia, A. (2014). *Intervención con apoyo empírico: herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. México: Manual Moderno.
- Young, J. & Mufson, L. (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. New York: Columbia University.
- Zavala, M. (2016). Validación del Inventario de Depresión Infantil en Niños de la Ciudad de México (Disertación de maestría).
- Zeberio, N., Malpeli, A., Apezteguia, M., Carballo, M. & González, H. (2013). El estado nutricional de niños escolares y su relación con la tensión arterial. *Arch Argent Pediatr*. 111(2), 92-97.


ANEXOS

Anexo 1. Ejemplos de materiales


Fecha: ___/___/___

Hidratación


AGUA




AGUA SABOR




REFRESCO




TÉ



JUGO PROCESADO



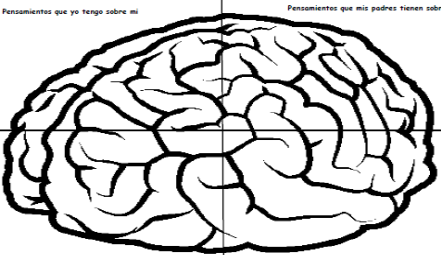
JUGO NATURAL



Fecha: ___/___/___

¿Cómo son los pensamientos?

Pensamientos que yo tengo sobre mí



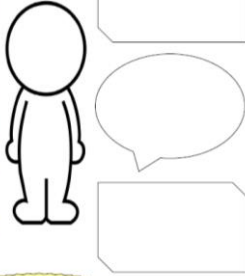
Pensamientos que mis padres tienen sobre mí

Pensamientos que mis amigos tienen sobre mí

Pensamientos que los adultos tienen sobre mí

Fecha: ___/___/___

Señor Gruñón



Turista



Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25
Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25
Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25
Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25	Salida	\$25

Fecha: ___/___/___

¿Cómo lo sientes?

ALEGRÍA

ENOJO



MIEDO

TRISTEZA

Fecha: ___/___/___

¿Qué paso?

Situación	Pensamiento	Emoción	Respuesta Fisiológica	Conducta

Bingo de grasas

Aguacate	Hamburguesa	Pollo frito
Aceite de oliva	Pizza	Leche
Chocolate	Carne de pescado	Pollo

Anexo 2. Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Licenciada en Psicología Diana Karina Straffon Olivares estudiante de la maestría en Salud Pública como parte de las actividades programadas en la investigación intervención cognitivo conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso en colaboración con el Cuerpo Académico de "Salud Emocional" del Instituto de Ciencias de la Salud perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Por tal motivo solicitamos su consentimiento para aplicar una batería de instrumentos psicológicos y la intervención previamente señalada en su hijo(a), considerando que éstos se apegan en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de la participación de los niños y niñas.

La aplicación de la batería y la intervención se realizarán en los horarios y días previamente establecidos.

La responsable de esta actividad es la Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz, profesora Investigadora de ICSSa.

He leído y comprendo las características de la investigación-intervención que realiza el Cuerpo Académico de Salud Emocional" de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cual está invitado a participar a mi hijo(a)

ACEPTO que participe en este proyecto:

Nombre y firma del padre o tutor



Ex. Hacienda la Concepción **UNED** **UNED**
Tel: 01 771 71 720-00 ext. 5104 , 5118 y 4313
Correo electrónico: uni_seritas@hotmail.com

