



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 3

Septiembre de 2015

PROPUESTA DE INTERVENCION CON TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA EN LA OBESIDAD INFANTIL

Laura Elizabeth Oliveros Chávez¹, Teresita de Jesús Villaseñor Cabrera², María de Lourdes Preciado Serrano³, Cecilia Colunga Rodríguez⁴ y María Luisa Ávalos Latorre⁵

Universidad de Guadalajara, México.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es diseñar una intervención con terapia familiar sistémica para modificar el índice de masa corporal de los niños. Desde la Terapia Familiar Sistémica la familia es concebida como un sistema que permite el desarrollo e integración de los individuos a la sociedad. Se considera el primer contexto de formación de ideas, significados y creencias a través de pautas transaccionales y de comunicación. Además del sedentarismo, la ingesta de alimentos y la genética, se han relacionado los hábitos y costumbres familiares con la obesidad infantil, la cual supone un grave problema de salud pública en México. Las intervenciones actuales conceptualizan la obesidad infantil como una enfermedad donde los padres tienen un rol de supervisores dentro del tratamiento que están enfocados en la educación alimentaria y actividad física en los niños, sin embargo no se han tenido los resultados esperados.

¹ Doctorante del Doctorado Interinstitucional en Psicología, Profesora del Departamento de Clínicas de Salud Mental, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México laura_oliveros@hotmail.com

² Departamento. de Neurociencias, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara; Hospital Civil Fray Antonio Alcalde. tvillasenor@yahoo.com.mx

³ Departamento de Salud Pública, Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. malourdespre@gmail.com

⁴ Investigadora de la Unidad de Investigación Médica, Hospital Regional de Pediatría, Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México. ccolungar@yahoo.com

⁵ Profesora del Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara. Guadalajara, Jalisco, México marilupsi@hotmail.com

A partir del análisis teórico de la Terapia Familiar Sistémica se propone una intervención a través de los cambios en la comunicación, pautas transaccionales, creencias, significados y soluciones intentadas por la familia, concibiendo a la obesidad como un problema familiar.

Palabras clave: Terapia Familiar, obesidad infantil, intervención sistémica, creencias familiares.

PROPOSAL FOR INTERVENTION WITH SYSTEMIC FAMILY THERAPY IN CHILDHOOD OBESITY

ABSTRACT

The objective of this research is to design an intervention with systemic family therapy to modify the BMI of children. From the Systemic Family Therapy Family is conceive as a system that allows the development and integration of individuals into society. It is considered the first context of generate ideas, meanings and beliefs through transactional and communication patterns. Besides sedentary lifestyle, food intake and genetics have been linked habits and family customs with childhood obesity, which is a serious public health problem in Mexico. Current interventions conceptualize childhood obesity as a disease where parents have a role in treatment supervisors who are focused on nutrition education and physical activity in children, but have not had the expected results. From the theoretical analysis of Systemic Family Therapy intervention through changes in communication, transaction patterns, beliefs, meanings and attempted by the family, conceiving obesity as a family problem solutions are proposed.

Keywords: family therapy, child obesity, systemic intervention, family beliefs.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un tema que tiene gran importancia debido a su impacto en la morbi-mortalidad de la población en general, y en particular de la población infantil, dada la etapa de desarrollo en la que se encuentran, en paralelo a la derrama económica de los sistemas de salud en el tratamiento de la comorbilidad y secuelas derivadas de esta (OMS, 2013; Ortega-Cortés, 2014).

Existen diversas investigaciones que relacionan aspectos psicológicos y obesidad, como autoestima (Alvarado, Guzmán y González, 2005), percepción corporal (Salvador, García y De la Fuente, 2010), alteraciones emocionales (Calderón, Forns, y Varea, 2010), entre otras, las cuales han demostrado que las características psicológicas están directamente relacionadas con el padecimiento y tratamiento de la obesidad. Aun cuando se reconoce la multicausalidad de tal

entidad y la importancia de las características individuales; la intervención y tratamiento se efectúa aisladamente, sin considerar e integrar a la familia. Por esta razón, el objetivo del presente trabajo es diseñar una intervención con terapia familiar sistémica para modificar el índice de masa corporal de los niños.

GENERALIDADES DE LA OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por una acumulación anormal o excesiva de grasa que suele ser perjudicial para la salud (Díaz y Bartolomé, 2010). Se define como un trastorno de peso corporal excesivo por la acumulación y almacenamiento de grasa, causada por diversos factores como la influencia genética, el ambiente, trastornos metabólicos, endócrinos y lesiones en el sistema nervioso central, entre otros (Estrada, De Gante y Hernández, 2008). La infancia es la etapa del desarrollo en que se ha incrementado el sobrepeso y obesidad de manera alarmante en los últimos años por lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha calificado como una epidemia global con graves consecuencias para la salud pública (Muros, Som, López y Zabala, 2009; Rivas, Ocejo y Sierra, 2009; Kaplan y Sadock, 2000).

Varios son los factores de riesgo asociados a la obesidad: en primer lugar, el tipo de alimentos ingeridos, observándose que las personas consumen más alimentos de preparación rápida, que si bien son más económicos, también son más altos en calorías y grasa que la mayoría de los alimentos que cumplen los criterios básicos de nutrición. En segundo lugar la disminución de actividad física, a partir del tiempo invertido en mirar televisión, el uso de tecnologías (computadora, videojuegos) que favorecen el sedentarismo y por último, los factores genéticos, donde la presencia de obesidad en la familia sugiere una predisposición al aumento de peso y tendencia a la obesidad (Dias y Enríquez, 2007).

De acuerdo a la OMS (2014) y la UNICEF (2014), México es el primer lugar a nivel mundial en prevalencia de obesidad y sobrepeso, no sólo en población infantil, sino también en adultos, esta cifra se ha extendido de forma alarmante, correspondiendo el 73% para mujeres y 69.4% para hombres mayores de 20 años. Tal prevalencia es mayor para los estados del norte de la República

Mexicana (Barquera, Campos- Nonato, Hernández- Barrera, Pedroza- Tobías y Rivera- Dommarco, 2013).

A pesar de que se han implementado campañas de cuidado en la ingesta de alimentos y fomento de la actividad física, acompañadas de legislaciones respecto a los alimentos autorizados para venta en las escuelas de educación básica a través del “*Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional*” (Diario Oficial de la Federación, 2014), no se han logrado los cambios esperados, si bien se han presentado disminución en niveles de sobrepeso, la prevalencia de obesidad se ha incrementado tanto en niños como niñas (Olaiz-Fernández, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Rojas, Villalpando-Hernández, Hernández-Ávila y Sepúlveda-Amor, 2006; Gutiérrez, Rivera-Dommarco, Shamah-Levy, Villalpando-Hernández, Franco, Cuevas-Nasu y Hernández-Ávila., 2012).

Existe una relación comprobada entre obesidad y enfermedades crónicas degenerativas, como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiopulmonares, hiperlipidemias, depresión y problemas osteoarticulares, por mencionar algunas, la población infantil no está exenta de presentar alteraciones secundarias a la obesidad como las ya mencionadas, disminuyendo la expectativa de vida dada su asociación con la muerte temprana (Rivas, Ocejo y Sierra, 2009; Dias y Enríquez, 2007).

De igual forma, las consecuencias psicosociales, el exceso de peso y la obesidad inciden negativamente en la calidad de vida de las personas, los fallos en el control de impulsos generan comer excesivamente y controlar cuánto se come, dando lugar a la obesidad y causando sufrimiento. En el caso de los niños, la obesidad frecuentemente va acompañada de síntomas psicológicos tales como ansiedad, depresión, miedos o aislamiento, además de alteraciones del comportamiento, lo que propicia un estigma social y contribuye a la disminución de la autoestima de las personas (Alvarado, Guzmán y González, 2005; Dias y Enríquez, 2007; Liria, 2012).

Los alimentos además de nutrir nuestro cuerpo se han convertido en un medio de interacción y relación con los demás (Guillén, 2010; Colombo, 2006). Algunos relacionan la alimentación con las emociones negativas como rabia, tristeza, miedo, depresión, dificultades en la tolerancia y el manejo de los afectos (Seijas y Feuchtmann, 1997; Dell, Gómez y Staforelli, 2009). Silva (2007), señala que la sobreingesta de alimento amenaza la autoestima propiciando bajas expectativas de autoeficacia y logro con lo que se deterioran las habilidades para hacer frente a la vida cotidiana.

Fairburn, (1998) y Guillén (2010), reportan que los niños definen la autoestima con palabras como ser “gordito”, “pesado”, “redondo, ancho, grueso” utilizando además características escalares evidentes en palabras como “solo un poco”, “mucho”, “poquito”, principalmente cuando se refieren a descripciones de los demás, de ahí que muchas personas con obesidad eviten verse a sí mismos o se perciban con disgusto y repulsión.

En México es común que las familias asignen sobrenombres o apodos a sus integrantes, generalmente haciendo alusión a características físicas como “gordito”, “flaquito”, “bodoque” y aunque en la mayoría de los casos se utilicen como expresiones positivas o “de cariño”, no dejan de estar relacionados culturalmente con la obesidad y afectan la autoestima, tornando más difícil el control o disminución de peso (Nardone, Verbitz y Milanese, 2002). Cuando se establecen tales etiquetas resulta casi imposible que la persona pueda quitarla o intentar ya no tenerla, al asumirse como una característica propia. De igual forma ocurre cuando la “obesidad” es entendida como enfermedad, pues aunque se implemente una intervención o tratamiento, al concebirla como un padecimiento, es poco lo que las personas pueden hacer al respecto (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994; Watzlawick y Nardone, 2000), generando menor responsabilidad y compromiso en la modificación y mantenimiento de los cambios.

La investigación en conducta alimentaria infantil ha encontrado que el grupo familiar más directo tiene una influencia fundamental en la forma como el niño se relacionará con la alimentación (Domínguez, Olivares y Santos, 2008), de ahí la importancia de la intervención que incluya a la familia, la persona con obesidad y

la comida para la modificación de los hábitos alimenticios y conductas obesogénicas.

TERAPIA SISTÉMICA

Desde la Perspectiva Sistémica, todas las personas son un sistema y al mismo tiempo forman parte de otros más amplios, diferenciando así a los subsistemas (Minuchin, 1989), tanto en lo individual como en lo macro social. Aunque no es el único, la familia es el sistema más importante para la Terapia Familiar Sistémica. La familia tiene como funciones asegurar a sus miembros la adaptación al contexto y a la sociedad (Minuchin, 1989), a través de actividades que impliquen la contención de emociones, trasmisión de significados, conceptos, cultura y estrategias para la toma de decisiones, lo cual tiene gran impacto al momento de selección de alimentos (Dewey, 1989).

Algunas investigaciones (Núñez, 2007; Collipal, Silva, Vargas y Martínez, 2006) sugieren que los niños son los más susceptibles a confiar en las creencias transmitidas por sus padres y familiares sin ponerlas en juicio ni evaluarlas, por lo que actúan en base a ellas, de tal forma que los menores elaboran distintas representaciones sociales sobre la obesidad y sobre los alimentos, de acuerdo con la influencia de sus familiares, dichas creencias e ideas son transmitidas de generación en generación, sin importar su veracidad, ya sea a través de lo que ven de sus padres o familiares, del tipo de alimentos que sus padres autorizan o prefieren y con los que cuentan en casa o bien de los comentarios o expresiones que escuchan en el contexto familiar.

La forma en que se da mayor trasmisión de información en los sistemas familiares es a través de las pautas transaccionales y transgeneracionales, las cuales hacen referencia a la forma de actuar que definen la manera, el cuándo y el con quién relacionarse, reforzando el sistema y la resistencia a todo cambio (Minuchin, 1989), con ellas se establecen reglas, modos y tiempos en que cada individuo participará o dejará de hacerlo dentro de la familia, de forma que se repite constantemente, ya sea en la misma familia constituyendo así las pautas

transaccionales o lo que se va transmitiendo de generación en generación de tal manera que llegan a generar rituales familiares.

La forma en que se atribuye significados y se interpreta la realidad está estrechamente vinculada con la visión que la propia familia trasmite a sus integrantes, siendo los problemas el fruto de la interacción entre la persona y la realidad que percibe (Watzlawick y Nardone, 2000). Cuando se establece una pauta basada en los alimentos, éstos adquieren un significado adicional al de la alimentación pudiendo convertirse en un punto de encuentro del núcleo familiar en el que se evidencian alianzas, coaliciones, mandatos, creencias, valores, hábitos, jerarquías, etc., que son desenvueltas y se manifiestan en torno a la mesa familiar (Ceberio, 2004). La comida también puede constituirse como uno de los rituales familiares más importantes (Selvini, Cirillo, Selvini y Soerrentino, 1999), a tal punto que nadie puede faltar a la comida ya que podría considerarse un acto transgresor que detone enojos, culpas, reproches en el resto de los integrantes, puede también ser percibido como el único momento de reunión, comunicación o situación en que se permite la expresión de sentimientos.

En la actualidad, los estilos de vida se han visto impregnadas de discusión y negociación entre padres e hijos independientemente de la edad de los menores, donde a través de la persistencia o manipulación logran, no en pocas ocasiones, lo que quieren (Durá y Sánchez, 2005). Esta combinación de chantaje por parte de los menores acompañada de poca tolerancia e incluso culpa o necesidad de satisfacer ampliamente los requerimientos de los niños son una constante en las relaciones familiares modernas donde ambos padres trabajan (Nardone, Verbitz y Milanese, 2002), sin embargo no debe perderse de vista que los roles, las actividades, los límites y expectativas que los padres tienen sobre sus hijos son de suma importancia para la adquisición de hábitos, costumbres y preferencias lo que impacta de igual forma la ingesta de alimentos (Minuchin, 1989).

.Aunada a esta situación se ha relacionado la obesidad con la ingesta de alimentos en compañía de algún familiar, es decir, los niños que comen solos tienen un mayor riesgo al aumento de peso que los que comen en familia, esta circunstancia parece verse influida no sólo por la disponibilidad de alimentos de

elevado contenido calórico sino también por la disponibilidad de alimentos que puede consumirse sin restricción alguna (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 2000).

El tipo de comunicación se considera un factor relevante, tanto en los niveles de autoestima, como en los hábitos alimenticios, donde los problemas de obesidad y alimentación se mantienen debido a la comunicación de *doble vínculo* que existe en la familia (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 2000; Colombo, 2006; Guilen, 2010), en que el discurso de “es mejor estar delgado” se contradice con el lenguaje no verbal, como el surtir las despensa con alimentos considerados como no saludables o reabasteciendo constantemente las alacenas del hogar y que al mismo tiempo generan un discurso opuesto como “no desperdiciar la comida”, de esta forma la persona se ve envuelta entre mensajes contradictorios e imposibles de cumplir simultáneamente (Ogden, 2005), donde el menor al no poder regular su propia dieta o alimentación debe consumir lo que los padres disponen para él, haciendo imposible salir del juego de mensajes contradictorios.

Un alto porcentaje de progenitores inducen a sus hijos a comer más allá de las señales de autorregulación innatas en un intento por entregar una buena nutrición a sus hijos (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 2000), lo que hace que sean los alimentos quienes regulen los horarios y actividades de las personas. El rol que tiene la familia ante la comida es fundamental, principalmente para la elección de los alimentos y el significado que se les otorga, por ejemplo, dependiendo de la compañía que se tenga en ese momento puede despertar el deseo por ciertos alimentos, se come para festejar o para lamentarse; a través del aprendizaje social se va dando significado a los alimentos (Ogden, 2005).

Propuesta de Intervención

Dado que la obesidad infantil es considerada como padecimiento crónico grave, resulta importante establecer algunas estrategias que desde la terapia sistémica puedan favorecer su entendimiento y abordaje. La intervención que se propone desde la Terapia Familiar Sistémica, incluye estrategias dirigidas tanto a la familia como al personal de salud que colabora en el proceso de modificación de la obesidad.

Respecto a las *soluciones intentadas* (Nardone y Portelli, 2006), se exploran las posibles alternativas que la familia ha considerado e implementado para modificar el peso de alguno de sus integrantes, como pueden ser las dietas, la actividad física o la supervisión de la alimentación, evitando la repetición de estrategias fallidas y la desmotivación ante el posible fracaso. Debe incluirse no sólo a las personas con obesidad y los padres, sino también a los miembros de la familia que se han relacionado con esta problemática y que estén en contacto directo con el menor, abordando desde distintas perspectivas las soluciones intentadas, las creencias, percepción y hábitos relacionados con la ingesta de alimentos.

Resignificar la obesidad concibiéndola como un problema implica ampliar las posibilidades de solución y asumir la responsabilidad en los resultados obtenidos (Dell *et al*, 2009). Para lograrlo es necesario reconocer las ideas, creencias, percepción y características que la familia tiene al respecto (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994). Considerar la obesidad como una enfermedad facilita que la familia adjudique la responsabilidad de la solución y del tratamiento a los médicos, especialistas, dietas o medicamentos, evitando comprometerse en la búsqueda e implementación de soluciones así como en el mantenimiento de los resultados (Nardone, 2009). Lo mismo ocurre cuando la familia atribuye la obesidad a causas genéticas o factores externos y no a la forma de relacionarse a través de la comida (Crispo, Figueroa y Guelar., 1994).

Debido a que la imagen corporal se relaciona con las expectativas familiares de logros y fracasos de sus miembros (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999), es importante modificar este prejuicio familiar, debido a que tal creencia también influye en los resultados obtenidos de la intervención, por lo que deben separarse las características físicas de las habilidades y capacidades de las personas facilitando al mismo tiempo la participación de los integrantes de la familia.

La selección de alimentos frecuentemente está relacionada con una emoción particular (Hollis, 2005), por lo que resulta necesario propiciar un contexto familiar distinto, que permita la expresión de emociones positivas y negativas entre sus miembros, a través de una comunicación clara y directa entre los miembros de la familia.

Descubrir las pautas transaccionales y transgeneracionales (Fairburn, 1998), relacionadas con la comida, además de los rituales en la ingesta de alimentos es vital para la modificación de hábitos y costumbres. Se deben propiciar actividades familiares que no estén relacionadas con la alimentación, ni actividad física que tenga como objetivo la modificación del peso o la forma del cuerpo (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999). Es necesario fomentar rituales relacionados con el cuidado del cuerpo, la actividad física y el ocio que permitan experimentar situaciones de éxito en su vida cotidiana poniendo en práctica las capacidades de los integrantes de la familia.

Identificar las palabras y apodos con los que se nombra a algunos de sus miembros, ya que son constantes las paradojas utilizadas en la comunicación, evidenciando una contradicción en los mensajes emitidos a través de la comunicación digital y analógica. Modificar la comunicación de la familia, de forma tal que sus miembros puedan expresarse de forma clara y directa no sólo las necesidades, sino también los sentimientos y creencias en todos los ámbitos.

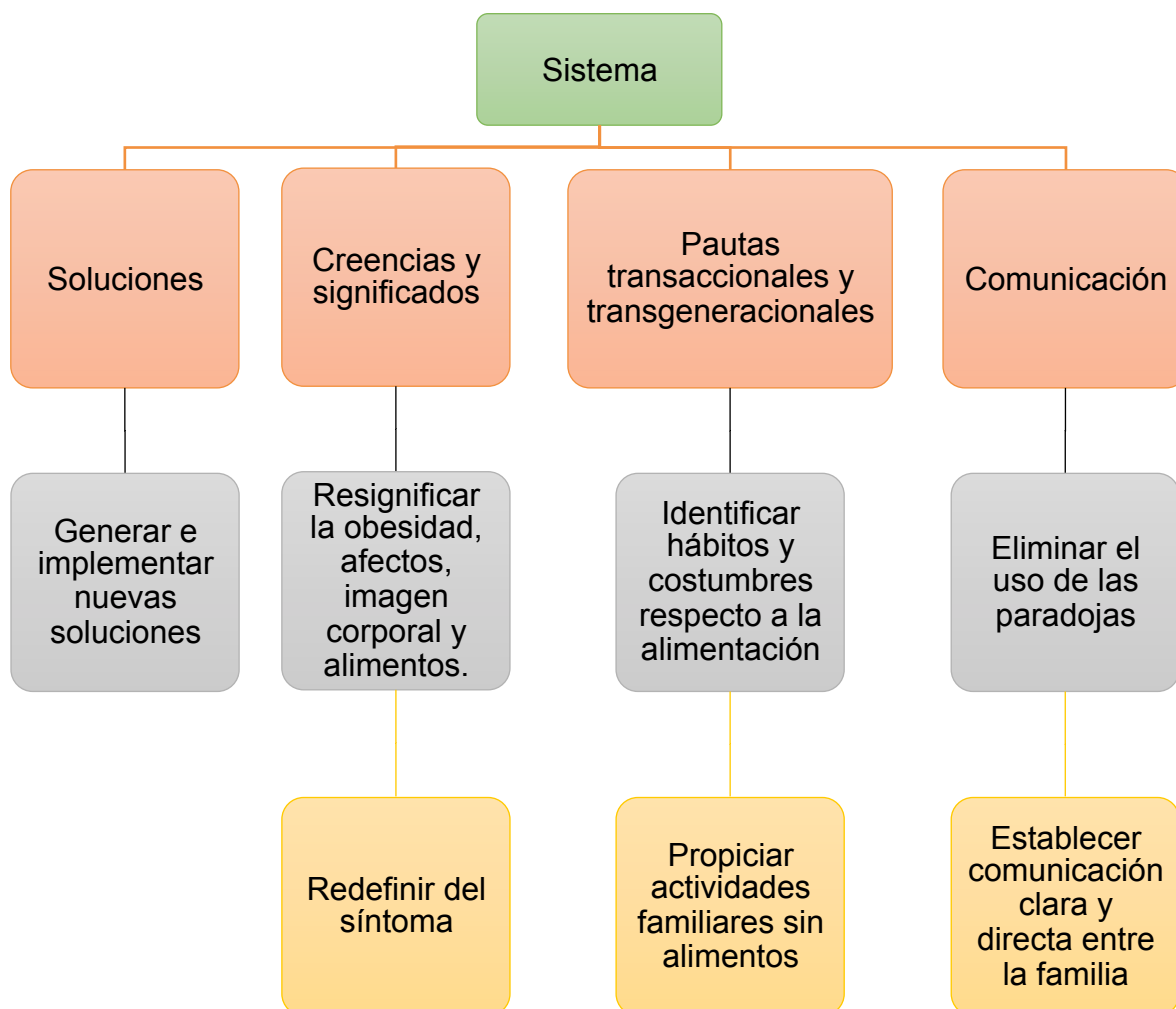


Figura 1.- Propuesta de abordaje de la obesidad desde la Terapia Sistémica

CONCLUSIÓN

Si bien, uno de los objetivos principales en la intervención en problemas de sobrepeso y obesidad es modificar el peso o IMC de las personas a través de la intervención familiar, debemos hacerlo por medio del cambio en la relación que establece la familia con la comida. Desde esta perspectiva, debiera concebirse a los alimentos como un integrante más de este sistema, con quien se establece una interacción, de tal forma que aun cuando son indispensables para la vida

cotidiana, no sean el medio principal de comunicación y vinculación entre sus miembros.

Es indispensable cambiar el modelo de intervención individualista de la obesidad, si bien en muchos de los casos se trabaja con distintos profesionistas, es necesario que se integren en un equipo interdisciplinario. Actualmente se incluye a algún integrante de la familia sólo como supervisor del tratamiento o con educación sobre la ingesta de alimentos que debe realizar la persona con obesidad, ante este abordaje se propone incluir a la familia como parte de ese equipo de trabajo, de manera que puedan continuarse las modificaciones no sólo durante el tratamiento, sino también una vez concluido puedan mantenerse esos cambios.

A través de la Terapia Familiar Sistémica se ofrece una intervención para el sobrepeso y la obesidad, por medio de la modificación de las relaciones familiares y la interacción que los integrantes de la familia tienen con los alimentos, ya que no basta con la regulación del peso, siendo necesario el mantenimiento de los cambios para evitar la recaída o recuperación del peso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuerdo mediante el cual se establecen los lineamientos generales para el expendio y distribución de alimentos y bebidas preparados y procesados en las escuelas del Sistema Educativo Nacional, Diario Oficial de la Federación (16/05/2014).
- Alvarado, A., Guzmán, E. y González, M. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. **Enseñanza e Investigación en Psicología**, **10** (2), 417-428. Recuperado de: <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2013/09/Tratamiento-Obesidad-y-Autoestima.pdf>
- Barquera, S., Campos- Nonato, I., Hernández- Barrera, L., Pedroza- Tobías, A. y Rivera- Dommarco, J. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. **Salud Pública de México**, **55** (supl 2), s151-s160. Recuperado de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2013/vol%2055%20supl%20No%202/10obesidad29jul.pdf

- Calderón, C., Forns, M. y Varea, V. (2010). Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. **Nutrición Hospitalaria**, **25** (4), 641-647. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original13.pdf>
- Ceberio, M. (2004). **Quién soy y de dónde vengo: el taller de genograma**. Argentina: Tres Haches.
- Collipal, E., Silva, H., Vargas, R. y Martínez, C. (2006). Significado de la obesidad para los adolescentes de Temuco-Chile. **International Journal of Morphology**, **24**(2), 259-262. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v24n2/art22.pdf>
- Colombo, J. (2006). **Comer todo o comer nada, Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos relacionados**. Argentina: Lumen.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). **Trastornos del comer: Terapia estratégica e intervenciones para el cambio**. Barcelona: Herder.
- Dell, D., Gómez, E. y Staforelli, A. (2009). Obesidad y adolescencia: Exploración de aspectos relacionales y emocionales. **Terapia Psicológica**, **27**(1), 143-149. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art14.pdf>
- Dewey, J. (1989). **Cómo pensamos. Nuestra exposición de la reflexión entre pensamiento reflexivo y proceso educativo**. Barcelona: Paidós.
- Dias, D. y Enríquez, D. (2007). Obesidad Infantil, Ansiedad y Familia. **Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora**, **24** (1), 22-26. Recuperado de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=97yIDARTICULO=18402yIDPUBLICACION=1880>
- Díaz, H. y Bartolomé, G. (2010). Estudio retrospectivo sobre los efectos de la victimización por acoso escolar sobre el bienestar psicológico a medio plazo. **Ansiedad y Estrés**, **16** (2-3):127-137. Recuperado de : http://www.google.com.mx/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=6yv ed=0CD0QFjAFyurl=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FEduardo_Diaz_Herraiz%2Fpublication%2F260308044_Retrospective_approach_to_school_bullying_victimization_effects_on_psychological_well-being_in_the_half_term%2Flinks%2F00463530b5dde2d2a1000000%3Forigin%3Dpublication_detailyei=xF4HVMe1Ei3xgwSxm4KYCAyusg=AFQjCNFI3qtC2omEPs9rv9PGV8zY4-AxTA
- Domínguez, P, Olivares, S. y Santos, J. (2008). Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, **58** (3), 249-255. Recuperado de:

http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S0004-06222008000300006&script=sci_arttext

- Durá, T. y Sánchez, F. (2005). Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social? **Acta Pediátrica Española**, **63**, 204-207. Recuperado de:
<http://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/SecciNutri/OBESIDAD.pdf>
- Estrada, G., De Gante, J. y Hernández, A. (2008). Niveles de ansiedad y depresión en personas con sobrepeso y obesidad. México: Universidad del Valle de México. Recuperado de:
http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:14f5Lj78GdAJ:scholar.google.com/+Niveles+de+ansiedad+y+depresi%C3%B3n+en+personas+con+sobrepeso+y+obesidad&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1
- Fairburn, C. (1998). **La superación de los atracones de comida**. España: Paidós.
- Guillén, R. (2010). **Psicología de la obesidad: Esferas de vida, complejidad y multidisciplinaria**. México: Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Gutiérrez, J. P., Rivera- Dommarco, J., Shamah- Levy, T., Villalpando- Hernández, S., Franco, A., Cuevas- Nasu, L. (...) y Hernández- Ávila, M. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Hollis, J. (2005). **La obesidad es un problema familiar**. México: Promexa.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (2000). Sinopsis de Psiquiatría: Ciencias de la Conducta Psiquiátrica Clínica. 8va. ed. España: Médica Panamericana.
- Liria, R. (2012). Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, **29** (3), 357-360. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36325041010>
- Minuchin, S. (1989). **Familias y terapia familiar**. México: Gedisa.
- Muros, J., Som, A., López, H. y Zabala, M. (2009). Asociaciones entre el IMC, la realización de actividad física y la calidad de vida en adolescentes. **Cultura, Ciencia y Deporte**, **5** (4), 159-165. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163013073004>
- Nardone, G. (2009). **La dieta de la paradoja**. España: Paidós.
- Nardone, G., Portelli, C. (2006). **Conocer a través del cambio**. España: Herder.

- Nardone, G., Verbitz, T. y Milanese, R. (2002). **Las prisiones de la comida**. España: Herder.
- Núñez H. (2007). Las creencias sobre obesidad de estudiantes de la educación general básica. **Revista Educación**, **31** (1), 145-164. Recuperado de: <http://www.latindex.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/1259/1322>
- Ogden, J. (2005). **Psicología de la Alimentación**. Madrid: Ediciones Morata.
- Olaiz-Fernández G., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., Rojas R., Villalpando-Hernández S., Hernández-Avila M. y Sepúlveda-Amor J. (2006) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización Mundial de la Salud (09 de Agosto de 2013). *La Representación en México de la OPS/OMS Acompaña Iniciativa para Detener la Epidemia de Obesidad en México*. Recuperado de http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_contentyview=articleid=616:la-representacion-mexico-ops-oms-acompana-iniciativa-detener-epidemia-obesidad-mexicocatid=827:noticias
- Organización Mundial de la Salud (s.f.) *Obesidad*. Recuperado de http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_contentyview=categoryid=824
- Ortega-Cortés, R. (2014). Costos y consecuencias de la obesidad infantil. **Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social**, **52** (sup1), s8- s11.
- Rivas, A., Ocejo, S. y Sierra, M. (2009). Evaluación de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía de obesidad mórbida. **Medicina Universitaria**, **11** (45), 243-246. Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/medicina-universitaria-304/evaluacion-calidad-vida-pacientes-sometidos-cirugia-obesidad-13148110-articulos-revision-2009>
- Salvador, M., García, C. y De la Fuente, M. (2010). Creencias y estrategias para el control del peso, satisfacción con la imagen corporal y autoestima. **European Journal of Education and Psychology**, **3** (2), 257-273. Recuperado de: <http://www.ejep.es/index.php/journal/article/view/64/pdf>
- Seijas, D. y Feuchtmann, C. (1997). Obesidad: Factores psiquiátricos y psicológicos. **Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile**, **26** (1), 38-41. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad10.html>

- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1999). ***Muchachas anoréxicas y bulímicas***. España: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (2000). ***Los juegos psicóticos en la familia***. España: Paidós.
- Silva, C. (2007). ***Trastornos alimentarios. Cómo prevenir, detectar y qué hacer si se presentan***. México: Pax.
- UNICEF México (s.f). *Salud y nutrición. El doble reto de la malnutrición y la obesidad*. Recuperado de <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). ***Terapia breve estratégica: Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad***. España: Paidós.