

**MUNICIPIO BOYEROS  
HOSPITAL PEDIATRICO LEONOR PEREZ**

**COMPORTAMIENTO DE FACTORES  
PSICOLOGICO DE ADOLESCENTES OBESOS  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PEDIATRICO  
LEONOR PEREZ**

**AUTORES: MsC: Virginia Franco Pedraza  
MsC: María Zayda Guridi González  
Lic. Daimir Cobo Collazo**

**LA HABANA 2010**

# RESUMEN

La enfermedad crónica es un fenómeno que ocupa un lugar importante en la situación de salud, lo que afecta la calidad de vida del individuo y repercute en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales, por lo que realizamos un estudio descriptivo y transversal en un grupo de adolescentes con diagnóstico de Obesidad , atendidos en la consulta de Endocrinología del Hospital Pediátrico “Leonor Pérez:” en el período de enero a diciembre de 2009, con el objetivo de caracterizar el comportamiento de los factores psicológicos en dichos pacientes; la muestra se conformó con 27 pacientes adolescentes. Se estudiaron las variables edad, sexo y entre los factores psicológicos, Ansiedad Rasgo/Estado, Depresión Rasgo/Estado, autoestima, bienestar psicológico del adolescente y repercusión familiar del evento. Como resultados, predominó el grupo de 11 a 14 años de edad y el sexo femenino Predominaron los niveles altos de Ansiedad-Rasgo, sin embargo, el nivel medio de Depresión fue el de mayor frecuencia, tanto en Rasgo como Estado. Se destacó el nivel bajo de la autoestima y de bienestar psicológico en los adolescente El evento de la obesidad en el adolescente como problema de salud, tuvo una repercusión de leve a moderado con un sentido desfavorable a ella en la gran mayoría de los casos. La repercusión de la obesidad en la esfera socioeconómica, sociopsicologica y de funcionamiento familiar se comportó a un nivel de moderado a elevada.

# INTRODUCCIÓN

La creciente consideración de los factores psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad ha ido sustituyendo a la concepción biologicista que dominó el pensamiento médico durante el siglo XIX y parte del siglo XX. Puede decirse que hasta hace muy poco, el tratamiento médico de la enfermedad se dirigía fundamentalmente al alivio de los síntomas y, si era posible, a la prolongación de la vida.

En la actualidad, se acepta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad (Morales Calatayud F J, 1997).

En las enfermedades crónicas en particular, cada individuo manifiesta estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo, las limitaciones o cambios que la enfermedad le impone y las exigencias de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que debe someterse, la percepción y evaluación que hace de su pronóstico y el impacto que la enfermedad trae para su vida actual y futura.

Un trastorno crónico puede generar en niños y adolescentes un sentimiento de ser diferente o de ser incapaz de realizar acciones que otros hacen, pudiendo generar, además, tanto en ellos como en sus padres, tensiones y exigencias complementarias. Por otra parte, deben cumplir un grupo de tareas propias del desarrollo para garantizar su normal crecimiento hacia la adultez, además de sortear las dificultades propias de la enfermedad que padece, las que con mayor o menor intensidad pueden interferir con que transcurra felizmente este proceso, facilitando la aparición de problemas de orden

psicológico. Quizás esta sea la causa de que los trastornos emocionales o de conducta sean dos veces más frecuentes en enfermos pediátricos crónicos que en los individuos sanos (Valdés S, Gómez A. 2006).

La alimentación y la nutrición, entre otros factores, son determinantes en el desarrollo biológico de los humanos; pero a través del tiempo, se ha demostrado que también son determinantes en el desarrollo psíquico y social de estos. Desde la propia formación del feto, en los primeros tiempos de la vida, a través de la práctica de la lactancia materna, en la edad preescolar y en el momento de su ingreso a la escuela, así como en la controvertida adolescencia, la nutrición y la alimentación, estarán determinando en ese proceso de conformación de la personalidad y del comportamiento de los humanos . (Fuillerat, A .2005)

El comer es una de las conductas más placenteras y a la vez más necesarias de todos los seres vivos. La función principal de la alimentación es suministrar al cuerpo la energía necesaria para su supervivencia y su correcto funcionamiento. A través de la comida el niño se relaciona con la madre, se da cuenta de que tiene que hacer algo para conseguirla (como llorar ó llamar la atención), descubre sabores o sensaciones que le agradan o le desagradan y el saber que nunca le faltará cuando tenga hambre, le proporcionará una grata sensación de seguridad.( Paz E Susana,2005).

La relación entre la alimentación y la salud es obvia. Una manera de identificar alguna alteración en el niño es observar su manera de comer, que es donde primero se reflejan los problemas

Existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas y esto se fundamenta sobre la base del carácter eminentemente social que tiene la alimentación y la nutrición y por la influencia que puede tener en el desarrollo de los procesos psíquicos fundamentales y sobre todo, por todas las implicaciones

psicológicas y en el orden de las relaciones sociales, que puede traer aparejado una alteración nutricional, tanto por defecto como por exceso y en cualquier etapa de la vida, donde la infanto-juvenil, no constituye una excepción.(Fuillerat, A .2005)

Por otro lado, también es muy conocida por todas las relaciones que existe entre el hambre psicológica y la falta de cariño, ó el comer más cuando nos sentimos inseguros o tenemos conflictos personales. (Paz E Susana, 2005).

La obesidad ha ido aumentando en proporciones epidémicas en el mundo, constituye el principal problema de malnutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil.

La obesidad infantil y juvenil es una enfermedad crónica porque se perpetua en el tiempo y suele acompañarse de trastornos metabólicos, es una enfermedad caracterizada por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prolongado (Gonzalez S R, y cols., 2009).

.La prevalencia de la obesidad ha variado notablemente en relación con los últimos 20-30 años, y se estima que el porcentaje de niños y adolescentes obesos ha sufrido un dramático incremento de casi un 50 %.(Argote, P, J .2008).

Constituye una pandemia que afecta a los diferentes grupos etarios, sin límites en relación con la raza o el sexo (Andrea, S .2007) constituye en la actualidad la enfermedad nutricional más prevaleciente en la población menor de 20 años por lo que estudios cubanos revelan que, la obesidad infantil constituye un problema creciente de salud pública a nivel mundial, como consecuencia de los cambios en el estilo de vida que han modificado los hábitos alimentarios, con un consecuente aumento en el

consumo de calorías y grasas y una disminución en la actividad física. Se afirma que más de la tercera parte de las consultas de endocrinología pediátrica corresponden a esta causa. El incremento alarmante de la frecuencia de obesidad infantil es un serio problema de salud, por asociarse a enfermedades crónicas en la edad adulta, como son: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus (DM) y las dislipidemias, entre otras.

La adolescencia, en sí misma, es un proceso de desarrollo estresante incluso para los jóvenes físicamente sanos. Las enfermedades crónicas que se producen durante esta etapa complican aún más el desarrollo del adolescente. El trastorno crónico, las exigencias del tratamiento, las internaciones y la cirugía (cuando es necesaria) intensifican la preocupación en torno al aspecto físico, interfieren con el proceso de ganar independencia y perturban las relaciones cambiantes con padres y amigos. Además, los problemas del desarrollo del adolescente complican la transición del joven hacia la toma de responsabilidad para controlar su enfermedad y aprender a respetar el tratamiento recomendado (Yale Medical Group, 2005).

A medida que los adolescentes con enfermedades crónicas o de riesgo aprenden más sobre la enfermedad y son alentados a hacerse responsables de su control, es común que intenten tomar sus propias decisiones acerca del control. A menudo hay intentos de disminuir la medicación o de no tomarla sin consultar al médico. Aunque este comportamiento puede ser normal desde el punto de vista del desarrollo, puede generar la necesidad de una intervención adicional en el cuidado de la salud. La ira o la vergüenza relacionadas con sufrir una enfermedad crónica, o la falta de criterio para hacer frente a sus sentimientos con respecto a la enfermedad, también pueden afectar el cumplimiento del tratamiento recomendado o las técnicas de control (Yale Medical Group, 2005).

En el adolescente enfermo o con procesos crónicos existen problemas específicos que se añaden a los cambios propios de la etapa de desarrollo. Los sentimientos de insuficiencia y abandono, el deterioro de su autoestima y el enojo por ser víctima de un destino injusto, representa una carga para el adolescente y su familia; lo que conlleva al deterioro de sus relaciones sociales y afectivas expresadas por inadaptación y debilidad de sus funciones psíquicas, que en ocasiones producen reacciones de autoagresión o diferentes formas de marginalización (Bettschart W.1999).

El papel del factor humano en el proceso salud-enfermedad va mucho más allá de la básica relación médico-paciente e incluso del rol activo y responsable de la persona para con su salud y bienestar, y presupone legitimar el importante papel de la familia en el proceso de mantener, restablecer u optimizar la salud de cualquiera de sus miembros. Ello adquiere especial significación en el caso de las Enfermedades Crónicas cuya atención y afrontamiento rebasa los marcos institucionales sanitarios para abarcar la vida cotidiana del enfermo y sus familiares (Roca Perara M A., 2009).

Una enfermedad crónica o de riesgo para la vida de uno de los miembros deviene un golpe arrollador para la vida familiar y demanda una drástica variación y cambios en su funcionamiento habitual, cada enfermedad crónica demanda desafíos y posturas diferentes. Es imprescindible tomar en cuenta el tipo de enfermedad y no olvidar la connotación bio-psico-social del ser humano y su determinación cultural, presente en cualquier aspecto de la vida de las personas incluidas las situaciones de enfermedad.

La postura de la familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del enfermo, tratándose de un complejo proceso en que no sólo es importante tomar en consideración la edad del enfermo, el tipo de enfermedad y su grado de limitación y pronóstico, sino también importantes factores socio-culturales como las creencias y prejuicios en torno a la enfermedad o el grado de responsabilidades atribuidas a la persona por su situación

actual ((Roca Perara M A, 2009). La familia como grupo social se le concede un rol mediatizador del proceso salud-enfermedad. En su seno, se mantiene la salud, se produce y desencadena la enfermedad, tiene lugar el proceso de curación, la rehabilitación y en muchos casos la muerte.

El diagnóstico de la obesidad en edades tempranas y su corrección sería una estrategia para evitar la obesidad con sus enfermedades asociada en la vida adulta.

Hay evidencias de la importancia de la disciplina psicológica para el abordaje de la obesidad en adolescentes y la necesidad de un trabajo inter y transdisciplinario en su tratamiento, debiéndose asumir esta desde una perspectiva biopsicosocial (Burrows A R, Gattas Z V, Leiva B I,.2001)

El Hospital Pediátrico “Leonor Pérez” brinda consulta de Endocrinología Pediátrica, donde son atendidos adolescentes con obesidad, los cuales reciben atención psicológica con el propósito de mejorar el bienestar psicológico del adolescente enfermo, surgiendo la motivación por este estudio a partir de la problemática antes mencionada y del conocimiento de que cualquier enfermedad crónica o de riesgo en este caso la Obesidad ,puede repercutir en la esfera psicológica y social del paciente; por lo que pretendimos estudiar el comportamiento de los factores psicológicos de adolescentes con esta patología, la cual constituye una enfermedad frecuente en la Endocrinología Pediátrica y del cual se tiene aún poco conocimiento en cuanto a su comportamiento y no existencia de estudios sobre esta enfermedad en edades pediátricas. en dicha institución; por lo que nos planteamos la siguiente interrogante:

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO:**

¿Cuál es el comportamiento de los factores psicológicos en adolescentes obesos atendidos en el Hospital Pediátrico “Leonor Perez” en el período de enero a diciembre de 2009?



# MARCO TEÓRICO

La obesidad es la enfermedad nutricional más frecuente que se presenta en países desarrollados y ha ido en incremento en los que están en vías de desarrollo (). Por obesidad se entiende el aumento de peso, por exceso de ingestión de alimentos, en relación a la necesidad calórica del organismo. La misma puede estar condicionada por la herencia, el desequilibrio metabólico ó por el hábito de comer en exceso, como patrón familiar (Bueno, S, M. 2004)

Proveniente del vocablo griego la obesidad se ha relacionado siempre con el exceso al comer y aunque esta es la esencia, la forma de ver actualmente la obesidad, tiene muchas aristas' entre ellas (Reyes, S. 2005):

- Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, caracterizada por el exceso de grasa en el organismo y clasificada en grados según el IMC del sujeto.
- Es el aumento del peso corporal a expensas de la masa grasa, es un problema de alteración termogénica y de respuesta a receptores metabólicos.
- Se define como un incremento de la grasa corporal a un nivel que signifique riesgo para la salud y no solamente a un exceso de peso.
- Es un desequilibrio entre el gasto energético y la energía ingerida con un balance energético positivo a favor de la ingestión.

En resumen todas tienen aspectos en común y vemos que se acumula grasa, que el balance está a favor de la energía ingerida y que se trata de una enfermedad con riesgos muy altos para la salud del obeso a lo que se asocia la carga genética individual, los hábitos de alimentación, la vida sedentaria, en fin la estructura sociológica y cultural que rodea a la obesidad (Reyes, S. 2005).

En 1901 se publicó el primer artículo reportando el incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad en las personas obesas, cambiando el concepto de obesidad como sinónimo de salud por el de una enfermedad; aunque correcta esta visión, favoreció por el contrario la asociación equivocada de la delgadez con la salud, la belleza y los logros sociales (Visser, R. y cols. 2005).).

En 1970, surgió la preocupación por los lactantes obesos, ya que se consideraba un periodo crítico para la adquisición del número de adipocitos del lactante. En 1984, el índice de obesidad infantil era del 4,9 por ciento, mientras que un estudio de 2005 realizado en Andalucía desveló un incremento del 40 por ciento, cifra que puede doblarse hasta el 2030 (Visser, R. y cols. 2005).).

En los países occidentales se ha señalado un rápido aumento de la prevalencia de obesidad en los últimos años, afectando por igual a ambos sexos, a todos los grupos de edad, a distintos grupos raciales, a familias con alto y bajo nivel económico, e incide tanto en el medio rural como en el urbano. A ello han contribuido por un lado, los cambios en los estilos de vida y por otro una mayor disponibilidad de nutrientes. (Visser, R. y cols. 2005)

En otros países europeos la prevalencia está en torno al 7,5%. Estas cifras son preocupantes, teniendo en cuenta que los diferentes estudios han estimado que el porcentaje de niños obesos que tienen riesgo de ser obesos en la edad adulta es la siguiente: si el niño lo es a los 7 años, el riesgo es del 41%; si es obeso entre 10 y 13

años, el riesgo es del 70%; y por último, si es obeso en la adolescencia, tiene un riesgo del 80% de ser obeso adulto. (Visser, R. y cols. 2005)

En Estados Unidos, estudios recientes (NHANES III) han demostrado que en la población infantil se ha duplicado el número de casos en los últimos quince años, estando actualmente en torno al 20% en niños y adolescentes (IMC superior al percentil 85). En México se estima una prevalencia en edad escolar de 20 a 38%. Colombia figura ya en el tercer lugar de Latinoamérica en los índices de obesidad después de Brasil y México. Un estudio que involucró a estudiantes de entre 5 y 12 años de centros de educación distrital de los estratos 1 y 2 de Bogotá encontró que el 2,9 por ciento de esta población tiene sobrepeso u obesidad, desvirtuando la creencia de que la obesidad se asocia con mejores condiciones de vida (Visser, R. y cols. 2005)

Cuba no escapa a esa epidemia. Al comparar un estudio provincial sobre crecimiento, desarrollo y estado nutricional de niños y adolescentes entre 0 a 19 años efectuado en Ciudad de La Habana en 1998 con otro similar realizado en 1993, se pudo conocer que durante esos 5 años se incrementó el porcentaje de individuos con exceso de peso para la talla de 9,3 a 13,1 % (1,4 veces) (González, R, Llapur R y Rubio, D, 2008).

### **Clasificación de la obesidad:**

Según su origen, la obesidad se puede clasificar en exógena y endógena. La obesidad exógena es aquella que se debe a un exceso en la alimentación o a determinados hábitos sedentarios. En cambio, la obesidad endógena es debida a problemas endocrinos o metabólicos del individuo. (Güell R, Carvajal M, 2004).

La obesidad exógena es la más común y no está causada por ninguna enfermedad del organismo, si no que está provocada por los hábitos de cada persona. Este tipo de obesidad constituye aproximadamente entre el 90 y el 95% de todos los casos de

obesidad, lo que significa que la mayoría de personas que padecen obesidad no lo hacen por motivos patológicos, si no por un inadecuado régimen de alimentación o estilo de vida. En ocasiones, no se trata únicamente de que haya una alimentación excesiva, si no de que hay una falta de gasto de energía y por tanto se produce un desarreglo entre lo ingerido y lo quemado. (Güell R, Carvajal M, 2004).

El estilo de vida ha cambiado drásticamente: además de comer más, se queman muchas menos calorías, y esto da como consecuencia una obesidad provocada por la conjunción de una alimentación excesiva y la falta de ejercicio (Serra, L y cols. 2003)

Por su parte, la obesidad endógena está provocada por problemas endocrinos o metabólicos y es menos frecuente, pues sólo entre un 5 y un 10% de los obesos lo son debido a estas causas. Este tipo de obesidad es debida a problemas como el hipotiroidismo, el síndrome de Cushing, problemas con la insulina, la diabetes, el síndrome de ovario poliquístico o el hipogonadismo, entre otros. Dentro de las causas endógenas, es frecuente hablar de obesidad endocrina cuando ésta está provocada por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (Serra, L y cols. 2003)

Desde el punto de vista de predominio de distribución de la grasa se considera 3 tipos:

- Androide o en forma de manzana: Se localiza en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.
- Ginecoide o en forma de pera: Predomina en abdomen inferior, caderas, nalgas y glúteos. Es más frecuente en mujeres.
- Generalizada.

También se puede definir como (González, C. M. José, 2005)

- Obesidad Infantil: La obesidad infantil es un exceso de grasa corporal en el niño que por lo general se ve acompañado de un aumento de peso. Existen dos tipos de distribuciones morfológicas: la obesidad superior o androide, y la inferior o ginoide.
- Obesidad superior: Es aquella en la cual existe una acumulación de grasa a nivel abdominal. Está fuertemente asociada con complicaciones cardiológicas y metabólicas en el infante. Predomina en los varones.
- Obesidad Ginoide: El niño presenta una mayor cantidad de grasa en la cintura pelviana y las complicaciones se resumen fundamentalmente en trastornos circulatorios y en las articulaciones. Este tipo de obesidad predomina en las mujeres.(González, C. M. José, 2005)

La adolescencia, en particular, ha sido llamada período de la pubertad, término en castellano que aparece en el siglo XVIII, proveniente de la palabra en latín “pubertas” y que se refiere a la edad en que aparece el bello viril o púbico. Con esta denominación se enfatiza lo que distingue a la adolescencia, como etapa del ciclo vital, en lo referido a la presencia de un conjunto de cambios biológicos que preparan al sujeto para la procreación. (Domínguez, G,L y cols .2003)

Así, por ejemplo, mientras para L.I. Bozhovich la adolescencia, que la autora denomina Edad Escolar Media transcurre de 11-12 años a 13-14 para, I.S kon, la adolescencia se enmarca de 11-12 a 14-15 años. Por su parte, H.L Bee y S.K. Mitchell establecen como límites de la adolescencia el período comprendido entre 12 y 18 años. (Domínguez, G,L y cols .2003)

En el libro de texto Psicología pedagógica y de las edades, bajo redacción del profesor titular A.V. Petrovski, los límites de la adolescencia se establecen entre los 11-12 y 14-15 años, mientras que la edad comprendida entre los 14-15 y 17 años se determina como una juventud temprana. . (Domínguez, G,L y cols .2003)

Como se observa, los inicios de la adolescencia se conciben, en líneas generales, entre los 11-12 años, pero su culminación que marca el inicio de la juventud, para algunos se sitúa en los 14-15 años y para otros en los 17-18 años. ( Domínguez, G,L y cols .2003).

Para Kurt Lewin, importante psicólogo alemán que pasó los últimos años de su vida en Estados Unidos, la adolescencia está determinada por el carácter marginal o posición intermedia que ocupa el sujeto en relación con quienes lo rodean, ya no pertenece al mundo infantil, pero tampoco ha alcanzado el estatus de adulto. Esta situación genera contradicciones y conductas extremas: el adolescente por momentos es tímido, otras agresivo, tiende a emitir juicios absolutos y todas estas conductas son, en primer término, consecuencia de su marcada inseguridad (Domínguez, G,L y cols .2003)

La adolescencia, en términos generales, se caracteriza por significativos cambios biológicos, por una posición social intermedia entre el niño y el adulto, en cuanto a status social, ya que el adolescente continúa siendo un escolar, depende económicamente de sus padres, pero posee potencialidades psíquicas y físicas muy semejantes a las de los adultos.(Mc Kinney, J.P, 2004).

Otro aspecto a destacar, es el establecimiento de nuevas formas de relación con los adultos, a veces generadoras de conflictos y que agudizan las manifestaciones de la llamada “crisis de la adolescencia”, así como nuevas formas de relación con los coetáneos o iguales, cuya aceptación dentro del grupo se convierte en motivo de gran significación para el bienestar emocional del adolescente

Todo lo anterior permite decir que la adolescencia se distingue teniendo como base los logros del desarrollo de la personalidad alcanzados en etapas anteriores, por la aparición del pensamiento conceptual teórico y de un nuevo nivel de autoconciencia, por la intensa formación de la identidad personal y el surgimiento de una autovaloración más estructurada, por la presencia de juicios y normas morales no sistematizadas, de ideales abstractos, de intereses profesionales, aún cuando la elección de la futura profesión no constituya un elemento central de la esfera motivacional.(Papalia, Diane, 2004)

Las consecuencias que para la subjetividad de los adolescentes provocan los cambios biológicos descritos con anterioridad, se vinculan estrechamente a la esfera autovalorativa, incluida la imagen corporal y también a la valoración que recibe el sujeto en sus relaciones de comunicación con adultos y coetáneos.(Colectivo de autores, 2001)

La imagen corporal adquiere gran importancia. El adolescente con características atléticas es más aceptado, en especial por sus iguales, de acuerdo a los estereotipos culturales, mientras que aquellos cuya figura provoca una imagen desfavorable, pueden ser objetos de burla, discriminados en su grupo y rechazados por el sexo opuesto. Esta situación provoca en adolescentes retraimiento, timidez o conductas agresivas (Domínguez, G,L, y cols .2003).

Muy vinculados a la imagen corporal y la aceptación social tenemos los fenómenos de la obesidad, la misma puede generar aislamiento social, depresión e inseguridad y se asocia a problemas, tales como: inadaptación escolar, disfunción familiar, confusión del rol sexual y rechazo de los coetáneos.

Los cambios biológicos de carácter antropométricos, fisiológicos, endocrinos y los correspondientes al proceso de maduración sexual, que se producen en la adolescencia y se consolidan en la juventud, constituyen tendencias del desarrollo, pero

las mismas, se expresan de manera particular e irrepetible, en cada sujeto, quien elabora activamente estos eventos a nivel de su subjetividad individual.( Domínguez, G,L, y cols .2003).

Si bien es indudable, que existe una estrecha relación entre el desarrollo físico y psíquico, la repercusión psicológica en las transformaciones puberales no constituyen un proceso automático, ni lineal, sino dependerá en gran medida del manejo que realicen las personas que rodean al adolescente, de la opinión social que recibe como consecuencias de las mismas y de los recursos psicológicos con que cuenta para enfrentarlas. (Cruz Tomás, L, 2006).

Las relaciones de comunicación entre los adolescentes y sus padres dependen de diferentes factores, entre los que pueden mencionarse en nivel socioeconómico de la familia, el nivel escolar y cultural de los padres y una última cuestión, no menos importante, que es el estilo de comunicación que se ha venido desarrollando, entre padres e hijos, en las etapas anteriores.

La necesaria emancipación del adolescente abarca varios planos; la independencia emocional, a la que contribuye la significación que tiene para su bienestar la aceptación por parte del grupo de iguales; la independencia en el plano de la conducta, ya que comienza a tener más posibilidades para la regulación interna; y la independencia normativa, pues sus intereses, en sentido general, no coincide con los de los adultos, situación que se convierte en causas generadoras de conflictos.

La necesidad de independencia y autoafirmación, características del adolescente, son expresión de la crisis en esta etapa, manifestándose en ocasiones a través de conductas que resultan desagradables al adulto. Así tratan de destacarse en alguna esfera, de poner en apuros al adulto con sus preguntas, emplean estilos inadecuados de



conversación, dan muestra de sabihondez acentuada, tratan de ser originales en el uso de la moda o presentan un extremo abandono de su apariencia física.

Un tipo de análisis diferente consistiría en considerar los contextos sociales (familias, escuela y iguales) en los que transcurre la vida de chicos y chicas como variables independientes que ejerce su influencia sobre el desarrollo, la familia, la escuela, o el grupo de iguales son entonces analizados como contextos en los que tiene lugar el desarrollo del adolescentes, por lo que todo lo que ocurra en ellos influirá decisivamente sobre el curso del desarrollo.

Los grupos de iguales en la adolescencia no responden a una cultura única o monolítica, según R. Grinder, sino que tienen diferentes propósitos, de acuerdo a las principales necesidades de sus miembros.

La necesidad de ocupar el lugar deseado o lugar al que aspira en su grupo de coetáneos, desempeña un importante papel en el desarrollo armonioso de la personalidad en esta etapa, ya que el equilibrio y bienestar emocional del adolescente, dependerá de que logre ocupar entre sus iguales este lugar y de la aceptación que alcance dentro del grupo. Los adolescentes se pliegan sin mostrar resistencia a la opinión de la mayoría del grupo, en busca de aprobación social, aunque en ocasiones no compartan las mismas ó no estén convencidos de ellas. (Cruz Tomás, L, 2006.) .

También aunque sea el aspecto externo la moda juvenil, ya sea en cuanto al vestuario o al peinado, con frecuencia provoca las censuras y la irritación de los adultos. El vestuario y todo el aspecto externo de una persona no es otra cosa que el modo de comunicación, mediante el cual el hombre informa a los que los rodean se su status, nivel de aspiraciones, gustos, etc. .(Colectivo de autores, 2001).

En general, tener amigos es un indicador de buenas habilidades interpersonales y un signo de un buen ajuste psicológico (Cruz, Tomás, 2006).

Ocupar un lugar valorado en el grupo es una de las necesidades psicológicas más importante de los adolescentes, cualquier necesidad podría sacrificarse con mucha más comodidad emocional que ésta. Probablemente ningún dolor psicológico sea tan hondo como el experimentar rechazo, aislamiento, soledad en el grupo de coetáneos. Es por ello que los ideales de pareja enfatizan mucho más elementos externos como la belleza o el atractivo físico, el hecho de vestir de una determinada forma exigencias de moda, tener habilidades para desenvolverse en grupo etc. (Domínguez, G,L, y cols .2003).

En estos momentos el desarrollo, el interés por sexo opuesto, el deseo de gustar, el interés por la apariencia se encuentran especialmente acentuados. Accionar sobre el desarrollo de los procesos autovalorativos resulta imprescindible en el desarrollo personalógico en general La autovaloración en esta etapa, es aún inestable e inexacta, pues depende en determinada medida de la valoraciones externas.

La imagen corporal y las cualidades vinculadas a las relaciones interpersonales tienen un marcado peso en la autovaloración y en el sentido de la autoestima. ( Domínguez, G,L, y cols .2003).

Un punto crucial que no debemos perder de vista son las repercusiones o consecuencias de la obesidad infantil, a corto y largo plazo desde el punto de vista orgánico y psicológico. Entre las consecuencias psicosociales a corto plazo de la obesidad infantil se ha observado que los niños obesos son por lo general pasivos, reprimidos, tímidos, y comen de manera compulsiva. El niño obeso, es descrito por sus compañeros de escuela o de juegos y aún dentro de su ambiente familiar de manera despectiva. Además, tienen problemas para relacionarse con los mismos y frecuentemente presentan menores expectativas académicas y deportivas

El niño y adolescente obeso, muestran poca tolerancia a las actitudes de sus compañeros y familiares en relación con su aspecto y aceptación. Se sienten rechazados y marginados; los insultos de sus compañeros pueden ser muy crueles y lo dañan en su autoestima, haciéndose un círculo vicioso. (H54 De WikiSalud, 2006)

Ciertamente la obesidad interfiere en la pubertad, pudiendo incluso acelerar la maduración sexual y el curso del crecimiento.

Más preocupantes, no obstante, son los efectos psicológicos. Los obesos habitualmente sufren mucho, preocupados por su aspecto y por lo que otros adolescentes puedan pensar de ellos. Un gran número han sido víctimas de bromas crueles y hostigamiento continuo desde su niñez. La sociedad, en general, presenta una actitud crítica en contra de los obesos, acusándoles, injustamente, de ser personas carentes de fuerza de voluntad. No es raro, pues, que la autoestima del adolescente obeso se vea afectada por estas circunstancias. Y entonces puede producirse un círculo vicioso: el adolescente triste y aislado encuentra consuelo en la comida. Además, al tomar conciencia de su apariencia, temerá participar en fiestas, bailes y actividades deportivas en donde tendría que exhibir su cuerpo. El resultado final es la adopción de un estilo de vida sedentario y de un lamentable aislamiento social. De ahí, pues, la importancia de la formación espiritual y del apoyo emocional que precisa el adolescente obeso. (Serra L, y cols. 2003)

Se ha comprobado que los adolescentes obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad. En la adolescencia el concepto de sí mismo es de tal importancia que cualquier característica física que les diferencie del resto de sus compañeros tiene el potencial de convertirse en

un problema más grave, en concreto disminuyendo su autoestima. Es también un gran problema encontrar vestimenta para los obesos, ya que es difícil que encuentren ropas de moda adecuadas para su talla. Además, presentan frecuentemente alteraciones del comportamiento, síntomas de depresión y ansiedad. (Sebas, A., 2008)

Otra de las consecuencias pueden ser las conductas antisociales (agresividad, retraimiento, entre otras) que refuerzan el ser que no quiere ser. Lo ubican en una visión que se percibe sin salida y lo conducen a no poder construir otro sentido de vida

También muchos de los fracasos terapéuticos como puede ser la falta de adherencia al tratamiento, las transgresiones de la dieta, la depresión, la ansiedad y una autoestima baja, logran vencer el optimismo de la persona obesa con relación a sus expectativas dentro del tratamiento, pueden deberse, entre otros aspectos, a la concepción que tiene el obeso de sí mismo, lo cual, puede llevarlo a considerarse incapaz de ejercer el control necesario sobre su comportamiento y el medio ambiente, y no poder iniciar y/o mantener un régimen alimentario adecuado, sobre todo, cuando la persona puede desarrollar la creencia de que no podrá cambiar y modificar su “estilo de vida”, hacia formas más convenientes. (Gutiérrez, Moro M., 2005.)

Las consecuencias psicológicas de la obesidad, son tan graves como las que se puedan presentar en el orden biológico-fisiológico y comienzan desde las edades más tempranas. Los adolescentes obesos, pueden esperar ser rechazados por sus compañeros de edad, incluso, mucho más que aquellos que puedan presentar un impedimento físico y motor, lo que puede repercutir, en que manifiesten una baja autoestima. Una persona con tal concepción de sí misma, difícilmente puede poner en marcha los mecanismos necesarios para lograr una correcta y saludable pérdida de peso y sobre todo, si tenemos en cuenta, que estas discurren dentro de las contradicciones propias de la adolescencia. (Ballabriga A, Carrascosa A., 2001)

Es en la etapa de la adolescencia cuando la familia, los adultos, se comienzan a preocupar por el estado de obesidad, En el caso de los varones, por tabúes que existen relacionados con el desarrollo genital y el estado de obesidad, y en el caso de las hembras por el problema estético. Al estar próximas a los 15 años de edad, en que es habitual presentarlas en sociedad, hacerles fotos, es increíblemente, la causa por la que más asisten en busca de la ayuda. Lo anterior demuestra la necesidad de incrementar la Educación para la Salud, con relación no solo a la creación de los conocimientos, hábitos y actitudes alimentarios adecuados, sino a la información y comprensión de los daños que puede traer aparejado para la salud, no solo en el orden fisiológico, sino también en el psicológico y en el social. (M, Quesada M, 2001)

Muchas veces escuchamos, "la primera impresión nunca se olvida", "como te ven te tratan" o "tu apariencia es tu carta de presentación", estas frases van muy ligadas a la apariencia física, los adolescentes, según el medio en el que se desenvuelven pueden creer completamente ciertas estas frases y dedicarse a cuidar su apariencia en exceso, o bien como una actitud de rebeldía, tratar de hacer todo lo contrario para romper los moldes y no hacer ningún caso de la apariencia excesivas preocupaciones, que pueden ser signos de malestar emocional. El sobrepeso provoca infelicidad, fobias y ataques de pánico en los adolescentes por no tener una figura "adecuada" (Domínguez, G, L, y cols .2003).

En ocasiones, el estado físico real del adolescente no coincide con su percepción, es decir, hay muchachos(as) que tienen un peso y estatura adecuadas, sin embargo, ellos mencionan estar inconformes con su aspecto y por el otro lado, pueden presentar problemas de obesidad o delgadez extrema y no reconocen que la tienen. Es decir, no siempre lo que percibimos acerca de nuestro cuerpo corresponde con la realidad y en este sentido hay que tener mucho cuidado ya que modificar la alimentación para sentirse bien puede ser perjudicial para la salud si no se lleva a cabo un programa de

nutrición acorde con las necesidades nutricias tan específicas que se tienen en esta edad. (Nutrición normal | nutrición en la adolescencia, soporte digital)

La actitud del adolescente con una enfermedad crónica puede fluctuar entre desear una responsabilidad completa o no querer ninguna. Los profesionales deben tenerlo presente para buscar posibles causas de esta fluctuación, pero han de ser también lo suficientemente flexibles para adoptar el grado de su supervisión y ayuda a las necesidades evidentes, a medida que el adolescente muestra una mayor capacidad para el auto cuidado (Rodríguez Méndez, 2005). La ansiedad del adolescente respecto a su aceptación por parte de sus iguales, un aspecto especialmente importante durante la adolescencia, podría generar un comportamiento que trastorne el control de la enfermedad, a fin de evitar ser considerado “diferente” por sus iguales. La adolescencia puede ir asociada a un comportamiento impulsivo, agresivo y arriesgado, que incluye el uso del alcohol y el tabaco (Christos B, 2007).

Las características propias de cada paciente y la dinámica específica de cada familia han de apreciarse de manera diferenciada respecto a la influencia que tienen en la adaptación de una enfermedad crónica. Las familias representan un temperamento determinado, rasgos de carácter, personalidad diferenciada y estados patológicos específicos, al igual que ocurre en los componentes que la conforman. Además el trasfondo cultural o el sistema de creencias religiosas de la familia desempeñan a menudo un papel importante en la determinación del grado de cohesión y la forma en la que los miembros de la familia responden a las situaciones de estrés. Estos factores influyen en la capacidad de los padres de supervisar la asistencia del hijo, seguir los tratamientos, acomodarse a las modificaciones del estilo de vida, ayudar al paciente a adaptarse y relacionarse con el equipo de asistencia sanitaria. Los indicadores que motivan una preocupación al respecto son la alteración de la rutina familiar, el aislamiento social, el conflicto familiar, las tensiones económicas, los problemas de rendimiento o de asistencia a la escuela o al trabajo y la falta de cumplimiento al

tratamiento prescrito. La intervención de la familia en el tratamiento es esencial para alcanzar un resultado satisfactorio. Los componentes del equipo de tratamiento deben intervenir cuando sea necesario ((Rodríguez Méndez, 2005).

El entorno familiar es determinante y debe constituir el foco de atención de todas las intervenciones, si bien es cierto que cada persona es responsable de su propia salud y de tomar las decisiones oportunas para mantenerla, es responsabilidad de las administraciones públicas proporcionar la información y los medios necesarios que posibiliten a los individuos y las familias la toma de decisiones, en las mejores condiciones posibles, además de velar porque el entorno favorezca las opciones más saludables.(Martínez F, Salcedo F, y cols.,2002.)

# DEFINICIÓN DE TERMINOS

**ANSIEDAD RASGO - ESTADO** (Lorenzo Ruiz A. y col, 2003):

**Ansiedad rasgo.** Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en cuanto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevación de la intensidad de la ansiedad estado.

**Ansiedad estado.** Se define como una condición o estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetiva, conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

**DEPRESIÓN RASGO – ESTADO** (Lorenzo Ruiz A. y col, 2003):

**Depresión rasgo:** Se define como una propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable.

**Depresión estado:** Se define como una condición o estado emocional transitorio de humor deprimido.

**AUTOESTIMA** (González Llana M,2007): Según definición de Coopersmith, la autoestima es la capacidad que tiene la persona para tener confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, eficiencia, felicidad, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismo ni en sus propios problemas.



# OBJETIVOS

## GENERAL:

Identificar factores psicológicos presentes en adolescentes obesos atendidos en el Servicio Hospital Pediátrico “Leonor Pérez”.

## ESPECÍFICOS:

- Describir variables edad y sexo de la muestra estudiada.
- Evaluar el nivel de ansiedad y depresión de los adolescentes estudiados.
- Identificar el nivel de autoestima y el bienestar psicológico del grupo sometido al estudio.
- Evaluar la repercusión familiar del adolescente obeso como problema de salud.

# **DISEÑO METODOLÓGICO**

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de un grupo de adolescentes con diagnóstico de obesidad, que fueron atendidos en la consulta de Endocrinología del Hospital Pediátrico “Leonor Pérez” durante el período comprendido de enero a diciembre del 2009.

## **SELECCIÓN DE LA MUESTRA:**

La población de estudio quedó conformada por 27 adolescentes obesos teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de inclusión:**

- Aprobación del adolescente y los padres a participar en la investigación.
- Adolescentes de 11 a 18 años con diagnóstico de obesidad.
- Adolescentes obesos en que coincidan edad cronológica y grado escolar.

### **Criterio de exclusión:**

Adolescentes obesos con enfermedades que puedan provocar un daño en la autoimagen del adolescente, como, malformaciones congénitas, defectos físicos enfermedades dermatológicas, etc.

# OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

## VARIABLES DE ESTUDIO:

- **EDAD:** Variable cuantitativa continua. Se estudiaron adolescentes de 11 a 18 años de edad; se representó según años cumplidos a través de la siguiente escala:
  - 11– 14
  - 15– 18
- **SEXO:** Variable cualitativa nominal dicotómica. Que expresa el sexo biológico del paciente:
  - Masculino
  - Femenino
- **FACTORES PSICOLOGICOS:** Se estudiaron algunos factores de la esfera psicológica tales como, nivel de ansiedad, nivel de depresión, autoestima, bienestar psicológico y repercusión familiar:
- **ANSIEDAD:** Variable cuanti-cualitativa que expresa los diferentes niveles de ansiedad como rasgo - estado que puede presentar el adolescente estudiado. Se clasificó con la siguiente escala:
  - Niveles de Ansiedad – Rasgo
  - Bajo: Por debajo de 29 puntos
  - Medio: Entre 29 y 41 puntos
  - Alto: Por encima de 41 puntos

Niveles de Ansiedad – Estado

Bajo: Por debajo de 24 punto

Medio: Entre 24 y 38 puntos

Alto: Por encima de 38 puntos

- **DEPRESIÓN:** Variable cuanti-cualitativa politómica que expresa los diferentes niveles de depresión que puede presentar el adolescente estudiado. Se clasificó en:

Niveles de Depresión Rasgo

Bajo: 22 – 37 puntos

Medio: 38 – 54 puntos

Alto: 55 – 88 puntos

Niveles de Depresión Estado

Bajo: 20 - 35 puntos

Medio: 36 - 50 puntos

Alto: 51 - 80 puntos

- **AUTOESTIMA:** Variable cuali-cuantitativa que expresa la satisfacción personal del individuo consigo mismo y con la eficacia de su propio funcionamiento; a través de la cual el sujeto se autovalora según las cualidades que considera positivas o negativas. El nivel de autoestima es el responsable de muchos éxitos y fracasos. Se evaluó mediante la prueba de autoestima de Coopersmith (Anexo 4). Los sujetos se clasifican en función de tres niveles:

Nivel alto de autoestima:

Los sujetos que se clasifican en este nivel alcanzan un puntaje entre 19 y 24 puntos. Los mismos obtienen puntos en la mayoría de los ítems que indagan

felicidad, eficiencia, confianza en sí mismo, autonomía, estabilidad emocional, relaciones interpersonales favorables, expresando una conducta desinhibida en grupo, sin centrarse en sí mismos ni en sus propios problemas.

Nivel medio de autoestima:

Los sujetos que se clasifican en este nivel los que puntúan entre 13 y 18 puntos. Los mismos presentan características de los niveles alto y bajo, sin que exista predominio de un nivel sobre otro.

Nivel bajo de autoestima:

Los sujetos que se ubican en este grupo alcanzan un puntaje inferior a 12 puntos. Obtienen pocos puntos en los ítems que indican una adecuada autoestima y que fueron descritos anteriormente. En este sentido los sujetos de este nivel se perciben infelices, inseguros, centrados en sí mismos y en sus problemas particulares, temerosos de expresarse en grupos, donde su estado emocional depende de los valores y exigencias externas, y enfocará a la persona a la derrota y el fracaso.

- **BIENESTAR PSICOLÓGICO:** Variable cuanti-cualitativa dicotómica que expresa el bienestar general del adolescente y las dimensiones que conforman el mismo, como, control de situaciones, vínculos psicosociales, ausencia de afectividad negativa, aceptación de sí y autonomía. Se clasificó en:

Bienestar alto: 30 puntos y más

Bienestar bajo: menor de 30 puntos

- **REPERCUSIÓN FAMILIAR:** Variable cuanti-cualitativa que expresa el impacto que tiene el evento vital por el que atraviesa la familia (adolescente

obeso), exigiéndole reajustes, cambios o modificaciones en su dinámica interna y modo de vida, que pueden favorecer la salud o dificultarla. Se utilizó el Instrumento de Repercusión Familiar (IRFA). (ANEXO 7, el cual está distribuido por áreas que evalúan variables específicas como son:

Área socioeconómica, que a su vez evalúa las variables, recursos socioeconómicos, que son las posibilidades económicas y materiales con que cuenta la familia, y el espacio habitacional, que son los espacios o locales que conforman la vivienda, donde se desarrolla la vida familiar

Área socio psicológica, donde se evalúan las variables de la integración social, en la cual está la incorporación al estudio y al trabajo de los miembros de la familia, participación social, que se relaciona con las actividades sociales y recreativas en que participa la familia; el modo de vida familiar, al que se integra el conjunto de formas típicas de actividad que realizan los integrantes de la familia; la convivencia social, que no es otra cosa que la relación de la familia con otros elementos de la sociedad como son los vecinos y la comunidad; así como también los planes y proyectos familiares, que son los proyectos de vida futuros que se ha planteado la familia.

Área de funcionamiento familiar, que evalúa las variables de la comunicación familiar, que brinda la posibilidad de transmitir mensajes entre los miembros del grupo familiar; la efectividad, que es la capacidad de los miembros de vivencial y mostrar sentimientos y emociones unos a otros; la cohesión, dada por la unión física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas; la armonía; que es la correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia, en un equilibrio emocional positivo, así como también los roles, que son las tareas y funciones que realiza la familia.

Área estado de salud, que evalúa la variable conocida como estado de salud individual, que se refiere a la presencia de afecciones, procesos patológicos o la ausencia de enfermedad en los miembros de familia.

**La repercusión familiar se clasificó en diferentes niveles:**

No repercusión (0-20 puntos): Cuando el evento no ha exigido cambios a la familia en su dinámica interna y en el modo de vida familiar.

Repercusión leve (21-40 puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia muy pocos cambios en su dinámica interna y el modo de vida familiar.

Repercusión moderada (41-60 puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia algunos cambios en su dinámica interna y modo de vida.

Repercusión elevada (61-80 puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia muchos cambios y modificaciones en dinámica interna y modo de vida.

Repercusión severa (81 y más puntos): Cuando el evento ha exigido a la familia realizar gran cantidad de cambios y modificaciones importantes en su dinámica interna y modo de vida.

Repercusión favorable: Cuando la familia evalúa o considera que los cambios y modificaciones realizadas, o el hecho de no haber ocurrido cambios son favorables para el sistema familiar.

Repercusión desfavorable: Cuando la familia evalúa o considera que los cambios y modificaciones realizadas, o el hecho de no haber ocurrido cambios, son desfavorables para el sistema familiar.

## **Técnicas y procedimiento de recolección de datos:**

- La autora de este estudio confeccionó un modelo de registro (ANEXO 2), donde se reflejó la información necesaria para el desarrollo de los objetivos de la investigación, tales como datos generales del paciente (nombre, apellidos, edad, sexo); También se reflejó en el modelo de registro los resultados de los instrumentos y pruebas psicológicas aplicadas a los pacientes y familiares.

Técnicas aplicadas a los adolescentes:

- **Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado** para Niños (IDAREN, ANEXO 3) e **Inventario de Depresión Rasgo – Estado** para Niños (IDEREN, ANEXO 4). Estos inventarios fueron creados por A. Lorenzo Ruiz y colaboradores (2003), siendo una variante del test IDARE e IDERE para adultos. Ambos permiten obtener el grado de Ansiedad y Depresión como Rasgo y como Estado. Son inventarios autos descriptivos y subdivididos en dos partes. La primera pretende medir la Ansiedad y la Depresión como Estado, con veinte proposiciones y tres posibles respuestas, valoradas en 1, 2, 3, respectivamente. En la segunda parte se pretende medir la Ansiedad y Depresión como Rasgo, también tiene veinte proposiciones y las tres posibles respuestas de la primera parte. En el proceso de validación del IDAREN y el IDEREN se confirma el carácter imprescindible de los mismos, como instrumentos de evaluación psicológica, destacándose su fácil aplicación, interpretación y versatilidad para los diferentes problemas de la salud mental infantil y juvenil.

### **Calificación del IDAREN**

**Escala de Ansiedad - Rasgo:** Suma total de los ítems = puntuación directa



Niveles Ansiedad Rasgo:

Bajo: Por debajo de 29 puntos

Medio: 29 – 41 puntos

Alto: Mayor de 41

### **Escala de Ansiedad - Estado:**

Sub escala de Ansiedad – Estado

Ítems 2; 3; 5; 7; 12; 14; 15; 17; 19; 20    (+)    (X)

Ítems 1; 4; 6; 8; 9; 10; 11; 13; 16; 18    (-)    (Y)

Calificación en Ansiedad – Estado

$(X - Y) + 40 =$  Puntuación directa

Niveles de Ansiedad - Estado

Bajo: Menor de 24 puntos

Medio: 24 – 38 puntos

Alto: de 38 puntos Mayor

### **Escala de Depresión Rasgo (D-R):**

“A” Ítems Positivos Directos (+) = 21, 22, 23, 24, 27, 28, 30, 33, 37, 38, 40, 42.

“B” - Ítems Negativos Inverso (-) = 25, 26, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 39, 41.

Fórmula:  $(A - B) + 50 =$  Valor D-R

Valor Mínimo D-E= 22 puntos.

Valor Máximo D-E= 88 puntos.

Niveles de Depresión Rasgo

Bajo: 22 - 37 puntos

Medio: 38 a 54 puntos

Alto: 55 a 88 puntos

### **Escala de Depresión Estado (D-E):**

“A” Ítems Positivos Directos (+) = 1, 3, 5, 8, 9, 12, 13 14, 15, 16, 17, 20.

“B” - Ítems Negativos Inverso (-) = 2, 4, 6, 11, 18, 19.

Calificación en Depresión – Estado

Fórmula:  $(A - B) + 35 = \text{Valor D-E}$

Valor Mínimo D-E= 20 puntos.

Valor Máximo D-E= 80 puntos.

Niveles de Depresión Estado

Bajo: 20 - 35 puntos

Medio: 36 - 50 puntos

Alto: 51 - 80 puntos

- **Inventario para medir Autoestima de Coopersmith;** (Anexo 5) Consta de un cuestionario de actitudes que el adolescente deberá responder, evaluado según la Escala de Autoestima de Coopersmiht que cuenta de 25 ítems. Se califica otorgando un punto en aquellos ítems que están redactados en sentido positivos y a los cuales el sujeto responde afirmativamente (SI) Estos ítems son: 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19 y 20, Cuando el sujeto contesta NO en cualquiera de los restantes ítems se le asigna un punto a ese ítem. Al final son sumados estos puntajes obteniéndose una puntuación total. Este resultado se interpreta a partir de una norma de percentiles confeccionada para clasificar a los sujetos en función de tres niveles:

### **TABLA DE CLASIFICACION**

<b>CLASIFICACION</b>	<b>PUNTAJE</b>
Nivel alto de autoestima	19 a 24 puntos
Nivel medio de autoestima	13 a 18 puntos
Nivel bajo de autoestima	menos de 12 puntos

Se puede realizar un análisis cualitativo de las respuestas a los ítems de la prueba e identificar con más detalles las áreas problemas referentes a la autoestima de los adolescentes obesos

- **Cuestionario de bienestar psicológico para adolescentes (BIEPS)** (ANEXO 6). Es un instrumento con una adaptación cubana, creada por Martin M. (2001); la escala consta de 12 ítems y evalúa cinco dimensiones del Bienestar: Control de situaciones, Vínculos psicosociales Ausencia de afectividad negativa, Aceptación de sí y Autonomía, donde el encuestado debe responder cómo se sintió en el último mes.

Cada una de estas dimensiones se puntúa mediante una escala de tipo Likert de tres puntos:

En desacuerdo: 1 punto

Ni de acuerdo ni en desacuerdo: 2 puntos

De acuerdo: 3 puntos

Se obtiene una puntuación total (Bienestar General) y una para cada dimensión, esta última es resultante de la suma de los puntos obtenidos en cada uno de los ítems, según las tres opciones de respuesta. Las respuestas dadas a los ítems agrupados según cada una de las dimensiones se interpretan de manera cualitativa. De interés clínico es la identificación de las dimensiones que tienen puntuaciones más baja con respecto a las restantes.

**Bienestar General:** Sumatoria de las puntuaciones obtenidas en todos los ítems.

**Dimensiones del Bienestar:**

Aceptación de sí: Sumatoria ítems 4,7, 9.11

Control: Sumatoria ítems 10 y 12

Vínculos: Sumatoria ítems 2 y 8

Autonomía: Sumatoria ítems 1 y 3

Ausencia de afectividad negativa: Sumatoria ítems 5 y 6

Técnica aplicada al familiar

- **Instrumento IRFA** (Anexo 7): Instrumento elaborado por la Lic. Patricia Herrera Santi y colaboradores (Herrera P, 2002), para evaluar el impacto que tienen los diferentes eventos en la salud familiar. Consta de 20 ítems, distribuidos por áreas que evalúan variables específicas. La calificación de esta prueba consiste en la suma natural de los valores numéricos circulados y posibilita la obtención de un puntaje para cada área estudiada, al sumar la puntuación de los ítems que integran cada área y otro para la repercusión global en la salud familiar sumando la puntuación total de todos los ítems. La evaluación del sentido favorable o desfavorable de la repercusión se determina por la prevalencia del signo positivo o negativo, ya sea en cada área o de manera global.

La aplicación se realizó en un tiempo de aproximadamente 15 a 20 minutos, tratando que la respuesta se diera sobre la base de un consenso familiar, entendiendo como tal la opinión del familiar (madre, padre u otro familiar que conviva con el niño). Según la respuesta surgida del consenso familiar se circuló el número de acuerdo al grado en que el evento produjo cambios en la familia y se señaló en la forma positiva o negativa según el familiar consideró como fue la repercusión; si favorable (+) o desfavorable (-).

## **CODIFICACION DE DATOS (OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE NIVEL DE REPERCUSION O IMPACTO).**

**ÁREA SOCIO ECONÓMICA:** Incluye Recursos Económicos, Espacio Habitacional, ITEMS 2, 3 Y 20

No repercusión = 1 – 3 puntos

Repercusión Leve = 4 – 6 puntos

Repercusión Moderada = 7 – 9 puntos  
Repercusión Elevada = 10 – 12 puntos  
Repercusión Severa = 13 - 15 puntos

**ÁREA SOCIO PSICOLÓGICA:** Incluye Integración social, Participación social, Modo Vida Familiar, Convivencia social, Planes y Proyectos Filiars. ITEMS 4, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 19.

No repercusión = 1 - 8 puntos  
Repercusión Leve = 9 – 16 puntos  
Repercusión Moderada = 17 - 24 puntos  
Repercusión Elevada = 25 - 32 puntos  
Repercusión Severa = 33 – 40 puntos

**ÁREA FUNCIONAMIENTO FAMILIAR:** Incluye Comunicación Familiar, Afectividad, Cohesión, Armonía y Roles. ITEMS 1, 10, 11, 12, 14, 15,16, 18.

No repercusión = 1 - 8 puntos  
Repercusión Leve = 9 – 16 puntos  
Repercusión Moderada = 17 - 24 puntos  
Repercusión Elevada = 25 - 32 puntos  
Repercusión Severa = 33 – 40 puntos

**ÁREA ESTADO DE SALUD:** Incluye Estado de Salud individual. ITEM 13.

No repercusión = 1 punto  
Repercusión Leve = 2 puntos  
Repercusión Moderada = 3 puntos  
Repercusión Elevada = 4 puntos  
Repercusión Severa = 5 puntos

## **CALIFICACIÓN DEL IMPACTO EN LA SALUD FAMILIAR DE MANERA GENERAL O GLOBAL**

No Repercusión =	0 – 20 puntos
Repercusión Leve =	21 - 40 puntos
Repercusión Moderada =	41 - 60 puntos
Repercusión Elevada =	61 - 80 puntos
Repercusión Severa =	81 y más puntos

## **PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO**

La información recogida se llevó a una base de datos, utilizando el tabulador EXCEL y se procedió al análisis de los resultados, mediante el porcentaje como frecuencia relativa. Todos los objetivos se cumplieron construyendo tablas con cada una de las variables. Los resultados se expusieron en tablas y gráficos para su mejor comprensión

De manera comparativa se realizó el análisis de los resultados, a través de la discusión, apoyándonos en la bibliografía revisada y por medio de un proceso de síntesis y deducción, basados en un marco teórico conceptual establecido, el cual nos permitió arribar a las conclusiones pertinentes. Se utilizó una computadora personal Pentium III y una calculadora. Los textos se procesaron con Word XP.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

La realización de este trabajo se llevó a cabo cumpliendo con todos los principios éticos en cuanto a la no maleficencia, teniendo en cuenta los riesgos y beneficios que pueda acarrear el presente estudio para el paciente, por lo que se realizó solamente con el

consentimiento informado del mismo (ANEXO 1), además se cumplió con la protección y confidencialidad a que tiene derecho el paciente, así como a la comunicación de los resultados obtenidos en el trabajo realizado.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES OBESOS SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO. HOSPITAL “LEONOR PEREZ”. 2009**

<b>GRUPO EDAD</b>	<b>MASC.</b>	<b>%</b>	<b>FEM.</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
<b>11 - 14</b>	3	37,5	13	68,4	16	59,3
<b>15 - 18</b>	5	62,5	6	31,6	11	40,7
<b>TOTAL</b>	8	29,6	19	70,4	27	100

FUENTE: Modelo de registro

Como puede observarse en la tabla 1, hubo un franco predominio del sexo femenino (70,4%), así como un mayor porcentaje en el grupo de 11 a 14 años con 59,3%.

Pudiéramos considerar que el predominio del sexo femenino se debió a que en las hembras existe una mayor preocupación por la imagen estética. Según plantea la literatura revisada (Ruiz, Pinal V, Ruiz Mata. J. A, 2006) los padres tienen un comportamiento diferencial entre una hija obesa y un hijo en iguales circunstancias. Al parecer, la cantidad de culpa que se experimenta en los padres es mayor en el caso de las niñas que de los niños.



El arribo a los 15 años tiene una connotación significativa en nuestra cultura, observándose en la actualidad un auge en la celebración de este acontecimiento y sobre todo la importancia que se le concede a las fotos, lo cual puede estar influyendo en la necesidad de solicitar ayuda de especialista.

En el caso de los varones, también se puede pensar que el estirón de la pubertad, así como las actividades deportivas a nivel de barrios, influye positivamente en la disminución del peso corporal, por lo que se reportan menos adolescentes obesos del sexo masculino para tratamiento.

**TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES OBESOS SEGÚN ANSIEDAD DE RASGO - ESTADO HOSPITAL “LEONOR PEREZ”. 2009**

NIVEL DE ANSIEDAD	ANSIEDAD RASGO		ANSIEDAD ESTADO	
	n	%	n	n
<b>BAJO</b>	5	18,5	6	22,2
<b>MEDIO</b>	7	25,9	12	44,5
<b>ALTO</b>	15	55,6	9	33,3
<b>TOTAL</b>	27	100	27	100

FUENTE: IDAREN

En esta tabla 2 se pudo identificar que la Ansiedad como Rasgo se manifestó más elevada para un 55,6%. En cuanto a la Ansiedad como Estado se evidenció que el nivel medio predominó en el grupo estudiado para un, 44,5%; aunque debemos señalar que las adolescentes que reportaron una Ansiedad media tanto de Rasgo como de Estado las cifras en su mayoría alcanzaron el límite superior.

Los niveles de Ansiedad alto que se reportaron en este estudio, puede deberse al tratamiento dietético riguroso, así como a un cambio en el estilo de vida, generando limitaciones e incorporaciones de nuevas conductas, ya que la imagen corporal adquiere gran importancia. El adolescente con características atléticas es más aceptado, en especial por sus iguales, de acuerdo a los estereotipos culturales, mientras que aquellos cuya figura provoca una imagen desfavorable, pueden ser objetos de burla, discriminados en su grupo y rechazados por el sexo opuesto. Esta situación provoca en adolescentes, ansiedad, retraimiento, timidez o conductas agresivas.

Es importante tener presente que en la adolescencia existe un proceso de cambios biológicos y psíquicos importantes que provocan en ellos, incertidumbre, temor a lo desconocido. Ha terminado la niñez pero aún no pueden ser totalmente independientes, decidir totalmente por si solos, siendo ésta por tanto una época de contradicciones, de expectativas constantes con respecto a las relaciones interpersonales y sus actividades fundamentales.

Según se detalla, los adolescentes con niveles altos de Ansiedad, suelen mostrarse inseguros, perfeccionistas, con gran necesidad de recibir la aprobación de los demás para que les aseguren la calidad de lo que hacen. Confían poco en sí mismos, les da miedo cualquier situación y requieren la constante presencia del adulto para enfrentarse a sus temores (Bautista S, soporte digital) por lo que es de esperar que el grupo estudiado presente niveles de Ansiedad alto, dada la presencia de una enfermedad crónica y la crítica por la imagen, tanto de la familia como de los coetáneos

Estudios realizados por varios autores cubanos (Castillo, R. Y Lorenzo, A.1993)- (Vizcaíno, M y Lorenzo, A. 1996) sobre los niveles de Ansiedad en niños y adolescentes con enfermedades crónicas, reportan altos niveles de Ansiedad tanto Rasgo como Estado; lo que se corrobora en este estudio, a pesar, que la obesidad no tiene una

connotación patológica para el adolescente y su familia y carece de criterio de amenaza para la vida en esta etapa del desarrollo.

**TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES OBESOS SEGÚN DEPRESION DE RASGO - ESTADO HOSPITAL “LEONOR PEREZ”. 2009**

<b>NIVEL DE DEPRESIÓN</b>	<b>DEPRESIÓN RASGO</b>		<b>DEPRESION ESTADO</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>BAJO</b>	5	18,5	8	29,6
<b>MEDIO</b>	18	66,7	19	70,4
<b>ALTO</b>	4	14,8	-	-
<b>TOTAL</b>	27	100	27	100

FUENTE: IDEREN

Si observamos la tabla 3, en ella se reflejan con porcentajes más elevados la Depresión Media, tanto en rasgo como estado, con un 66,7% y 70,4% respectivamente. Se evidencia que la Depresión elevada no es el síntoma de mayor predominio en estos pacientes, aunque se presentó en algunos casos que demostraban problemas de funcionamiento familiar.

Los niveles de Depresión alto pudieran estar relacionados con un sentimiento de incertidumbre o desesperanza con respecto a su desarrollo futuro, con el descontento y la insatisfacción de los resultados de su tratamiento, con el cumplimiento de las expectativas individuales y familiares, la introversión y preocupación por su salud, así como falta de apoyo familiar y social debido a que la obesidad puede implicar cierto rechazo social.

Los rasgos de personalidad hacen que algunos pacientes sean intrínsecamente más vulnerables a los sentimientos de desesperación o impotencia, mientras que en otros hacen que se muestre una fuerza innata ante la adversidad, por lo que para evaluar adecuadamente a un paciente, se debe considerar todas las dimensiones relevantes, como las características de personalidad del paciente, la dinámica familiar y las variables específicas relativas a la enfermedad o su tratamiento, en un intento de identificar la causa básica (. Ortiz L C, 2009).

Según se describe la Depresión en menores, aumenta con la edad y el componente genético es una de sus causas principales. A pesar de que la Depresión se considera una enfermedad crónica, se asegura que “los niños y los jóvenes tienen un cerebro muy plástico y consiguen recuperarse, aunque existe un riesgo importante de recaída (Rodríguez Méndez O, 2005).

La investigación realizada por la Dra. Seijas en el Hospital Pediátrico Universitario “Pedro Borrás Astorga” entre los años 2000 y 2006, reflejó que la Depresión no fue el trastorno afectivo de mayor frecuencia, por lo que este trabajo concuerda con los resultados antes mencionados (Seijas Sende MC, Marín Díaz ME 2007)

**TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES OBESOS SEGÚN NIVEL DE AUTOESTIMA. HOSPITAL “LEONOR PEREZ”. 2009**

<b>NIVEL DE AUTOESTIMA</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>NIVEL MEDIO</b>	5	18,5
<b>NIVEL BAJO</b>	22	81,5
<b>TOTAL</b>	27	100

FUENTE: COOPERSMIHT

En esta tabla 4, se muestran los resultados de la evaluación de los niveles de autoestima, destacándose el nivel bajo de autoestima con un 81,5% del total de adolescentes estudiados. No se reflejó en la tabla el nivel alto de autoestima por no reportarse ningún caso.

Como se muestra en la tabla analizada, la mayoría de los adolescentes estudiados reflejaron una imagen negativa, deficiente, lo que denotó una autoestima baja e inadecuada, lo que puede manifestar conductas agresivas o pasivas, al tratarse a sí mismos con dureza, con exigencias desmedidas y una desvalorización general de su persona y de todo lo que hacen.

Según describe el profesor Zaldívar (Zaldívar P D, 2004), cuando la autoestima se encuentra dañada, el individuo puede sentirse incapaz e inadecuado, mostrarse

inseguro y dependiente, de manera excesiva, de las opiniones y aprobación de los demás y el autoconcepto que desarrolla lo hace sentirse infeliz, deprimido o ansioso.

La autoestima de media a baja registrada coincidió con lo informado por otros autores (Ando M, Ando S, Takeuch T, 2005) que refieren que con la presencia de una enfermedad crónica, la autoestima disminuye, por lo que es de esperar que en la población estudiada, se comporte de esta manera, ya que según Zaldívar (Zaldívar P D, 2006) la imagen corporal es un componente importante y juega un relevante papel en la constitución de la autoestima personal.

El modo en que los adolescentes obesos, se sientan con su imagen corporal, influye en la manera en que se valoran, y también en el malestar o bienestar, en dependencia del tipo de emociones y sentimientos que les provoque.

El deterioro de la autoestima, representa una carga para el adolescente y su familia; lo que conlleva al deterioro de sus relaciones sociales y afectivas expresadas por inadaptación y debilidad de sus funciones psíquicas, que en ocasiones producen reacciones de autoagresión o diferentes formas de marginalización (Bettschart W, 1999)

**TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE ADOLESCENTES OBESOS SEGÚN BIENESTAR PSICOLÓGICO DEL ADOLESCENTE. HOSPITAL “LEONOR PEREZ”. 2009**

<b>BIENESTAR PSICOLÓGICO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>BIENESTAR ALTO</b>	4	14,8
<b>BIENESTAR BAJO</b>	23	85,2
<b>TOTAL</b>	27	100

FUENTE: Escala BIEPS- J

Si observamos esta tabla 5 podemos inferir que el bienestar psicológico de la mayoría de los adolescentes estudiados se encuentra dañado, ya que el 85.2% de los mismos, reflejaron un bienestar bajo.

A pesar de que la obesidad no siempre es concebida como una enfermedad crónica, cada individuo puede manifestar estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de su condición de enfermo, las limitaciones o cambios que la enfermedad le impone y las exigencias de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a los que debe someterse, la percepción y evaluación que hace de su pronóstico y el impacto que la enfermedad trae para su vida actual y futura (Victoria G-V Carmen R., Rodríguez G, soporte digital).

Las dimensiones que reportaron mayor afectación fueron la aceptación de si, control de situación y la presencia de afectividad negativa Se manifestaron expresiones tales

como no satisfecho con el cuerpo que tienen, sentirse no aceptado por los demás, sentimiento de soledad y no responsabilidad de sus actos.

En los factores subjetivos de la calidad de vida podemos apreciar que cuando un individuo se siente mal, o está enfrentando un proceso de aceptación o rechazo, esto lo hace “sentirse infeliz, y eso puede dañar aquellas áreas de la vida significativas para él, en relación con sus aspiraciones y metas en la etapa del ciclo vital en que se encuentre. De aquí la importancia de tener en cuenta la óptica individual, la percepción del propio paciente en la evaluación de su calidad de vida (Victoria G-V Carmen R., Rodríguez G, soporte digital)

Tener salud en su concepción más amplia, no sólo implica sentirse bien físicamente, es además tener planes y proyectos futuros, involucrarse en ellos de manera activa para alcanzarlos y derivar de eso satisfacciones personales. El fracaso en el logro de esas satisfacciones puede convertirse en una fuente de stress con implicación negativa para la salud considerada integralmente. La calidad de vida está estrechamente vinculada a las aspiraciones y el nivel de satisfacción con respecto a los dominios más importantes en que una persona desarrolla su vida (Victoria G-V Carmen R., Rodríguez G, soporte digital)

Muchas investigaciones consideran la importancia sobre la percepción subjetiva o valoración del individuo acerca de su bienestar, ya que nadie es mejor que el propio individuo para identificar sus fuentes de satisfacción o insatisfacción (Victoria G-Viniegras C R, 2003- Grau A J, Victoria G-VC R, Hernández M E 2006).

Badia y Lizán (2005), plantean algunas dimensiones que se deben tener en cuenta en el análisis de la Calidad de vida relativa a la salud, entre ellas describen, la sensación de bienestar, la cual incluye el sufrimiento psicológico, como bienestar emocional, afecto, Ansiedad y Depresión, así como la función física y social del enfermo.



El estado de salud emocional forma parte de la calidad de vida de una persona obesa y hacia ello debe dirigirse el trabajo de los profesionales encargados de atender a estos pacientes. Un programa integral de manejo de las enfermedades crónicas debe tener en cuenta todos estos factores, incluyendo, por supuesto, los programas educativos.

**TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE OBESO. HOSPITAL " LEONOR PEREZ". 2009**

<b>REPERCUSIÓN FAMILIAR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>REPERCUSIÓN LEVE</b>	19	70,2
<b>REPERCUSIÓN MODERADA</b>	7	26,0
<b>REPERCUSIÓN ELEVADA</b>	1	3,8
<b>TOTAL</b>	27	100

FUENTE: IRFA

Como podemos observar, al evaluar la Repercusión Familiar ante el evento de una enfermedad crónica (Adolescente con obesidad), pudimos constatar que el mayor porcentaje correspondió a una repercusión familiar leve con un 70,2%, siguiéndole una repercusión moderada (26,0%). En todas las familias se presentó algún grado o nivel de repercusión ante la presencia de un adolescente obeso como miembro de la misma. No se reflejó repercusión severa en la tabla, por no reportarse ninguna familia en este nivel.

El peso y la importancia que la familia tiene en el desarrollo y evolución del individuo aumentan su potencial de acción en la interacción de cada uno de sus miembros; por lo tanto, la familia definida como sistema se ve afectada como tal cuando alguno de sus miembros sufre algún cambio vital (Chacón R M, Grau A J A y cols, 2003)

Louro (Louro I, 1994) describe en su trabajo sobre "La familia en el proceso salud –

enfermedad” que el grupo familiar opera como un eslabón de intercambio entre el medio social y el individuo, ya que es una de las fuentes más intensas de aprendizaje social, pues actúa como regulador de las fuerzas provenientes del exterior y del propio medio interno individual. A través de sus funciones reproductiva, económica, afectiva y educativa, se transmiten la experiencia histórica social y valores culturales, enseñanza, normas, convenciones, actitudes y sentimientos que complementan el proceso educativo y de enseñanza-aprendizaje. Todas las funciones familiares están en la base de la salud del individuo y del grupo como un todo, en tanto garantizan el crecimiento, el desarrollo normal y el equilibrio emocional, que sirven de apoyo para poder afrontar los problemas y crisis de la vida.

En la familia, como grupo social, el vínculo entre sus miembros es tan estrecho, que cualquier cambio que ocurra en uno de sus integrantes provoca modificaciones en los otros, y con frecuencia en toda la familia (Casales, J.C., 1989), tal es el caso que ante un adolescente obeso, la madre tiene que modificar el cumplimiento de sus funciones para dedicarse a las exigencias de un tratamiento y a las transformaciones del estilo de vida familiar.

Pensamos que el porcentaje elevado de repercusión leve en las familias estudiadas se deba a que en nuestra sociedad aún no se reconoce la obesidad como una enfermedad, ni como un factor de riesgo de otras enfermedades, fundamentalmente en esta etapa de la vida, por no ser considerarla como una amenaza.

**TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE OBESO SEGÚN EVALUACION DEL FAMILIAR. HOSPITAL “LEONOR PEREZ”. 2009**

<b>EVALUACIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>REPERCUSIÓN FAVORABLE</b>	11	40,7
<b>REPERCUSIÓN DESFAVORABLE</b>	16	59,3
<b>TOTAL</b>	27	100

FUENTE: IRFA

En relación con el sentido del impacto vemos en la tabla 7, que para 16 familias (59,3%) la repercusión fue desfavorable, mientras que para 11 (40,7%) fue favorable, lo cual puede deberse a ser un evento que en la mayoría de las familias pueden generarse conflictos dados por la obesidad y agravados por la etapa de la adolescencia; la mayoría de las familias que reflejaron una repercusión desfavorable, señalaron situaciones económicas que limitaban el desarrollo del tratamiento, por los altos costos de alimentos saludables para dieta del adolescente. También se reportaron marcados conflictos en el sistema fraterno y alianzas establecidas entre algunos miembros con el adolescente obeso. Se observó poca preparación para el afrontamiento del adolescente obeso como problema de salud, lo que hace que el impacto sea más desfavorable.

Muchos padres identifican adiposidad con salud, tanto que en algunas familias la gordura se convierte en un ideal, pues por oposición la delgadez, significa enfermedad. Apoyándose en el simbolismo salud-gordura es asaz corriente que algunos de los padres se oponga al otro que desea adelgazar al hijo. Se llega a veces a un verdadero

choque de voluntades contrapuestas, que intensifican la angustia del sujeto sometido al tratamiento.

Tres de las familias que reflejaron una connotación desfavorable, se encontraban atravesando crisis de desorganización por diferentes eventos accidentales los cuales no fueron objeto de esta investigación, además es importante tener en cuenta las diferencias individuales de las familias, ya que unas familias son más vulnerables que otras a las crisis.

**TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE LA REPERCUSIÓN FAMILIAR DEL ADOLESCENTE OBESO SEGÚN ÁREAS EVALUADAS. HOSPITAL “LEONOR PEREZ”. 2009**

REPERCUSIÓN FAMILIAR	AREA SOCIO ECONOMIC A		AREA SOCIO PSICOLÓGI CA		FUNC. FAMILIAR		AREA ESTADO DE SALUD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
REPERCUSIÓN LEVE	3	11,1	5	18,5	4	14,8	21	77,8
REPERCUSIÓN MODERADA	18	66,7	16	59,3	15	55,6	6	22,2
REPERCUSIÓN ELEVADA	6	22,2	6	22,2	8	29,6	-	-

FUENTE: IRFA

Cuando analizamos en la tabla 8 las aéreas que intervienen en la repercusión familiar, vemos que en el área socioeconómica la repercusión moderada reflejó el mayor porcentaje con un 66,7%, siguiéndole en el área sociopsicologica una repercusión moderada de un 59.3% y el área funcionamiento familiar para un 55,6%, no debemos

despreciar que en esta área se reportaron 8 familias con una repercusión elevada (29.6%).

En la esfera socioeconómica el principal aspecto que se afectó negativamente, fue la dificultad en recursos económicos de la familia para lograr cumplir con las indicaciones terapéuticas de la consulta de Endocrinología, ya que el alto costo de alimentos sanos para dietas hipocalóricas dificulta su adquisición, generando ira, frustración, agresividad, resentimiento, en el adolescente y la familia.

En cuanto a estos resultados, coincidimos con otros estudios realizados en el extranjero (Florenzano UR.1995), donde se describe que el contexto económico está muy ligado a la vida de la familia, siendo uno de los estresantes familiares más frecuente en la vida de los jóvenes y los adolescentes.

En la esfera socio psicológica los principales aspectos que se afectaron negativamente fueron las sobre exigencias en la incorporación de nuevos estilos de vida, por parte de la madre, el adolescentes y el resto de los familiares. Las variables que más se impactaron fueron el rechazo social y el modo de vida familiar.

Cuando analizamos las familias que presentaron una repercusión moderada en el funcionamiento familiar, las mismas refirieron poca participación en la solución del problema de salud por parte de algunos miembros, no proporcionándose la toma de decisiones de manera conjunta. Estos cambios se relacionan con un desempeño inadecuado de la jerarquía familiar. Los principales cambios referidos por las familias fueron dados por la no correspondencia de los intereses individuales con los familiares. Evidentemente en estas familias los conflictos estuvieron dados por la ruptura generacional propia de esta etapa, siendo principales causantes del impacto negativo en el funcionamiento familiar, afectándose la armonía y cohesión del grupo familiar.

Lo anterior se corresponde con la bibliografía revisada (Ruiz, Pinal V, Ruiz Mata. J. A, 2006) la cual refiere que existen más familias disfuncionales, cuando alguno de sus miembros es obeso, debido a que hay mayores culpas y menores alianzas para solucionar el problema, lo cual deriva en un ambiente agresivo y poco comprensivo. No es raro encontrar que dentro del mismo núcleo familiar el niño con sobrepeso es agredido de manera verbal y afectiva, se le señala como diferente al resto de los hermanos

Teniendo en cuenta que nuestra población no identifica la obesidad como una enfermedad, es por lo que consideramos que la mayoría de las familias estudiadas presentaron una repercusión leve (77,8%) en cuanto al área del estado de salud de sus miembros.

De forma general, podemos decir, en cuanto a la repercusión familiar sobre la obesidad, que para la mayoría de las familias estudiadas ha sido un momento desfavorable y con consecuencias negativas, dañando el desarrollo de la familia como sistema. Esto reafirma una vez más la importancia de la evaluación en la familia sobre la repercusión y el impacto de los eventos, en este caso la presencia de un miembro con una enfermedad crónica (obesidad) y su relación con los estilos de afrontamiento de la familia, como primer sistema de apoyo del individuo.

## CONCLUSIONES

- El mayor porcentaje de adolescentes con obesidad se reportó en el grupo de 11 a 14 años de edad, predominando el sexo femenino.
- Predominaron los niveles altos de Ansiedad- Rasgo, sin embargo, el nivel medio de Depresión fue el de mayor frecuencia, tanto en Rasgo como Estado.
- Se destacó el nivel bajo de la autoestima y de bienestar psicológico en los adolescentes estudiados con obesidad.
- El evento de la obesidad en el adolescente como problema de salud, tuvo una repercusión de leve a moderado con un sentido desfavorable a ella en la gran mayoría de los casos. La repercusión de la obesidad en la esfera socioeconómica, sociopsicológica y de funcionamiento familiar se comportó a un nivel de moderado a elevada.



## RECOMENDACIONES

- Considerando que la prevención de la Obesidad debe ser una emergencia en salud pública desde la infancia, recomendamos diseñar y aplicar una estrategia por parte del médico de familia, donde los padres se sientan responsabilizados ante este problema de salud el cual mejoraría la calidad de vida del individuo.
- Implementar el protocolo de evaluación psicológica para niños y adolescentes con Obesidad desde el momento del diagnóstico de la enfermedad, con la finalidad de realizar una intervención temprana

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amador, M, A. Labarrere, S, A. Rico, M, P y Valera, A, O. (1995). **El adolescente cubano una aproximación al estudio de su personalidad**. Editorial Pueblo y Educación, La Habana.
2. M. Ando, S. Takeuchi, T.( 2005). Preliminary study of psychological factors affecting clinic attendance and glycemic control of Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. Psychol Rep.
3. Andrea, B, S. (2007). Obesidad infantil. Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina. n° 168 – abril, 2007. Soporte digital.
4. Aranceta, B, J. (2001). Obesidad infantil y juvenil. Estudio enkid. Ed Masson.
5. Argote, P, J. (2008). Prevalencia y factores asociados al síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos del Municipio Marianao, octubre, 2008. Soporte digital.
6. Badía, L, X y Lizán, T, L.( 2005). Estudios de Calidad de Vida. Cuadernos de atención Primaria. Barcelona.
7. Ballabriga, A. Carrascosa, A. (2001). Nutrición en la infancia y la adolescencia. 2.ª Ed. Madrid.
8. Bettschart, W. (1999). The adolescent with a chronic somatic disorder. Schweiz Med Wochenschr.
9. Bozhovich, L. (1978). Estudio de la motivación de la conducta de los niños y adolescentes. Editorial progreso Moscú.
10. Bueno, S, M. (2004). Endocrinología Pediátrica en el siglo XXI. El modelo de la obesidad: pasado, presente y futuro. An Pediatr.
11. Bueno, S, M. Bueno, L, G. Moreno, A, L. Sarría, A y Bueno, L O. (2001). Epidemiología de la Obesidad Infantil en los países desarrollados. Obesidad Infantil y Juvenil. Estudio Enkid. Ed. Masson.

12. Burrows, A.R. Gattas Z, V. Leiva, B.L. Barrera, A, G y Burgueño, A, B.( 2001). Características biológicas, familiares y metabólicas de la obesidad infantil y juvenil. Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887 Rev. méd. Chile v.129 n.10 Santiago oct. 2001. Soporte digital.
13. Cabrera, M. (2008). Obesidad Infantil: Asunto de peso. Trabajadores. Órgano de la central de trabajadores de Cuba. Soporte digital.
14. Calzada, R, L, A. ( 2002). Conclusiones de la reunión nacional de consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes. Academia Mexicana de Pediatría. Bol Méd Hosp Infant Méx.
15. Carmenate, M, M. ( 2009). Universidad Autónoma de Madrid. Ministerio de Educación y Ciencia de España, Editorial Ciencias Médicas. Soporte digital.
16. Casales, J,C .(1989). Psicología Social. Contribución a su estudio. Editorial Ciencias Sociales, C. de la Habana.
17. Castillo, R. Y Lorenzo, A. (1993). Caracterización integral de la disfunción temporo-mandibular en adolescentes: influencia del tratamiento ortodóncico y de la ansiedad. Tesis de especialista en Estomatología. Santa Clara, Cuba. Facultad de Ciencias Medicas de Villa, Clara.
18. Colectivo de autores. (2001). Psicología del desarrollo. Selección de lecturas, Editorial Félix Varela, La Habana.
19. Contreras, J. (2002). La obesidad: una perspectiva sociocultural. Nutric y obes. Soporte digital.
20. Cruz, T, L .(2006). Psicología del desarrollo. Selección de lecturas, Editorial Félix Varela, La Habana.
21. Christos, B. (2007). La transición desde la atención pediátrica a la atención al adulto. Diabetes Voice. Septiembre 2007 | Volumen 52 | Número 3.
22. Chueca, M, O. Sola, A. Martí, A. Berrade, A y Azanza ,M. ( 2004). Obesidad en niños y adolescentes. Estudio de la sensibilidad a la insulina y otros factores de riesgo de síndrome metabólico. Anales Sis San Navarra. Soporte digital

23. Dalmau, S, J y Fenollosa, G, T. (1999). Obesidad infantil y juvenil. Pediatría. Soporte digital.
24. Domínguez, G, L. Ibarra M, L y Fernández R, L. (2003). Psicología del desarrollo adolescencia y juventud. Selección de lecturas. Editorial Félix Varela, La Habana.
25. Domínguez, V, P. Olivares, S y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos latinoamericanos de nutrición órgano oficial de la sociedad latinoamericana de nutrición, vol. 58 nº 3, Universidad de Chile. Soporte digital.
26. Dulanto, G, E. (2005). La importancia de la familia, los profesores y los adultos significativos en la formación de la autoestima de niños y adolescentes, México. Soporte digital.
27. Fernández, S, M, E. (2005). Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud de Salobreña. Granada. Soporte digital.
28. Fernández, S, M, E. (2006). Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso En Pediatría de Atención Primaria. Foro Pediátrico.
29. Florenzano, U, R. (1995). Familia y salud de los jóvenes. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
30. Fuillerat, A. (2005). Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. Nutr. Hosp. V.2005 N.4 Madrid jul.-ago. 2005). Soporte digital.
31. García, M, A. (2003). Psicopatología infantil su evaluación y diagnóstico. Editorial Félix Varela, La Habana.
32. González, C, M, J. (2005). Obesidad Infantil. Àmbito farmacéutico. Nutrición. OFFARM, junio, Volúmen 24. Soporte digital
33. González, L, M. (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica. Editorial Ciencias Médicas.
34. González, R, F. (1985). Psicología de la personalidad. Editorial Pueblo y educación.

35. González, S, R. Llapur, M, R y Rubio, O, D.( 2008) .Caracterización de la obesidad en los adolescentes. Nutr. Hosp. V. N.4 Madrid jul.-ago. 2008. Soporte digital.
36. Grau, A,J.,Victoria, G, C, R., y Hernández, M, E.( 2006). Calidad de Vida y Psicología de la Salud. En: Hernández Menéndez E y Grau Abalo J. Psicología de la Salud. Fundamentos y Aplicaciones. México: Universidad de Guadalajara.
37. Grínder. (2005) Adolescencia. Limusa Noriega Editores.
38. Gutiérrez, M, Mc.( 2005) .Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. Foro Pediátrico. 2005.
39. Güell, R y Carvajal, M. (2004). Obesidad en el niño y el adolescente. En: De la Torre, González J, Gutiérrez JA, Jordán J, Pelayo EJ, eds. Pediatría. Tomo 7. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
40. Herrera, S,P y González, B, I. (2002). La crisis normativa de la adolescencia y su repercusión familiar. Rev Cubana Med Gen Integr.
41. Informe sobre la salud en el mundo. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
42. Jiménez, C, A. Bacardí,Gascón M y Pérez ,M, Me. ( 2004). La Obesidad es una enfermedad crónica, subestimada y subtratada. Rev Rol Enf.
43. Liberman, Mauricio Abadí y otros. (1971). Psicología del obeso. Rodolfo Alonso Editor S.R.L Argentina, Buenos Aires.
44. Lorenzo R, A y col.( 2003). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado para niños en adolescentes cubanos. Rev. Psicología y Salud, Vol. 13, No. 2: 203-214, Julio - diciembre 2003.
45. Louro, I.(1994) .Algunas consideraciones acerca de la familia en el proceso salud-enfermedad. Experiencia en la atención primaria. Ciudad de La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Salud Pública.
46. Martín, M. (2001). La investigación en Cuba desde la perspectiva de la Psicología de la Salud. En: Casullo M. (Ed.) Bienestar psicológico en adolescentes iberoamericanos. Buenos Aires: Paidós.

47. Martínez, F. Salcedo, F. Rodríguez, F. Martínez, V. Domínguez, L y Torrijos, R. (2002). Prevalencia de la obesidad y mantenimiento del estado ponderal tras un seguimiento de 6 años en niños y adolescentes de Cuenca. Med Clin(Barc).
48. Martínez, G, C. (2003). Salud Familiar. Editorial Científico-Técnica, La Habana.
49. Mc Kinney, J, P. (2004). Psicología del desarrollo edad adolescente. Editorial El Manual Moderno.
50. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. AESA. 2005.
51. Ministerio de sanidad y consumo. Estrategia Naos. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la Obesidad. 2005. Abreviaturas.
52. Morales, C, F. (1997). Introducción a la Psicología de la Salud. México, Editorial Unisón.
53. Moreno, E, B. (2004) .La Obesidad: una enfermedad crónica. Rev. Esp Econ Salud.
54. Montero, J, C. (2002). Epidemiología de la obesidad en siete países de América Latina. Nutric obes.
55. M, Quesada M. (2001). Identificación precoz y manejo inicial de adolescentes con sobrepeso. Rev. Cubana Pediatr.
56. Padrón, M. (2002). Obesidad Infantil: un problema creciente. Nutrición Clínica. Soporte digital.
57. Pajuelo, J. Canchari, E. Carrera, J y Leguía, D. (2004). La circunferencia en niños con sobrepeso y obesidad. Anales de la Facultad de Medicina ,Lima. Soporte digital
58. Papalia, D. (2004 ). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. Editorial Mc Graw Hill 3ra. Edición 2004.
59. Papalia, D. (2000) .Psicología del desarrollo. Editorial Mc Graw Hill 7ma. Edición, 2000..

60. Parmelee, D. (1997). Compendio de Psiquiatría del niño y el adolescente. Capítulo 18.
61. Paz, E, S. (2005). El psicólogo en casa. Editorial Libsa., México.
62. Puñales, S, A, y otros. (1991). Y ya son adolescentes. Ed Pueblo y educación, C Habana.
63. Ramírez, G, A . (2009). Obesidad Infantil. Universidad Andrés Bello. Soporte digital.
64. Rodríguez, M, O. (2005) Salud Mental Infanto - Juvenil. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. Cap. 23.
65. Rosemberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Ed. Paidós, Buenos Aires.
66. Ruiz, P, V, Ruiz M, J, A. (2006). Dimensiones psicosociales de la obesidad. Soporte digital.
67. Sáez, E. (2005). Obesidad Infantil, Causas de la Obesidad. Madrid. Soporte digital.
68. Serra, L. Ribas, L. Aranceta, J. Pérez, C. Saavedra, P y Pena, L. (2003). Obesidad en la infancia y la adolescencia en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000). Med Clin (Barc).
69. Serra, M, L. Ribas, B, L. Aranceta, B, J. Pérez, R, C y Saavedra, S, P. (2003) Epidemiología de la Obesidad Infantil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000).
70. Socarrás, M. M, Bolet ,M. Licea, M, E .(2002). Obesidad: tratamiento no farmacológico y prevención. Rev. Cubana Endocrinol.
71. Sonia, O. (2001). Intervenciones educativas en alimentación y nutrición. Un enfoque municipal. en: Guía para la gestión municipal de Programas de Seguridad Alimentaria y Nutrición. C. Morón (Ed), Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación, Santiago De Chile.
72. Valdés, S y Gómez, A. (2006) . Temas de Pediatría. Editorial Ciencias Médicas. Habana. Cap. 18.

73. Victoria, G, C, R.( 2003). Consideraciones teóricas sobre el bienestar y la salud. Una Revisión. Revista Habanera de Ciencias Médicas. (7): 2003.
74. Visser, R. González, T, y Caballero, A. (2005). Aspectos sociales de la Obesidad Infantil en el Caribe. Código Ispn de la Publicación, Eeelvkvzyuybrfayrr. Soporte digital
75. Visser, R. González, T y Caballero, A. (2006). Obesidad en niños de la escuela Primaria "Benito Juárez" de Mazatlan, Sinaloa, México. Soporte digital.
76. Vizcaíno, M. y Lorenzo, A. (1996). Evaluación de la ansiedad rasgo/ estado en niños y adolescentes con dolor abdominal recurrente. Memorias del I Simposio Internacional "Salud Mental Infanto Juvenil. La Habana: Hospital Docente Pediátrico "William Soler".
77. Zavallovi, R .(2006). Biblioteca De La Psicología. Editorial Heder.

#### **CITAS WEB.**

- Bautista Silvia. Adolescentes. En: [http://www.cop.es/colegiados/M-13902/Trast\\_adolescentes.htm](http://www.cop.es/colegiados/M-13902/Trast_adolescentes.htm)
- Chacón, R, M., Grau, A, J, A y Barbat, S, I,.( 2003) Cuidado del familiar en fase terminal. Parte I. 23 de septiembre de 2003 En: <http://www.sld.cu/saludvida/>
- Gotthel,f S y Jubany, L. (2004). Prevalencia de factores de riesgo asociados al síndrome metabólico en niños y adolescentes obesos de la Ciudad de Salta, 2004.  
Disponibleen:<http://latinut.net/documentos/Obesidad/docuybase/SM%20TRABAJO%20PUBLICADO.PDF> Consultado, 3 de septiembre de 2007. Soporte digital.
- Las Complicaciones Psicológicas de las Enfermedades Crónicas. La Salud Mental en niños y adolescentes. Yale Medical Group. Revisado: Octubre 28, 2005. En: <http://www.yalemedicalgroup.org/about/internal.html>



- Nutrición normal | nutrición en la adolescencia. [wiki/blog/web](#)
- Roca, P, M,A.( 2009). La familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros (I). 9 de abril de 2009. En: <http://www.sld.cu/saludvida/>
- Ortiz, L, C.( 2009). Adolescencia. Consultas Médicas. Consultado: 22 de marzo de 2009. En: <http://consultas.cuba.cu/consultas.php>.
- Seijas, S, M,C y Marín, D, M,E. (2007). Consideraciones psicosociales en la Psoriasis infantil. Universidad Virtual de Salud. Cátedra Manuel Fajardo. Disponible en URL: <http://www.uvfajardo.sld.cu/seijas/consideraciones-psicosociales-en-la-psoriasis-infantil/>
- Victoria, G, C, R. y Rodríguez, L, G. Calidad de vida en enfermos crónicos. En: <http://www.gloogle.com.cu/>
- Wikisalud .Obesidad infantil .Soporte digital.  
"[http://ntic.uson.mx/wikisalud/index.php/Obesidad Infantil H54](http://ntic.uson.mx/wikisalud/index.php/Obesidad%20Infantil%20H54)"
- Zaldívar, P,D. (2006). Autoestima e imagen corporal. Psicología. Salud Vida. 8 de diciembre de 2006. En: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php>
- Zaldívar, P,D.( 2004). Asertividad y autoestima saludable. Psicología. Salud Vida. 7 de mayo de 2004. En: <http://www.sld.cu/saludvida/temas.php>

