



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**“PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE MODIFICACIÓN
DE CONDUCTA, BASADO EN LA TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL, PARA JÓVENES
ADULTOS QUE PADECEN OBESIDAD Y QUIEREN
BAJAR DE PESO.”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A N

**Rosa Cinthya Mercado Cardenas
Carmen Leticia Pérez López**

DIRECTORA DE TESIS: LIC MARTHA LAURA JIMENEZ MONROY.

MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis queridos padres:

Porque gracias a ellos hoy soy la persona que soy,
y por ser cada día de mi vida una guía y
excelente ejemplo a seguir.

A mi hermano Jorge Luis:

Por siempre acompañarme a cada cosa nueva en mi vida.

Por sus consejos y regaños, y por enseñarme que todos
nuestros sueños son posibles si trabajamos en ellos.

A Aharon:

Gracias por ser el mejor amigo que tengo,
por diario enseñarme algo nuevo que me hace
crecer como persona y mejorar.

Por haberme motivado para concluir este ciclo
de mi vida e iniciar uno nuevo.

A mis maestros

Lic. Martha Laura Jiménez Monroy

Lic. Francisco Jesús Ochoa Bautista

Lic. Emiliano Lezama Lezama

Por su valiosa ayuda durante mis estudios y
en la elaboración de esta tesis.

Gracias a mis padres Jesús y Maricela por el gran amor y confianza que siempre me demostraron y por su esfuerzo incansable por brindarme una buena educación. Gracias por siempre.

A mis hermanos Sharim y Jesús por el apoyo que siempre me demostraron.

A mis abuelos Rosa y Antonio por creer en mí.

A mis tías Adriana, Paty y Julieta por su cariño protección y ayuda.

INDICE

	Pág.
1. Obesidad.	15
1.1. Definición.	15
1.2. Etiología.	18
1.2.1. Factores genéticos y familiares.	18
1.2.2. Factores Neuroendocrinos.	19
1.2.3. Factores endócrinos.	20
1.2.4. Medicamentos.	21
1.2.5. Factores psicosociales.	21
1.3. Consecuencias fisiológicas.	22
1.3.1. Alteraciones digestivas.	23
1.3.2. Alteraciones respiratorias.	23
1.3.3. Alteraciones Articulares.	24
1.3.4. Alteraciones Dermatológicas.	24
1.3.5. Alteraciones en la gestación.	24
1.3.6. Relación entre obesidad y cáncer.	24
1.4. Factores psicológicos en la obesidad.	25
1.4.1. Personalidad del obeso.	26
1.4.2. Activación emocional.	27
1.4.3. Comportamiento.	28
1.4.4. Estilo de alimentación.	28
1.4.5. Alteraciones Psicológicas frecuentes.	29
1.5. Obesidad en la adolescencia.	33
1.5.1. Prevalencia.	34

1.5.2. Etiología.	34
1.5.3. Clínica y diagnóstico.	36
2. Joven Adulto.	38
2.1. Definición de la etapa joven adulto.	38
2.2. Características Fisiológicas.	39
2.3. Psicología del adulto joven.	40
2.4. Cambios sociales en la etapa joven adulta.	43
2.5. Principales problemáticas.	44
2.5.1. Tabaquismo.	44
2.5.2. Alcoholismo.	45
2.5.3. Consumo de drogas.	46
2.5.4. Nutrición.	47
3. Tratamiento para la obesidad.	48
3.1. Régimen Hipocalórico.	49
3.2. Ejercicio.	53
3.3. Terapia Psicológica. Modificación de la conducta alimentaria.	53
3.4. Tratamiento quirúrgico.	55
3.5. Tratamiento con psicofármacos.	56
3.6. Tratamiento en adolescentes.	57
4. Terapia cognitivo conductual.	59
4.1. Definición de psicología cognitiva.	61
4.2. Evolución histórica de la terapia cognitivo conductual.	63
4.3. Los fundadores de la psicología cognitiva: Ellis y Beck.	64
4.3.1. La terapia racional emotiva de Ellis.	65
4.3.2. La terapia cognitiva de Beck.	69
4.4. Metodología de la terapia cognitivo conductual.	74

4.4.1. Estrategias y técnicas de tratamiento cognitivo conductual.	78
4.4.2. Fases generales del proceso terapéutico.	83
4.5. Las cogniciones.	85
4.6. ¿Cómo evaluar las cogniciones en un paciente obeso?	86
5. Propuesta de terapia cognitivo conductual para los tratamientos de control de peso en jóvenes adultos.	90
5.1. Primera sesión.	91
5.2. Segunda sesión.	91
5.3. Sesiones de seguimiento.	92
5.4. Prevención de recaídas.	94
5.5. Técnicas psico-educativas.	95
6. Conclusiones.	97
7. Anexos.	100
8. Bibliografía.	106

Resumen.

El objetivo de esta investigación es desarrollar una propuesta de intervención psicológica para el tratamiento de obesidad en jóvenes adultos, a partir de la revisión bibliográfica alusiva al tema

La obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de tejido adiposo. Existen diversos factores que causan la obesidad como son los genéticos y familiares, factores neuroendocrinos, factores endocrinos, medicamentos y factores psicosociales.

Así mismo la obesidad puede traer consigo algunas consecuencias como lo son: alteraciones digestivas, respiratorias, articulares y dermatológicas e incluso se ha evidenciado una relación muy estrecha entre el cáncer y la obesidad.

Existe otro factor muy importante en la obesidad que es el psicológico, hay algunos rasgos de personalidad que se presentan más en un obeso que en una persona de peso adecuado. Así, la obesidad tiene como resultado algunas alteraciones psicológicas tales como: imagen corporal distorsionada, descontrol alimentario, ansiedad y depresión.

Esta propuesta se enfoca a la etapa de la vida denominada joven adulto. Diversos estudios han tratado la obesidad con una dieta, con ejercicio y lo que esta tesis pretende es aunado a las dos anteriores, un tratamiento psicológico fundamentado en la perspectiva cognitivo conductual.

INTRODUCCION

En México, desde el decenio de 1960 se iniciaron diferentes encuestas para determinar la incidencia de obesidad, sobre todo en zonas urbanas. Así, se observa que, según la región y el momento en que dicha encuesta se llevó a cabo, hay porcentajes que oscilan del 13 al 60.7 de obesidad .en el total de la población

Recientemente (Salin-Pascual, 2003.) se revisaron los datos obtenidos en la Encuesta de Enfermedades Crónicas Degenerativas a partir de la encuesta nacional, en la que se incluyeron 14502 individuos adultos, tanto del género masculino como del femenino, de 20 a 69 años de edad, y residentes de zonas urbanas de todas las entidades federativas de México. La edad promedio de la población fue de 37 años, lo cual refleja una población joven. El IMC (Índice de Masa Corporal) fue de 26.7, con 26 para varones y 27 para mujeres. En este estudio también se pudo observar que el porcentaje de obesidad en la población general, tomando diferentes puntos de corte 25, 27 o mas de 30 del IMC, muestran un incremento considerable de 58.9, 41.4 y 21.2% respectivamente.

A pesar de la dificultad para determinar si hay un incremento en los casos de obesidad, Zubirán (1993) diseñó un estudio para determinar su presencia, encontrando que la incidencia de obesidad era de 28.5% en una zona habitacional de la ciudad de México. Por otro lado, en la encuesta nacional de enfermedades crónico degenerativas, revisada en el año 2001, se muestra una incidencia de 40.2% de obesidad en el D.F., de allí que puede concluirse que el incremento de obesidad es alarmante.

Estos estudios y estadísticas muestran la gran cantidad de casos de obesidad que existen en nuestro país, y la poca atención que se le ha dado a su tratamiento, es por eso que esta tesis es de suma importancia, no sólo para la comunidad de los psicólogos, sino también para la comunidad mexicana en general, ya que aborda un problema ya cotidiano en nuestra población.

Esta investigación comienza propiamente dentro de las instalaciones de la FES Aragón UNAM, a partir de un estudio piloto que se llevó a cabo con los alumnos, el cual consistía en darles un acompañamiento terapéutico muy básico, que consistía en atenderlos cada 15 días y darles seguimiento a los “sentimientos” que les iba provocando el bajar o no bajar de peso. Obviamente dicho piloto no fue funcional, ni para la institución ni para los jóvenes que en el participaban. De ahí nace la iniciativa por crear este programa e investigar a fondo, tanto de la obesidad, sus causas y efectos, como de la terapia cognitivo conductual y de cómo podría ser aplicada en los tratamientos de control de peso.

Así, se plantea como objetivo establecer una alternativa de tratamiento de control de peso, basada en la terapia cognitivo conductual. Para ello, se trabajará la siguiente información

En el primer capítulo se abordará lo que es la obesidad, su etiología, es decir, los factores genéticos, neuroendocrinos físicos que la pueden desencadenar, así como también las consecuencias que esta acarrea, tanto a nivel físico como psicológico. Y por último se abordará el tema de la obesidad en los adolescentes, cual es su prevalencia y como hacer una diagnóstico de esta.

En el segundo capítulo se revisará la etapa de joven adulto, cuáles son sus características físicas y psicológicas primordialmente, así como las principales problemáticas a las que se enfrentan los jóvenes a diario.

En el tercer capítulo se incluirá toda una gama de opciones de tratamiento para la obesidad, tales como, dietas hipocalóricas, psicofármacos, etc.

En el cuarto capítulo se hablará de la terapia cognitivo conductual, su definición, su desarrollo histórico y los principales postulados de los exponentes más relevantes de dicha terapia: Ellis y Beck. Se abordará la metodología para llevar a cabo una terapia cognitivo conductual y se hablará de algo de suma importancia, las cogniciones, que son y cómo se miden.

El capítulo quinto se enfocará a la propuesta de esta investigación, desglosada en sus diferentes sesiones, así como etapas de mantenimiento y medidas de prevención enfocadas a una educación en cuanto a la buena alimentación.

Posteriormente, se presentan las conclusiones y las aportaciones que este trabajo dejará a futuros investigadores.

Finalmente, se incluyen como anexos, los formatos necesarios para llevar a cabo la intervención aquí propuesta.

1. OBESIDAD

Antiguamente se consideraba a las personas obesas como gente que gozaba de muy buena salud debido a que la gente moría por enfermedades infecciosas más que por enfermedades degenerativas, hoy en día ese concepto ha cambiado bastante y a la obesidad se le relacionan diversos tipos de enfermedades cardíacas, respiratorias y metabólicas.

Actualmente el número de individuos obesos ha incrementado, debido a que la cantidad de alimento ingerido es mayor a lo que necesita cada persona y las dietas se basan más en carbohidratos, los cuales acumulan grasa, aparte de esto la vida de las personas es más sedentaria y no realizan ejercicios.

Se distinguen diferentes formas de obesidad y puede ser producida por diferentes etiologías como son enfermedades endócrinas, trastornos metabólicos, ingesta excesiva, trastornos psicológicos acompañados de hiperfagia, lesiones hipotalámicas, etc. (C. Saldaña, R. Rossell, 1988)

Las enfermedades endócrinas generalmente son responsables de un mínimo número de casos, la mayoría se debe a que las personas ingieren elevadas cantidades de alimento.

En este capítulo se abordará lo que es obesidad, sus principales causas, sus efectos tanto físicos como psicológicos, esto con el fin de entender un poco más la enfermedad.

1.1 Definición

Según Alfonso Chinchilla Moreno (2003) la obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de la masa grasa y por

consecuencia, por un incremento de peso. El término crónico se le aplica debido a que forma parte del grupo de enfermedades que no podemos curar con el arsenal terapéutico que se dispone en la actualidad. (B. Moreno, 2005) Saldaña y Rossell (1988) definen la obesidad como una acumulación excesiva de tejido adiposo¹ que se traduce en un aumento de peso corporal. En este sentido, Donald McLaren (1993) considera que esta adiposidad es mayor a la necesaria para la salud.

Se puede entonces definir a la obesidad como una enfermedad crónica que se caracteriza por un aumento de tejido adiposo, es decir grasa, lo cual se traduce en un aumento de peso, se dice que es una enfermedad crónica debido a que puede ir en aumento y los métodos terapéuticos de tratamiento no siempre son suficientes o eficaces para su cura completa.

Pese a esto, no se debe confundir al aumento de peso con la obesidad, un fisicoculturista puede tener un peso elevado debido al aumento de su masa muscular y no es obeso, al igual, una persona con una enfermedad cardiaca o renal tiene a retener líquidos y esto se manifiesta mediante el aumento de peso y tampoco quiere decir que sea una persona obesa.

Como dice Barbany Cohiz (La Obesidad en el tercer Milenio, B. Moreno.), aparte de los factores etiológicos que se ampliarán más adelante existen algunos otros factores que pueden favorecer o desencadenar la obesidad como son:

a) Embarazo: Durante el embarazo la mujer presenta algunos cambios tanto hormonales como psicológicos que en ocasiones pueden provocar una mayor

¹ El tejido adiposo es uno de los tejidos más abundantes y representa alrededor del 15-20% del peso corporal del hombre y del 20-25% del peso corporal en mujeres. Los adipocitos almacenan energía en forma de triglicéridos. Debido a la baja densidad de estas moléculas y su alto valor calórico, el tejido adiposo es muy eficiente en la función de almacenaje de energía.

ingesta de alimentos. Con este cambio de hábitos de alimentación se puede tener como resultado un aumento de peso excesivo.

b) Lactancia: Con la llegada de un bebé la ansiedad de la madre puede ir en aumento y esto puede provocar que aumente la ingesta de alimentos. Si a esto le añadimos el periodo de cuarentena² en el que la mujer se halla en reposo se puede tener como resultado un aumento excesivo de peso.

c) Menarquía³: En esta etapa hay cambios hormonales muy importantes que conllevan un desarrollo físico y psíquico más acelerado que en cualquier etapa, debido a esto suelen haber cambios de peso inesperados que pueden derivar en obesidad.

d) Abandono de la actividad física: Cuando una persona disminuye o frena totalmente sus ejercicios las necesidades energéticas disminuyen porque la actividad física está disminuyendo, más esto no significa que la ingesta de alimentos también disminuya, esto va dar como resultado un aumento progresivo del peso. Este efecto es más notorio en personas que realizan muchas horas de ejercicio diario y paran de hacerlo súbitamente.

e) Dejar de fumar: cuando una persona deja de fumar puede aumentar su peso entre 3 y 10 kilos, esto es debido a que el tabaco tiene un poder anorexígeno⁴ que significa que provoca una disminución en la sensación de hambre, y estimula la secreción de adrenalina. Estos dos mecanismos provocan una reducción en la ingesta de alimentos por lo que al privarse de la nicotina además de producir un estado de ansiedad se suprimen estos dos mecanismos

² También se llama "cuarentena" al posparto o puerperio

³ Se llama menarquía, a la fecha en que aparece el primer periodo menstrual. Esto indica el comienzo de la capacidad reproductiva.

⁴ un fármaco o producto que disminuye el apetito y produce anorexia

y muchas personas tienden a aliviar esta sensación comiendo más alimentos sobre todo alimentos ricos en carbohidratos.

f) Intervención Quirúrgica: generalmente después de una intervención quirúrgica tiene que haber un periodo de reposo, esto aunado a ciertos medicamentos puede producir el aumento de peso en algunos pacientes.

Aparte de los factores mencionados anteriormente existen factores sociales que se pueden relacionar con la obesidad. Existen algunos estudios que demuestran que la obesidad tiende a ser más elevada en personas de nivel socioeconómico bajo más que en las de nivel alto. Seguramente influyen factores como el tipo de alimentos que se consumen, la frecuencia y posibilidad con la que se realiza actividad física así como el nivel cultural. (B. Moreno, 2005)

1.2 Etiología.

Según Chinchilla Moreno (2003) la obesidad es el resultado del desequilibrio que existe entre el aporte de energía su consumo y como depositamos la misma, podríamos decir que es debida a una ingesta calórica superior al consumo energético, en esto pueden influir factores hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas así como malos hábitos alimenticios, estilo de vida y diversos factores sociológico.

1.2.1 Factores genéticos y familiares.

El hecho de que varios integrantes de una misma familia padezcan obesidad suscita la idea de la importancia de la genética en el desarrollo de la obesidad. Cuando uno de los padres es obeso, la probabilidad de que uno de los hijos lo

sean alcanza un 50%, y si se eleva a 80% si ambos padres lo son. (Chinchilla Moreno, Trastornos de la conducta Alimentaria)

Las bases genéticas de la obesidad son muy complejas en algunos casos se puede identificar el gen que causa la obesidad y hasta el cromosoma exacto en el que se localiza pero en otros casos las alteraciones son poligénicas.⁵

Puede deberse a síndromes de rara aparición como Prader-Willi⁶, Älstrom⁷, Carpenter⁸, Cohen⁹, Bardet-Biedl.¹⁰

1.2.2 Factores Neuroendocrinos.

Los sistemas de neurotransmisión cerebral son extremadamente complejos y actúan por las señales que le llegan del exterior por medio de los sentidos o hasta del propio organismo. Como resultado de esto es que va a producir la activación o desactivación de los impulsos básicos de la comida como son el inicio de la alimentación o la saciedad. Esto va a permitir el mantenimiento de la homeostasis nutricional del individuo.

La estructura nerviosa superior que es la encargada del control neuronal para modular la alimentación es el hipotálamo, este ayuda al balance de señales entre el hambre y la saciedad, así también como los ajustes entre el metabolismo energético y el peso corporal.

⁵ Rasgo fenotípico o enfermedad causado por la interacción de varios genes.

⁶ El síndrome de Prader-Willi (PWS) es una enfermedad genética caracterizada por obesidad con hipotonía e hipogonadismo, acromicria y retraso mental.

⁷ Es una enfermedad hereditaria muy poco común que puede llevar a ceguera, sordera, diabetes y obesidad.

⁸ El síndrome de Carpenter es una enfermedad hereditaria, extremadamente rara, caracterizada por las malformaciones de los dedos de manos y pies

⁹ Es un síndrome autosómico recesivo este síndrome presenta: Peso bajo al nacer, crecimiento posnatal deficiente, obesidad del tronco en el inicio de la edad escolar.

¹⁰ El síndrome de Bardet-Biedl es una enfermedad hereditaria que afecta muchas partes del cuerpo. La Obesidad, la Retinitis Pigmentaria, el Retardo Mental, el Hipogonadismo, el Daño Renal y la Polidactilia.

Este tipo de obesidad ha sido repetidamente demostrado en modelos animales pero es poco frecuente en humanos. Se obtiene, en animales de laboratorio, cuando se lesiona el núcleo ventromedial del hipotálamo. Esta lesión provoca hiperfagia¹¹ y, como consecuencia, obesidad. Se asocian traumatismos, tumores, infecciones, y cirugía. (B. Moreno, S. Monereo, J. Alvarez, 2005)

1.2.3 Factores endócrinos.

La obesidad de origen endócrina puede ser por varios factores como son:

- a) Obesidad ovárica: Este tipo de OBESIDAD ES OBSERVADA EN EL SÍNDROME DE Stein-Leventhal el cual se caracteriza por oligomenorrea o amenorrea, hirsutismo y aumento progresivo de peso. La causa de esta alteración endocrinológica es compleja y no es del todo conocida.
- b) Obesidad Hiperinsulinemia: Se da en diabetes tipo 2 con hiperinsulinemia o diabetes tipo 2 con pacientes que precisan insulina. Esto es debido a que la insulina es una hormona anabolizante por lo tanto favorece la síntesis de grasa y controla como se va a depositar en el tejido adiposo.
- c) Hiperfunción Suprarrenal: Cuando hay un aumento en la producción de glucocorticoides como sucede en el síndrome de Cushing ¹²que conlleva a un incremento de peso con una distribución característica de la grasa en la región faciotroncular¹³ del cuerpo.

¹¹ deseo incontrolable de comer a cualquier hora, incluso después de haber comido adecuadamente.

¹² Es un trastorno del sistema endocrino que ocurre cuando hay un tumor de la glándula suprarrenal secretando cantidades excesivas de la hormona cortisol.

¹³ tipo de obesidad relacionada con el síndrome de Cushing que se manifiesta por tener cara redonda, forma de luna y grasa en el tronco.

1.2.4 Medicamentos.

Algunos fármacos pueden provocar o aumentar el grado de obesidad. Algunos son glucocorticoides¹⁴ que son empleados como inmunosupresores para tratar enfermedades autoinmunes en pacientes que han recibido trasplante de órganos; como antiinflamatorios en personas con reumatismo o como broncodilatadores¹⁵ en personas con asma bronquial. Antidepresivos tricíclicos¹⁶ en particular la amitriptilina. Las fenotiacinas¹⁷ y otros psicofármacos también pueden favorecer el depósito de grasa en el tejido adiposo. Los anticonceptivos orales, en este caso se piensa que el aumento de peso puede deberse más a una retención de agua que propiamente a un incremento de tejido adiposo. Las hidracidas¹⁸ que son empleadas en el tratamiento de la tuberculosis, estas son las responsables del aumento de peso que padecen todos los pacientes poco después de haber iniciado el tratamiento.

1.2.5 Factores psicosociales

Aparte de los factores genéticos también existe otra herencia determinante en el desarrollo de la obesidad, esta implica factores educacionales, económicos, costumbres, hábitos, modas, etc. En los países occidentales la obesidad es más frecuente ya que ha existido un cambio en la dieta con un aumento en la cantidad de grasas que se consumen y muchos cambios en los hábitos de la población como el sedentarismo, la disminución del tiempo que se dedica tanto a cocinar como a comer y vidas más desorganizadas por las exigencias

¹⁴ son hormonas de acción contraria a la de la insulina en sangre

¹⁵ medicamentos que "dilatan los bronquios", es decir, relajan el músculo de la pared bronquial que en las crisis de asma se contrae (broncoconstricción), originando silbidos ("pitos") y dificultad respiratoria.

¹⁶ se usan para aliviar la depresión mental y la depresión que a veces ocurre con la ansiedad.

¹⁷ Tipo de medicamento que se usa para tratar trastornos mentales y emocionales, náuseas y vómitos graves

¹⁸ ácido que no contiene oxígeno sino que son compuestos binarios formados por un no metal(halógeno) (anfígeno) e hidrógeno, y son los más simples.

laborales. La obesidad está muy relacionada con los factores socioculturales. En occidente es mucho más frecuente en las clases sociales más desfavorecidas, aunque también la obesidad puede hacer perder puestos en la escala social, esto se debe a la discriminación que sufre la persona obesa en la sociedad occidental actual.

Según Alonso y cols. (1984) la obesidad también es más frecuente en las mujeres con menos nivel educativo, que han tenido muchos partos y de bajo nivel económico. En los hombres por el contrario no existe una relación con el nivel educativo sino más bien con el consumo de alcohol y el sedentarismo.

1.3 Consecuencias fisiológicas

La obesidad está altamente relacionada con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el traumatismo articular¹⁹, el dolor de espalda, el cáncer, la hipertensión y la mortalidad. (P.EJ.: Bray, 1986; Chan y Cols., 1994; World Health Organization, 1998).

Los efectos de la obesidad están directamente relacionados con la localización de la grasa en el cuerpo, porque por ejemplo la grasa almacenada en el tronco, específicamente en el abdomen es mucho más perjudicial que la que se localiza en las extremidades inferiores. Es importante señalar que aunque es más frecuente que los hombres presenten grasa en el abdomen, las mujeres por vanidad tienden más a hacerse revisiones y tratamientos y corren menos riesgo de enfermedad. (Jane Odgen, 2005)

¹⁹ Lesión que se produce en la articulación.

1.3.1 Alteraciones digestivas.

La obesidad actúa como factor de riesgo aunada al tabaquismo y al alcohol y en el desarrollo de reflujo gastroesofágico²⁰. También se ha relacionado con una mayor incidencia de colelitiasis que el parecer es causado por el aumento en la secreción del colesterol por la vía biliar, también se ha observado en personas obesas mayor prevalencia de esteatosis hepática²¹ (hígado graso) que puede evolucionar a fibrosis hepática²². El estreñimiento también es un factor común en personas con sobrepeso y predispone a la formación de hemorroides y fisuras anales. (Chinchilla Moreno, 2003)

1.3.2 Alteraciones respiratorias.

La obesidad específicamente de distribución central produce una alteración del funcionamiento de los músculos respiratorios ya que el exceso de grasa ejerce una fuerte presión sobre el diafragma. Existen también alteraciones específicas como el síndrome de hipoventilación²³- obesidad (síndrome Pickwick), que se caracteriza por hipoventilación, hipercapnia²⁴ y somnolencia; también la apnea del sueño que se caracteriza por la aparición de 5 o más pausas respiratorias de al menos 10 segundos de duración en cada hora del sueño. Ambas se relacionan con el aumento de la mortalidad. (Koenig, 2001)

²⁰ Es el regreso del contenido del estómago hacia el esófago

²¹ se refiere a una enfermedad del hígado caracterizada por acumulación de ácidos grasos y triglicéridos en las células hepáticas

²² involucra múltiples eventos celulares y moleculares que inducen un excesivo depósito de proteínas de matriz extracelular que distorsionan la arquitectura del parénquima hepático, cuya etapa final es conocida como cirrosis

²³ Es una afección que se presenta en las personas obesas, en la cual la respiración deficiente lleva a bajos niveles de oxígeno y niveles más altos de dióxido de carbono en la sangre.

²⁴ aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (CO₂), medida en sangre arterial, por encima de 46 mm/Hg (6,1 kPa). Produce una disminución del pH debido al aumento de la concentración plasmática de dióxido de carbono.

1.3.3 Alteraciones Articulares.

La obesidad esta en relación con la artrosis²⁵ fundamentalmente de rodillas y pies y afecta a la columna tanto cervical como dorso lumbar, lo que va a facilitar la aparición de hernias. Estas producen una gran limitación en la movilidad, por lo que disminuyen la calidad de vida de la persona. (Felson et al., 1988)

1.3.4 Alteraciones Dermatológicas.

La obesidad se ha relacionado con alteraciones dermatológicas como la acantosis nigricans²⁶, el intertrigo²⁷ y las varices.

1.3.5 Alteraciones en la gestación.

Uno de los principales factores de riesgo tanto en el embarazo como en el posparto es la obesidad en las mujeres, así como también en el incremento de riesgo de mortalidad perinatal. La obesidad en el embarazo va a predisponer a que haya aparición de hipertensión y diabetes gestacional. También se aumentan la posibilidades de terminar el parto por cesárea, complicaciones en la anestesia y el postoperatorio. Galtier-Dereure et al., 2000)

1.3.6 Relación entre obesidad y cáncer

Últimamente se ha relacionado la obesidad y el tipo de dieta con diferentes tipos de cáncer. En la obesidad se da con mayor frecuencia el cáncer de colon

²⁵ es la más común de las enfermedades articulares. Ocurre con más frecuencia en personas de edad media y ancianos, afectando el cuello, la región lumbar, rodillas, caderas y articulaciones de los dedos.

²⁶ se caracteriza clásicamente por la presencia de placas hiperpigmentadas aterciopeladas en los pliegues corporales

²⁷ Este padecimiento es causado por el efecto macerante del calor, la humedad y la fricción, aunado a los malos hábitos higiénicos. En estos pacientes es frecuente encontrar antecedentes de dermatitis seborreica

y recto, de vesícula biliar, cáncer de próstata en el varón, y el de mama, cuello de útero, ovario y endometrio en la mujer; la relación que existe entre el cáncer y la obesidad se debe a la distribución de la masa corporal y la cantidad de hormonas que circulan en el cuerpo. (Deslypere, 1995)

1.4 Factores psicológicos en la obesidad.

Comenzaremos por hacer una revisión a los mitos e ideas equivocadas que se han formulado a lo largo del tiempo acerca de la obesidad y reducción de peso.

1. La mayoría de los problemas de peso son heredados
2. Las personas cuyos padres fueron obesos o que lo han sido desde la niñez, son probablemente gruesas
3. Los problemas hormonales, sobre todo las deficiencias de la tiroides son responsables de muchos casos de obesidad.
4. Es normal aumentar de peso a medida que avanza la obesidad.
5. La obesidad es un síntoma de profundos problemas de personalidad, y su tratamiento requiere, para tener éxito de una psicoterapia prolongada, que descubra la verdadera causa.
6. EL modo más rápido para perder peso consiste en eliminar de las dietas todas las grasas y todos los carbohidratos.
7. Es posible reducir peso consumiendo productos naturistas.
8. Las drogas (anorexígenas, extractos de la tiroides²⁸, diuréticos, laxantes, anfetaminas) son a menudo útiles para reducir peso.
9. El ejercicio no es muy útil para bajar peso, no quema muchas Calorías Y simplemente aumenta el apetito.

²⁸ Los extractos tiroideos se obtienen generalmente de las glándulas tiroides de bovinos. Los extractos de tiroides están disponibles como suplementos nutricionales en cápsulas y comprimidos.

10. Pesarse a diario aumenta la motivación para reducir de peso

11. La persona que fracasa en su intento por bajar de peso carece de voluntad
(Mahoney y Mahoney, 1976)

Existen diferentes explicaciones teóricas que se han planteado desde una perspectiva psicológica y se mencionaran a continuación:

- a) Los obesos alivian sus problemas de personalidad mediante la ingesta de alimentos.
- b) La ansiedad tiene un papel primordial en la ingesta.
- c) Los obesos comen mas ante situaciones que les provocan mucha ansiedad.
- d) El ambiente controla la conducta de comer en los obesos a diferencia de las personas con peso normal en los que la conducta de ingesta está determinada por estímulos fisiológicos.
- e) Las personas obesas tienen un estilo de alimentación diferente que las personas delgadas.
- f) La obesidad se debe a un déficit de actividad física.

A continuación se analizaran con más detalle los puntos mencionados anteriormente para que nos demos una idea de lo complejo que es el problema de la obesidad.

1.4.1 Personalidad del obeso

Se han realizado algunos estudios en los que se destaca la importancia de las variables de personalidad como son depresión, neuroticismo²⁹, autoestima,

²⁹ término acuñado por Hans Eysenck, es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad emocional, inseguridad, tasas altas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicósomática.

autoconcepto, etc. en la obesidad, intentando dar una explicación a la creencia de que las personas con sobrepeso presentan más estos problemas que las personas con peso normal.

Hamburger (1951) identificó el papel que juegan las variables psicológicas en la sobrealimentación: 1. Ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas; 2. Sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables; 3. Ingesta como síntoma de enfermedad mental subyacente; 4. Adicción a la comida.

Moore y Cols (1962) encontraron que los obesos eran más inmaduros y celosos que las personas con peso normal, un panorama diferente fue el que Simon encontró en donde las personas con sobrepeso eran menos depresivas, y Siverstone señaló que su grado de neurosis era semejante a las personas de peso estable.

Es un hecho que la obesidad no es solamente un problema médico, también tiene implicaciones sociales y psicológicas.

Como señala Brownell (1982) el obeso no sufre únicamente por su condición de obeso, sino que también sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece.

1.4.2 Activación emocional.

Otro punto importante dentro de los factores psicológicos es la relación que existe entre el estrés o ansiedad y la sobre ingesta de alimentos.

Kaplan y Kaplan (1957) fueron los primeros en realizar estudios en los que proponían que la sobre ingesta era una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso para reducir la ansiedad.

Por otro lado, Bruch (1953) propuso que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, y que esta falta de discriminación podía producir una ingesta inadecuada.

Diversos estudios han demostrado que la conducta de sobreingesta es producida por niveles altos de estrés.

Es importante señalar que la obesidad es el mantenimiento de un desequilibrio fisiológico, psicológico, cognitivo, socioambiental y de aprendizaje, y que para que sea mejor estudiado se debe hacer de manera global, tomando en cuenta todos esos aspectos.

1.4.3 Comportamiento

Es un hecho que los hábitos de las personas obesas no son los únicos responsables de la obesidad y por lo tanto su abordaje terapéutico deberá abarcar todos los factores relevantes de este problema. A pesar de que los patrones comportamentales de las personas son variados, se han llegado a aislar los factores básicos que se deben estudiar, a continuación serán explicados.

1.4.4 Estilo de alimentación

La mayoría de las investigaciones sobre obesidad publicadas en la década de 1970 reflejaban la idea de que las personas obesas diferían de las personas de peso normal en la forma en que comían, las personas obesas se diferenciaban en una forma de comer más acelerada.

Este ritmo de ingesta no es el único factor importante en el estilo de alimentación, otro de esos factores es la elección de los alimentos ya que las personas obesas se ha demostrado que tienden a elegir alimentos con mayor

contenido calórico. O más cantidad de alimento que las personas con un peso normal.

Otro factor es la frecuencia en el consumo de los alimentos a lo largo del día, existen pruebas que evidencian el hecho de que las personas obesas comen con menor frecuencia que las personas delgadas.

1.4.5 Alteraciones Psicológicas frecuentes.

- Imagen corporal distorsionada

La imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real (Cash & Pruzinsky, 1990).

La imagen corporal clásicamente (Slade 1994) se la define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas.

La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen³⁰, a la autoestima³¹ y al sentimiento de sí o identidad³².

En la sociedad actual sobre preocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa (Rosen, 1996) cuyas características son: Preocupación estresante, dolorosa por la apariencia, vergüenza en situaciones

³⁰ aquello que pensamos de nosotros mismos

³¹ capacidad desarrollable de experimentar la existencia, conscientes de nuestro potencial y nuestras necesidades reales; de amarnos incondicionalmente y confiar en nosotros para lograr objetivos, independientemente de las limitaciones que podamos tener o de las circunstancias externas generadas por los distintos contextos en los que nos corresponda interactuar

³² Identidad es la respuesta a las preguntas quién soy, qué soy, de dónde vengo, hacia dónde voy. Pero el concepto de identidad apunta también a qué quiero ser.

sociales, incomodidad, angustia, cuando la apariencia es percibida por otras personas, excesiva importancia dada a la apariencia en la autoevaluación, autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por vergüenza por la apariencia física.

El sentirse insatisfecho con la imagen corporal no solo puede ser una motivación para bajar de peso si no que en muchas ocasiones se convierte en un obstáculo para completar esta meta ya que influye en los pensamientos sentimientos y conducta de la persona y esto repercute en su estilo de vida.

- **Descontrol alimentario. (ATRACÓN ALIMENTARIO)**

Es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la Bulimia Nerviosa, por lo menos dos veces por semana durante seis meses.

A diferencia de la bulimia la adicción esta en el atracón y carece de proceso de purga. Un atracón puede durar unos pocos minutos o incluso llegar a durar horas, y se prefieren las comidas como panes, chocolates, galletas, helados, frituras, ya que son vistos como alimentos prohibidos en las dietas. Los carbohidratos son los compuestos principales de estos alimentos por lo que le dan a la persona energía y una sensación de aparente bienestar que dura unos cuantos minutos, pero ese no es el bienestar que la persona busca, por lo tanto inmediatamente después se presenta una gran culpa por sentirse obeso y desagradable. La culpa produce ansiedad y la ansiedad deseos de comer, y esto se vuelve un ciclo sin fin.

Este tipo de personas recurren a la ingesta desmedida de comida sin sentir hambre cuando se sienten tristes, enojados, culpables, nerviosos, etc.

No todos los obesos son comedores compulsivos, ni todos los comedores compulsivos son obesos, eso es al principio; personas con un peso normal pueden padecer este trastorno y no llegan a la obesidad debido a que sus atracones no se presentan con frecuencia. No obstante, lo más común es que este padecimiento se salga de control de la persona y llegue a sobrepeso y a la obesidad.

Las consecuencias más comunes entre los comedores compulsivos³³ se presentan en la concentración, atención y memoria, ya que estas son las funciones que más se alteran cuando pasamos por momentos emocionales difíciles.

Quienes sufren este tipo de trastornos presentan poco control de si mismos, son impulsivos pero no violentos y tienden a la depresión.

Durante estos episodios, la persona afectada ingiere grandes cantidades de comida, generalmente en menos de dos horas, con una sensación de pérdida de control sobre que se come y cuanto se come, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo, desesperación, decepción por no poderse controlar.

- Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos.

La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes.

Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado.

La mejor forma de reducir la ansiedad es eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno, subjetivo o inconsciente.

El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente.

Si el comer como recurso anti ansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador.

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer provocan un aumento de peso.

- Manifestaciones depresivas:

Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes. Toda su atención y todo su trabajo interno parecen concentrarse únicamente en lo negativo.

Se presenta una pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes, a veces se acompaña de insomnio o al menos serias dificultades para conciliar el sueño y conseguir que este sea realmente reparador.

Sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento.

Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales.

1.5 Obesidad en la adolescencia.

Pavón de Paz (2005) menciona que la adolescencia es una etapa de grandes cambios sociales, psicológicos y físicos. Durante el periodo del “estirón”, la masa corporal prácticamente se duplica. En las chicas es más precoz y se acumula grasa, sobre todo en las caderas. En los varones aumenta sobre todo los tejidos no grasos el esqueleto y el músculo.

Este periodo es, junto con la infancia precoz y la comprendida entre los 5 y 7 años, crítico para el desarrollo de la obesidad antes de la edad adulta. La repercusión psicosocial y el aumento de riesgo de acabar siendo un adulto obeso constituyen las consecuencias fundamentales de la obesidad en esta etapa.(B. Moreno, 2005.)

El método no invasivo mas empleado para definir la obesidad en los adolescentes es el índice de masa corporal (IMC). Un IMC superior al percentil 95 correspondiente por talla y sexo se considera obesidad, y los valores entre

85 y 95, sobrepeso. Un incremento anual del IMC superior a 3-4 unidades se considera una situación de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad.

1.5.1 Prevalencia.

El estudio Enkid en España, en el año 2001, recogía una prevalencia de sobrepeso del 30% de obesidad del 12.5 % en niños y adolescentes (B. Moreno, 2005). Son cifras muy similares a las del estudio CAM de ese mismo año que refiere un 30% y 12% respectivamente. El estudio Enkid publica también los datos estratificados por edades y sexo. Así, la prevalencia conjunta de sobrepeso y obesidad es de 21.9% en varones y 10.9% en mujeres de 10 a 13 años, y de 15.8% en varones y 9.1% en mujeres entre 14 y 17 años. (B. Moreno, 2005.)

1.5.2 Etiología.

La obesidad es una enfermedad multifactorial de patogenia muy compleja y en parte no bien conocida, resultado de la interacción de factores genéticos y ambientales.

- Factores genéticos: se han asociado a obesidad las mutaciones o polimorfismos de diversos genes que intervienen en la regulación del apetito y el peso. Entre ellos, destacan los que codifican las siguientes proteínas o receptores: Leptina, receptor de leptina, neuropeptido Y, proopimelanocortina, receptor de melanocortina número 4, prohormona convertasa 1, proteínas desacoplantes 1, 2 y 3, enzima 11B hidroxilasa 1

En las familias donde uno de los progenitores es obeso el riesgo de que los hijos sean obesos es del 40% y si ambos progenitores los son, aumenta al 80%.

- Factores ambientales: El estilo de vida de las nuevas sociedades desarrolladas favorece el sedentarismo. El ejercicio físico ocupa un segundo plano en el tiempo libre de los niños y adolescentes que emplean la mayor parte de este tiempo en ver la televisión, usar el ordenador o videojuegos. El tiempo dedicado a la televisión se relaciona con una menor actividad física y una mayor ingesta, especialmente de alimentos con gran contenido energético. Los datos en este aspecto son alarmantes: el 67% de los adolescentes ve dos horas de televisión al día y el 26% más de cuatro horas al día. Esto se añade a que en los centros de enseñanza se concede poca importancia a la asignatura de educación física y en las ciudades hay pocos lugares acondicionados para el deporte.

El nuevo ritmo de vida en las Sociedades occidentales también afecta negativamente a los hábitos alimentarios de los adolescentes, observándose una disminución en el consumo de frutas, verduras, legumbres, carne y pescado y un aumento en la ingesta de alimentos ricos en grasas e hidratos de carbono de absorción rápida. Se abusa de alimentos precocinados y fritos en las comidas principales y ha aumentado el “picoteo” en forma de dulces y “snacks”.

Además, la adolescencia es la etapa con mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el recientemente denominado trastorno alimentario por atracón. Estas enfermedades pueden ser un factor etiopatogénico de la obesidad o consecuencia de la misma. (B. Moreno, 2005)

1.5.3 Clínica y diagnóstico.

El primer paso diagnóstico en cualquier enfermedad es la historia clínica completa, con la peculiaridad de que en la obesidad hay que incluir un apartado imprescindible: la “historia de la obesidad”, que debe recoger los siguientes datos: edad de inicio, evolución del peso (peso máximo y mínimo), posibles causas desencadenantes (cuadros ansioso depresivos, alteraciones del comportamiento alimentario, entorno familiar obeso, disminución de la actividad física, etc.), tratamientos previos, comorbilidad asociada, etc. Es importante realizar un registro alimentario de tres días que incluya un día de fin de semana con información de los alimentos consumidos, cantidad, forma de preparación, preferencias alimentarias, costumbre de (picoteo), presencia de hábitos compulsivos, conductas purgativas, etc. Se debe prestar atención especial al consumo de bebidas refrescantes azucaradas y chucherías dulces o saladas.

Es preciso saber el grado de actividad física del paciente incluyendo la actividad física programada y la actividad diaria (p. ej. ir al lugar de estudio o trabajo caminando).

La exploración física cuidadosa es otro elemento fundamental además del IMC (índice de masa corporal) en los adolescentes, ya es posible definir el fenotipo de obesidad que presentan: androide, ginoide o generalizada

Aunque las consecuencias generadas por la obesidad del adolescente se verán sobre todo en la edad adulta (independientemente de que persista o no) el obeso adolescente va a tener peor salud y mas complicaciones: respiratorias (crisis asmáticas más intensas que en los no obesos), endocrinometabólicas (hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, intolerancia hidrocarbonada, dislipemia, síndrome de ovarios poliquísticos, aceleración de la talla y la maduración ósea, pubertad precoz), ortopédicas (enfermedad de Blount, dolor

de espalda, pie plano). También son importantes las consecuencias psicosociales, como el aislamiento social, la baja autoestima, el consumo excesivo de alcohol, etc.

La obesidad en la adolescencia predispone a la obesidad en la vida adulta: 14-74% de los niños obesos se convierten en adultos obesos y el 23-55% de los adultos obesos fueron niños obesos.

2. JOVEN ADULTO.

En este capítulo se abordará el tema de la etapa joven adulto, ya que la población con la que trabajamos se encuentra ubicada en dicha etapa.

A lo largo del capítulo se hablará de las características físicas, psicológicas y de los cambios sociales que se enfrentan durante la juventud, esto con el motivo de entender mejor a la población con la que se está trabajando y tener más armas a la hora de impartir la terapia y trabajar con ellos en el tratamiento de control de peso.

2.1. Definición de la etapa joven adulto.

“Textos hindúes escritos en el siglo II describen la vida como una serie de pasajes en que los placeres pasados se quedan atrás y son sustituidos por objetivos más apropiados y elevados” (Sheehy, 1976, pág. 355)

Hoy en día los psicólogos evolutivos son los encargados del estudio del desarrollo de los adultos, la edad adulta se divide en diversas etapas difícilmente se puede señalar el cambio de un periodo a otro, y a pesar de ciertos indicadores sociales, los límites que señalan el inicio y el final de cada etapa son incluso mas arbitrarios que en la infancia. (Papalia, 2002.)

El periodo entre los 18 y 23 años es conocido como juventud. En esta etapa la cultura y la personalidad individual representan un papel más importante. Generalmente en este periodo la mayoría de las personas se vuelven independientes, forman hogares y demuestran sus habilidades físicas y cognoscitivas.

En esta etapa, a través de los problemas de la vida diaria se enfrentan al mundo real, y encuentran su camino, a partir de esto van a tomar decisiones

para determinar su salud, sus carreras y las personas con las cuales van a relacionarse.

Los cambios que suceden en la adultez no se deben a factores físicos ni intelectuales, fundamentalmente se debe a factores sociales. La capacidad de reaccionar frente a los cambios y de conseguir una buena adaptación a las nuevas condiciones es un signo de madurez. La resolución positivas de las contradicciones y dificultades constituye la base de la actividad del adulto (Datan y Ginsberg, 1955).

2.2. Características Fisiológicas.

Papalia (Desarrollo Humano, 2005) comenta que para mediados de los 20 años el adulto joven se encuentra totalmente desarrollado, se encuentra en la cima de la salud fuerza, energía y resistencia, a pesar de eso la agudeza visual y auditiva comienzan a disminuir a los 20 años, aparecen las pequeñas arrugas alrededor de los ojos y esto se debe a que los rayos ultravioleta del sol interfieren en la producción de ADN y la síntesis de proteínas en la piel, esto trae como respuesta que la piel se regenere más despacio, se haga más fina y se arrugue.

En general el adulto joven no presenta problemas de salud, muchos de ellos nunca han padecido enfermedades graves ni han sido incapacitados, la causa principal de muerte en esta etapa son los accidentes, los homicidios y suicidio.

A pesar de que la salud es influida por parte de los genes, los factores conductuales también influyen en esta, por ejemplo, lo que comen los adultos jóvenes, si duermen lo necesario, si realizan alguna actividad física o si fuman, beben o consumen drogas. (Rizzo, Abbott y Berger, 1998)

Si después de 10 años o más las personas no siguen con estos buenos hábitos tienen más probabilidad de caer enfermos que las personas que si siguen los buenos hábitos.

El vínculo entre conducta y salud nos muestra la importante relación que hay entre los aspectos físicos, cognoscitivos y emocionales del desarrollo; lo que una persona sabe acerca de la salud afecta lo que hace, y lo que hace repercute en cómo se siente. La personalidad, las emociones y la sociedad influyen en lo que la gente sabe que debería hacer y esto trae como consecuencia un comportamiento poco saludable.

2.3. Psicología del adulto joven.

Conforme las personas van llegando a la adultez joven, van enfocando sus energías y motivaciones en diferentes áreas del desarrollo, como es el terminar los estudios, trabajar, casarse y tener hijos. Esta es una etapa en la cual pueden resolverse muchos conflictos psicológicos previos.

Esta lucha por la identidad o autodefinición los lleva a elegir entre las expectativas que tienen, las relaciones e ideales, las cosas que son más significativas y lo reúnen en una definición integrada de la vida.

Una de las tareas más difíciles de los adultos jóvenes es el separarse del control familiar, esto se vuelve difícil debido a que muchos jóvenes dependen económicamente de sus padres. Al lograr la independencia de los padres, la persona se vuelve más espontánea y más abierta en sus relaciones personales y esto permite la formación de un sistema de valores que se basan en experiencias personales independientes de las experiencias de los padres.

Desarrollo Cognoscitivo

Aunque Piaget describió la etapa de las operaciones formales como el máximo logro de la cognición, existen algunos científicos del desarrollo que creen que los cambios en la cognición van todavía más allá de esa etapa. De acuerdo con esas teorías, el razonamiento formal no es ni la única ni la más importante capacidad de pensamiento maduro. Investigaciones desde la década de los 70 sugieren que el pensamiento maduro es mucho más rico y más complejo que las manipulaciones intelectuales abstractas que Piaget describió. (Arlin, 1984; Labouvie-Vief, 1985, 1999a; Labouvie y Hakim-Larson, 1989; Sinnott, 1984, 1989a, 1989b, 1991, 1998)

A menudo el pensamiento en la edad adulta parece ser flexible, abierto, adaptativo e individualista. Está basado en la intuición, la emoción y la lógica para auxiliar a las personas a afrontar un mundo en apariencia conflictivo. Aplica la experiencia para resolver situaciones ambiguas. Está caracterizado por la capacidad que posee para manejar la incertidumbre, la inconsistencia, la contradicción, la imperfección y el compromiso. Esta etapa superior de la cognición adulta a veces es denominada como pensamiento posformal.

El pensamiento posformal es relativista, a menudo se desarrolla en respuesta a interacciones y acontecimientos que abren formas diferentes de ver las cosas y desafían la visión simple y polarizada del mundo. (Papalia, 2005)

Un investigador destacado, Jan Sinnott propone varios criterios del pensamiento posformal como son:

Herramientas de cambio, que es la habilidad para cambiar entre el razonamiento abstracto y las consideraciones prácticas de un mundo real y viceversa.

Causalidad múltiple, soluciones múltiples, es la conciencia de que la mayoría de los problemas tienen más de una causa y más de una solución, y algunas soluciones tienen mayor probabilidad de funcionar que otras.

Pragmatismo, es aquella habilidad para elegir la mejor de varias soluciones que se tienen y reconocer los criterios para dicha elección.

Conciencia de la paradoja, es el reconocimiento de que un problema o solución implica conflicto inherente.

El pensamiento posformal maneja la información en un contexto social. Los dilemas sociales están estructurados con menos claridad y están cargados de emoción a diferencia de los problemas que estudiaba Piaget, los cuales involucraban fenómenos físicos y requerían de observaciones y análisis desapasionados.

Inteligencia emocional: en la vida adulta es más probable que las emociones influyan en el éxito más que en cualquier otra etapa de la vida, en esta etapa se toman decisiones definitivas y se ve con mayor claridad el papel de las emociones al influir con que efectividad la gente usa su mente.

La inteligencia emocional es el término de Salovey y Mayer para la capacidad de entender y regular las emociones; un componente importante de la conducta inteligente efectiva; es la capacidad para reconocer y tratar con los sentimientos propios y los sentimientos de otros.

Daniel Coleman (1995, 1998 y 2005) fue el psicólogo que popularizó este concepto, e incluyó cualidades como el optimismo, la escrupulosidad, la motivación, la empatía y la competencia social. De acuerdo con Goleman, estas habilidades pueden llegar a ser más importantes que el coeficiente intelectual para alcanzar el éxito en cualquier lugar.

Distinguió cuatro competencias que contribuyen al desempeño eficiente en el trabajo y la denominó como:

Autoconsciencia (autoconsciencia emocional, autoevaluación precisa y autoconfianza)

Autodirección (autocontrol, honradez, escrupulosidad, adaptabilidad, pulsión de logro e iniciativa)

Conciencia social (empatía, orientación al servicio y conciencia organizacional)

Administración de relaciones (apoyar el desarrollo de los otros, ejercer influencia, comunicación, manejo de conflictos, liderazgo, ser catalizador para el cambio, construir vínculos, trabajar en equipo y colaboración)

Destacar al menos en una competencia en cada una de esas cuatro áreas parece ser la clave para tener éxito casi en cualquier trabajo (Cherniss, 2002; Cherniss y Adler, 2000; Goleman, 1998)

La inteligencia emocional no es completamente opuesta a lo que es la inteligencia cognoscitiva, las personas pueden tener mucho o poco de ambas o de cualquiera de ellas. De igual forma se ha especulado mucho que la inteligencia emocional se desarrolla en gran medida durante la adolescencia intermedia, ya que en esta etapa es cuando maduran por completo las partes del cerebro que rigen nuestras emociones.

2.4. Cambios sociales en la etapa joven adulta.

Los sentimientos y el estado de ánimo en esta etapa ya no son tan extremistas, muestran una mayor estabilidad.

Generalmente predomina un estado de ánimo de alegría de vivir en contraste a la melancolía de la adolescencia. El origen de ese sentimiento de alegría se

encuentra en el hecho de que en este periodo los jóvenes logran satisfacer necesidades de reconocimiento y estima debido a que se integran en el mundo del trabajo y se hacen personas responsables.

Los jóvenes al sentir que pueden dominar su instinto, los éxitos logrados a través del trabajo y el estudio les da un sentimiento de valor y poder.

Las experiencias de éxito y fracaso y las comparaciones objetivas entre lo que él puede hacer y los demás, permite que la persona reconozca sus capacidades y sus límites (Hoffman, 1996.)

2.5. Principales problemáticas.

Al describir el cuadro de conductas, interés y actitudes por las que se caracteriza la edad juvenil no se puede omitir la referencia a ciertos problemas afectan a la mayoría de las personas que repercuten en su futuro y en la sociedad en general (Moraleda, 1995).

A continuación mencionaremos algunas de las problemáticas más significativas durante la juventud.

2.5.1. Tabaquismo.

En todo el mundo la tercera parte de adultos jóvenes fuman cigarrillos, y la mitad de todos ellos son fumadores persistentes, por lo que más de 4 millones de personas cada año, mueren por enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Si las tendencias actuales continúan para el 2020 el tabaco será la causa de una tercera parte de las muertes de los adultos en el mundo (International Agency for Cancer Research, 2002; OMS, 2002b).

Hay un vínculo bien establecido entre el tabaquismo y el cáncer de pulmón, aunque también está ligado con cáncer de estómago, hígado, laringe, boca,

esófago, vejiga, riñón, páncreas y cervix; con problemas gastrointestinales como úlceras; con enfermedades respiratorias como bronquitis y enfisema; así como con osteoporosis y enfermedad cardíaca (He, Vupputuri, Prerost, Hughes y Welton, 1999; Hopper y Seeman, 1994; International Agency for Cancer Research, 2002; National Institute of Aging, 1993; Eslemenda, 1994).

A pesar de los conocidos riesgos del tabaco las personas siguen fumando. Esto es debido a que es adictivo. La tendencia a la adicción puede ser genética ya que ciertos genes afectan la capacidad para dejar de fumar.

La mayoría de los jóvenes que comienzan a fumar es por el deseo de aparentar más edad o madurez.

2.5.2. Alcoholismo.

Cerca del 60% de los jóvenes de 21 a 35 años reportan que consumen alcohol al menos una vez al mes; quienes más beben son los jóvenes de 21 años (Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2001).

Durante la etapa de la Universidad es cuando los jóvenes más beben. Cuatro de cada cinco universitarios consumen alcohol, y alrededor de dos de cada cinco beben en exceso (cinco o más tragos a la vez) y al menos una vez en dos semanas (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2002; SAMHSA, 2001). El consumo de alcohol se asocia con otros riesgos a la salud como lo son los accidentes automovilísticos y la adquisición del virus del VIH.

Los estudiantes que beben en exceso tienden a faltar a clases, obtener menores calificaciones, desarrollar problemas de salud, ser arrestados e involucrarse en actividades sexuales no planeadas e inseguras.

El abuso del alcohol a lo largo de los años puede provocar cirrosis hepática y otro tipo de enfermedades gastrointestinales.

El alcoholismo es una enfermedad crónica que implica la dependencia patológica del alcohol que afecta todos los aspectos de la vida de la persona e interfiere en su funcionamiento normal y el cumplimiento de las obligaciones. Esta enfermedad resulta de cambios duraderos en los patrones de transmisión de señales nerviosas en el cerebro. La exposición a una sustancia que crea un estado mental eufórico origina adaptaciones neurológicas que producen sentimientos de incomodidad y ansiedad cuando ya no está presente.

Los motivos por los cuales los jóvenes empiezan a consumir alcohol son similares a los del tabaco, la facilidad con que se adquiere, el deseo de ser mayor para armarse de valor en situaciones difíciles, reducir la ansiedad, evadirse de los problemas y dar un toque agradable a las reuniones.

2.5.3. Consumo de drogas.

Entre los 18 y los 20 años el 20% de esta población consume alguna droga ilícita al menos una vez al mes, la marihuana es la droga más popular entre los jóvenes.

Conforme los jóvenes maduran y obtienen responsabilidades tienden a reducir el consumo de drogas. Aunque 38.5% de todos los adultos mayores de 26 años han probado drogas ilícitas, principalmente marihuana, sólo 4.2% las consumen actualmente (SAMHSA, 2001).

El consumo prolongado de la marihuana está relacionado con la pérdida de la memoria y la atención. El consumo crónico de la cocaína afecta el funcionamiento cognoscitivo.

2.5.4. Nutrición.

Lo que la gente come influye en su apariencia, cómo se siente y en las probabilidades que tiene de enfermarse.

La alimentación influye de manera importante en las enfermedades cardíacas, las cuales no son solo propiamente de la vejez. La gente que come frutas y legumbres como zanahorias, camotes, brócoli, espinacas, melón, etc. pueden disminuir el riesgo de una enfermedad cardíaca y apoplejía.

Una revisión de muchos estudios epidemiológicos encontró que seguir una dieta principalmente vegetariana, aunada a estar activo, mantener un peso saludable y abstenerse de fumar, reduce en 70 por ciento el riesgo de la mayoría de los cánceres (World Cancer Research Fund y American Institute For Cancer Research, 1997).

Las dietas altas en grasa animal han sido vinculadas al cáncer de colon y al cáncer de próstata. La grasa en grandes cantidades incrementa el riesgo cardiovascular, en particular los niveles de colesterol.

Más adelante se abordará más ampliamente el tema de la obesidad ya que es el tema fundamental de esta investigación.

3. TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Gutierrez del Alamo menciona que es bien sabido que para el tratamiento de la obesidad no existe una dieta maravillosa para bajar de peso ni un tratamiento farmacológico 100% eficaz, sin embargo en este capítulo se abordaran las distintas técnicas de tratamiento y se verá como a través de la combinación de varios de estos elementos se llega al éxito de un tratamiento de control de peso.

Anteriormente dimos a conocer las diferentes causas de la obesidad, así que sabiendo que la obesidad tiene diferentes orígenes debemos conocer las diferentes formas de tratamiento que hay para cada uno de ellos.

Lo primero que debemos tomar en cuenta, que es de suma importancia, es que un tratamiento para obesidad no sólo tiene como fin reducir peso, sino también mantenerlo y educar, obtener una educación en cuanto al buen comer así como también cambiar hábitos. Para esto existen dietas hipocalóricas, tratamientos quirúrgicos, tratamientos con fármacos y tratamientos de índole psicológica.(Chinchilla Moreno, 2003.)

En cualquier caso, es importante siempre, antes de iniciar un tratamiento, conocer si es paciente realmente lo necesita, no sólo se trata de que el paciente desee bajar su peso y talla, sino que realmente lo necesite.

A continuación se abordaran las diferentes técnicas de tratamiento a mayor profundidad.

3.1. Régimen Hipocalórico.

Este régimen es de vital importancia para el tratamiento de la obesidad, se trata de ajustar el consumo de calorías a la cantidad de energía que se necesita. Esto es para llegar al peso ideal y mantenerlo, ya que la dieta no es sólo para bajar de peso, sino para comenzar una educación en cuanto a comer se refiere.

El primer paso es realizar una encuesta nutricional, en esta se recogerán todos los hábitos alimenticios del paciente, conocer sus actividades diarias, aficiones, lugar donde realiza las comidas y el tiempo que dispone para comer, se necesita conocer si el paciente posee antecedentes familiares de obesidad, edad en la que comenzó a aumentar de peso, cuáles son sus comidas predilectas, así como también los factores emocionales que influyen, es decir si existe ansiedad de por medio, si tiene complejos, como va a influir y sea de manera positiva o negativa la obesidad en la personalidad del paciente, en su calidad de vida y sus relaciones interpersonales.

Esta primera encuesta es de vital importancia para el buen resultado del tratamiento.

Para comenzar también existe la posibilidad de que el paciente apunte a lo largo del día lo que va comiendo, esto en ocasiones es algo complicado porque no siempre se plasma realmente el contenido de la ingesta, pero por otro lado llega a ser de ayuda en el cumplimiento de la dieta.

Se le debe informar al paciente cuales son los beneficios de que baje de peso, el esfuerzo que debe realizar para lograrlo, y que para este fin debe cambiar sus hábitos, no de manera transitoria sino para siempre, pero sobre todo se debe animar al paciente en su trayecto.

Debemos insistir en fijar objetivos accesibles para el paciente, en que la pérdida de peso debe ser progresiva, y que este proceso lleva un tiempo y esfuerzo determinado.

Posteriormente se debe realizar un programa dietético, este se debe realizar de manera individual de acuerdo con sus necesidades, su vida laboral y lo que el paciente prefiere comer, ya que si le indicamos al paciente comer alimentos que no son de su arado y a eso le sumamos que no puede comer dentro de casa estaríamos destinados al fracaso. También para esto es necesario que el paciente conozca sus necesidades alimentarias y que también es muy importante que esta dieta debe estar muy bien balanceada.

Las características que debe reunir una dieta para poder perder peso de manera correcta son las siguientes:

- Ha de ser hipocalórica para poder perder parte de las reservas grasas.
- Ha de ser equilibrada.
- Debe haber una abundante ingesta hídrica para conseguir una diuresis de 1.5-2.1 al día.
- Ser acorde con los gustos de quien ha de seguir para evitar abandonos.
- Ser suficientemente abundante como para eliminar la sensación del hambre.
- Realizar 5 tomas al día, evitando así “picar” entre comidas o las comidas aisladas copiosas.
- Eliminar alimentos hipercalóricos, como chocolate, bollería, helados, etc.
- Evitar el consumo de alcohol.
- Eliminar los fritos, utilizando otras formas de cocinar, como horno, plancha, vapor, microondas.

- Emplear al menos 25 min en comer, sentado, masticado correctamente y sin distracciones.
- Consumir los productos lácteos desnatados y quesos con poca grasa.

A continuación se dará un ejemplo de dieta hipocalórica, y posteriormente se presentará la dieta que se le da a los pacientes que acuden al tratamiento de control de peso “peso estatura, vida segura”.

DESAYUNO

-250ml de café con leche descremada

-30g de pan con una cucharada de aceite de oliva

MEDIA MAÑANA

Se recomienda una toma ligera de una opción de las siguientes:

-infusión, café o té endulzante artificial

-una pieza de fruta (manzana, pera o naranja)

-yogurt descremado

-pan integral con queso panela

-una barrita de cereales

COMIDA

-un plato de verduras

-100g de carne o pescado a la plancha

-postre, yogurt descremado.

CENA

-ensalada de verduras

-embutidos (jamón de pavo o york)

-un huevo

-yogurt descremado

*Pastas, legumbres y arroz una vez por semana. Si van a ser consumidas como primer plato no superar los 40 o 45grs. Si van a ser consumidas como segundo plato no superar los 80grs (J. Fraile Gómez, 2003.)

Los objetivos de las dietas, como se ha mencionado anteriormente deben ser accesibles. Muchos pacientes desean bajar de peso rápidamente cuando el sobrepeso que tienen lo han ido ganando a lo largo de varios años, no se puede pretender solucionar un sobrepeso de 30 o 40kg de 10 o 20 años de evolución, esto se debe a que existen costumbres muy arraigadas, conductas que ha tenido el paciente por años que se deben corregir, esto es muy importante porque mientras no haya cambios definitivos de hábitos y conductas los cambios de peso que se den solo serán transitorios, para nada definitivos

Se puede decir que una persona debe bajar idealmente el 10% de su peso en 6 meses.

Chinchilla Moreno señala que lo ideal de la dieta sería que fuese un programa de educación nutricional que aporte al paciente las armas necesarias para llevar a cabo una vida social activa normal sin recuperar el peso y esto sólo es posible si tanto el profesional como el paciente realizan un esfuerzo significativo, para esto se requiere de motivación y tiempo suficiente lo cual no siempre es un factor disponible.

En conclusión, la dieta sigue siendo un factor de suma importancia en un programa de control de peso para obesidad, sin embargo en la obesidad se encuentran varias patologías tanto orgánicas como psicológicas, por lo que se tiene que abordar al paciente de manera integral ya que si se tratan por separado dichos aspectos estamos destinados al fracaso.

3.2. Ejercicio

Cuando nos referimos a las distintas formas para bajar de peso no podemos dejar de lado el ejercicio especialmente el aeróbico, que es una medida terapéutica bastante recomendable en los casos de obesidad.

Si el paciente realiza mayor actividad física, su cuerpo consume más calorías lo cual va a beneficiar su vagancia energética, ya que la actividad física puede llegar a representar hasta el 30% del gasto calórico de todo el día, es por eso que los resultados de la dieta se ven muy mejorados cuando se incluye la actividad física, ya que por muy pequeña que sea la actividad es mejor que ninguna.

3.3. Terapia Psicológica. Modificación de la conducta alimentaria.

Es claro que para perder peso hay que comer en menos cantidad por lo que es importante tener una dieta hipocalórica; sin embargo cuando reducimos la ingesta de manera brusca los mecanismos reguladores de la homeostasis de nuestro cuerpo se ponen a trabajar para adaptar a nuestro organismo los nuevos aportes de alimento, esto hace que el paciente a iniciar una dieta de este tipo baje de peso muy rápido en las primeras semanas para después mantenerse estable. Gracias a este mecanismo homeostático en el momento en el que el paciente termina la dieta es muy seguro que vuelva a sus hábitos alimenticios previos y que tanto ha extrañado durante esta restricción, lo que trae como resultado un aumento de peso mayor al que se había perdido con la dieta.

Como lo hemos visto en capítulos anteriores aunque no todos los obesos tengan una psicopatología si tienen hábitos y conductas alimentarias que

deben ser modificadas si queremos que los resultados obtenidos en la dieta se mantengan por un buen tiempo.

Según Rodin (1987) “Ponerse a dieta no es una forma segura de adelgazar y, por el contrario, es una forma segura de engordar.”

De los posibles abordajes psicoterapéuticos el único que juega un papel importante para el tratamiento de la obesidad es el tratamiento cognitivo conductual. Stuart (1967) fue el primero en estudiar la eficacia del tratamiento conductual en la obesidad.

Este tratamiento puede realizarse de manera individual o grupal.

Para esto el objetivo del paciente es perder peso rápidamente, para este estudio es que sea lento y según las indicaciones médicas. Para este tratamiento los más indicados son los obesos leves y moderados.

Se le debe informar al paciente que seguir una dieta conlleva un esfuerzo muy grande que implica cambiar su estilo de vida y que para esto le podemos ayudar.

En la primera entrevista se debe crear una relación terapéutica positiva con el paciente, así como también se debe de evaluar el grado de motivación que posee el paciente ya que esto determinara si se debe iniciar o no el tratamiento. En esta primera entrevista también se le debe explicar el objetivo y las dificultades del tratamiento poniendo énfasis en que las probabilidades del éxito del mismo dependen directamente con el grado de compromiso que tenga. Para finalizar la primera entrevista se le muestran cuestionarios, registros, etc., indicándole como debe utilizarlos.

En la segunda entrevista se completa la historia clínica y se evalúan las hojas de registro que se le dieron en la entrevista anterior, a partir de las siguientes

sesiones se le ofrece al paciente estrategias para controlar la conducta problema y alternativas para manejarla.

Todas las sesiones deben de ir encaminadas a consolidar logros, en algunos casos para esto es necesaria la cooperación de algún familiar o amigo que le pueda servir de apoyo.

Los elementos conductuales que se manejan en este tratamiento tienen como objetivo cambiar o establecer patrones alimenticios y de ejercicio adecuados; los elementos cognitivos de la terapia tienden a identificar los pensamientos erróneos que van a propiciar que persistan conductas disfuncionales y las van a cambiar.

Las técnicas de trabajo de la terapia cognitivo conductual pueden ser variadas como lo son autocontrol, análisis de estímulos, corrección de pensamientos erróneos, etc.

3.4. Tratamiento quirúrgico

Debido a que ha habido fracasos frecuentes en los tratamientos de obesidad comenzaron a surgir propuestas de cirugía digestiva para tratar los casos de obesidad grave aunados a la terapia convencional.

Este tratamiento se utiliza en pacientes con un IMC superior a 35kg/m², o en pacientes con un IMC mayor de 40.

Algunas técnicas quirúrgicas para disminuir el volumen gástrico son: derivación gástrica, gastroplastía, estrechamiento vertical, anastomosis, terminolateral y derivación biliopancreática.

3.5. Tratamiento con psicofármacos

Frecuentemente un plan de tratamiento para perder peso va acompañado con fármacos, los ms utilizados son los ansiolíticos y los antidepresivos, algunos de ellos son:

- Ansiolíticos
- Antidepresivos
- Antagonistas
- Opiáceos
- Eutimizantes

Para cualquier tratamiento de control de peso siempre tenemos que hacer una reflexión sobre nuestro estímulo de vida, vivimos en un mundo en el que se busca la satisfacción rápida, no hay tolerancia al sufrimiento y casi todos los valores se centran en la estética y en la juventud mucho más que en valores espirituales o morales.

A lo largo de los años la concepción de la familia los hábitos alimenticios han ido cambiando y esto ha provocado un alarmante aumento en el índice de obesidad prácticamente a nivel mundial, al mismo tiempo la presión sociocultural es muy grande ya que las personas obesos son discriminada y marginadas, por esto no es raro que estas personas no se adapten de manera normal a la sociedad y se sientan despreciados. (Brai et al, 1997)

Al momento de iniciar un tratamiento de control de peso es muy importante que uno como profesional tenga muy en cuenta su sentido común para proponerle objetivos alcanzables y adaptados a cada persona. Además de esto no debemos olvidar establecer una buena relación psicoterapéutica que nos permita adentrarnos en el mundo del paciente y darle una atención óptima.

3.6. Tratamiento en adolescentes.

El objetivo principal es enseñar al adolescente un estilo de vida saludable que le permita lograr un peso adecuado para la talla, al mismo tiempo que mantener un crecimiento y desarrollo normales.

A diferencia de los adultos, el adolescente deja de ser obeso manteniendo su peso a medida que crece y en muchos casos no necesita perderlo.

Es fundamental explicar al adolescente y a su familia las causas y complicaciones de la obesidad, porque en esta base radica una mayor adherencia al tratamiento, en muchas ocasiones de larga duración. El tratamiento será planificado conjuntamente entre el médico y el paciente y comprenderá un plan nutricional, un plan de actividad física, un consejo conductual y ocasionalmente fármacos.

Se aconsejan dietas equilibradas normocalóricas o con reducción calórica moderada y siempre manteniendo un aporte suficiente de nutrientes. En general, se recomienda disminuir el aporte en 500-600 Kcal-día, teniendo en cuenta el ejercicio físico, la dieta previa y la etapa de desarrollo.

Es recomendable que el adolescente realice cinco comidas, evitando tomar alimento entre ellas, con las modificaciones precisas para que toda la familia se integre en el plan. Deben evitarse las bebidas azucaradas “snacks” fritos, dulces, frituras, embutidos (B. Moreno, 2005) y restringirse al máximo el consumo de alcohol.

Al hacer las recomendaciones hay que evitar prohibiciones absolutas y permitir pequeñas excepciones en situaciones especiales. Es necesario explicar los riesgos de dietas peligrosas y el empleo de laxantes, diuréticos o anfetaminas.

Un plan alimentario demasiado estricto y que no cumpla las características

estas conlleva riesgo de alteraciones del desarrollo, crecimiento deficitario, osteopenia, depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria.

La actividad física es fundamental en la prevención y tratamiento de la obesidad, así como en el mantenimiento del peso perdido. Se recomienda que el ejercicio físico se realice en equipo y de forma regular, con una frecuencia mínima de tres sesiones a la semana. Es importante propiciar la actividad física cotidiana como por ejemplo subir escaleras en vez de emplear el ascensor.

El principal papel del consejo conductual es apoyar al paciente obeso y su familia, afianzar los hábitos alimentarios y el patrón de actividad física aprendidos y mejorar la autoestima y el autocontrol. (B. Moreno, 2005.)

Existen muchos fármacos antiobesidad en fase de desarrollo o investigación, pero solo dos están aprobados actualmente.

El orlistat, que actúa bloqueando parcialmente la absorción de lípidos, ha sido recientemente aprobado en casos extremos de obesidad en adolescentes. La sibutramina que inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina, puede utilizarse en adolescentes exclusivamente bajo planteamiento de ensayos clínicos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) pueden emplearse en pacientes con depresión asociada o comportamientos bulímicos.

La metformina tiene un efecto inhibitor del apetito y ha comenzado a indicarse en algunos casos de adolescentes obesos con insulinoresistencia y diabetes.

La cirugía restrictiva, pero no la malabsortiva, puede considerarse en casos de obesidad mórbida con graves problemas físicos asociados.

4. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En este capítulo se hablará acerca de lo que es la terapia cognitivo conductual, quienes son sus principales exponentes, se mencionará que son las cogniciones y como se evalúan ya que la propuesta de esta tesis tiene como fundamento esta terapia, por lo tanto es de vital importancia conocer en que está basada y todos sus fundamentos teóricos.

Actualmente es de total reconocimiento la actividad profesional de la psicología y de su función como mediadora para generar bienestar en el ser humano. De igual forma, y para generar este bienestar, los procedimientos terapéuticos más utilizados son aquellos que están estructurados, generan resultados a corto plazo, son estandarizados, directivos, ordenados y científicamente comprobados: la Terapia Cognitivo Conductual es uno de estos modelos.

La Terapia Cognitivo Conductual ha madurado de manera considerable, ya que virtualmente abarca la mayoría de las áreas de intervención en el comportamiento humano. Muestra de ello es la expansión de sus bases teóricas que han contribuido a incrementar nuevos hallazgos empíricos, así como a ser legítimamente una modalidad terapéutica usada por psicólogos y psiquiatras. De hecho, la explosión de la información ha sido tan extensa en este campo, que la proliferación de artículos, libros y otros trabajos escritos han permitido que sea imposible mantenerse alejado de estos cambios. Parte de este auge de información en Terapia Cognitivo Conductual puede ser explicada por la aplicabilidad tan amplia y generalizada que se ha hecho de su tecnología en diferentes áreas, contextos y problemas.

Para demostrar la aceptación de esta terapia, solamente basta revisar brevemente el número de revistas y libros que sobre la Terapia Cognitivo Conductual han surgido en los últimos cinco años, así como también, el surgimiento de instituciones dedicadas al estudio, enseñanza y entrenamiento de esta terapia en todo el mundo.

En los últimos años, y por razones de las diferencias culturales y socioeconómicas de cada país, los terapeutas cognitivo conductuales latinoamericanos han tenido que adaptar la información teórica y clínica de otras latitudes (anglosajonas y europeas) con características culturales diferentes. Debido a estas circunstancias, muchos autores se han formado y han adaptado sus propios modelos, llevándolos a ser "punta de lanza" en el manejo clínico e investigativo en Iberoamérica. También se ha escrito sobre la Terapia Cognitivo Conductual a escala mundial, sin embargo, solo una pequeña parte de la literatura es escrita por psicólogos latinoamericanos de habla hispana. Hoy en día la Terapia Cognitivo Conductual se encuentra a la vanguardia del movimiento de terapias con más fundamento empírico y que ha demostrado su eficacia en un amplio rango de problemas psicológicos que aquejan al ser humano, a la sociedad y al mundo en general.

Para corroborar la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual, en un estudio del área de Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la UNAM (Rodríguez y Jaen, 2004), un grupo de psicólogos encuestaron a 50 científicos destacados en el área de la salud, de diversas instituciones educativas e institutos nacionales, sobre las técnicas de intervención más frecuentemente aplicadas. El estudio comprobó que los procedimientos de intervención cognitivo conductual son en un 61% los más usados, por ser técnicas confiables y válidas de manera empírica.

4.1. Definición de psicología cognitiva.

La psicología cognitiva es una escuela de la psicología que se encarga del estudio de la cognición, es decir, los procesos mentales implicados en el conocimiento. Tiene como objeto de estudio los mecanismos básicos y profundos por los que se elabora el conocimiento, desde la percepción, la memoria y el aprendizaje, hasta la formación de conceptos y razonamiento lógico. Por cognitivo entendemos el acto de conocimiento, en sus acciones de almacenar, recuperar, reconocer, comprender, organizar y usar la información recibida a través de los sentidos.

Está situada dentro de lo que se denomina el hexágono cognitivo junto con la biología, la psicología, la lingüística e incluso la informática. Recibe influencias de disciplinas y teorías afines, como el tratamiento de la información, la inteligencia artificial. La ciencia del lenguaje y el enfoque holístico de la Gestalt.

El interés de la psicología cognitiva es doble. El primer interés es estudiar cómo las personas entienden el mundo en el que viven y también se abordan las cuestiones de cómo los seres humanos toman la información sensorial entrante y la transforman, sintetizan, elaboran, almacenan, recuperan y finalmente hacen uso de ellas. El resultado de todo este procesamiento activo de la información es el conocimiento funcional en el sentido de que la segunda vez que la persona se encuentra con un acontecimiento del entorno igual o similar está más segura de lo que puede ocurrir comparado con la primera vez.

Cuando las personas hacen uso de su conocimiento construyen planes, metas para aumentar la probabilidad de que tendrán consecuencias positivas y minimizar la probabilidad de consecuencias negativas. Una vez que la persona tiene una expectativa de la consecuencia que tendrá un acontecimiento, su actuación conductual se ajustará a sus cogniciones.

El segundo interés de la psicología cognitiva es cómo la cognición lleva a la conducta. Desde un enfoque motivacional, la cognición es un "trampolín a la acción". Para los teóricos cognitivistas, la acción está principalmente en función de los pensamientos de la persona y no de algún instinto, necesidad, pulsión o estado de activación (arousal).

La psicología cognitiva es una de las adiciones más recientes a la investigación psicológica y estudia diversos procesos cognitivos, tales como la resolución de problemas, el razonamiento (inductivo, deductivo, abductivo, analógico), la percepción, la toma de decisiones y la adquisición lingüística. Se desarrolló como un área separada de la disciplina desde los primeros años de la década de 1950 y 1960. El término comenzó a usarse con la publicación del libro *Cognitive Psychology* por Ulric Neisser en 1967. Pero la aproximación cognitiva había sido traída a un primer plano tras la publicación del libro de Donald Broadbent *Percepción y Comunicación* en 1958. Desde ese momento, la metáfora dominante en el área ha sido el modelo de procesamiento de información de Broadbent.

Los principales exponentes de la psicología cognitiva son Alan Baddeley, Frederic Bartlett, Donald Broadbent, Jerome Bruner, Hermann Ebbinghaus,

George A. Miller, Ulrich Neisser, David Rumelhart, Herbert Simon, Endel Tulving, Robert L. Solso y Jean Piaget.

4.2. Evolución histórica de la terapia cognitivo conductual.

Podríamos diagramar el desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual en tres etapas. La primera de ellas se desarrolla entre los años 1950 y 1970 de manera paralela pero independiente en Inglaterra y Estados Unidos. Este período se halla signado por un fuerte auge de la teoría del aprendizaje fruto de la investigación básica en laboratorio. Por un lado, los psicólogos británicos dedicaron sus esfuerzos especialmente a los desórdenes de ansiedad, apoyando sus intervenciones en la teoría del condicionamiento clásico propuesta por Pavlov. En esta línea se destacan claramente los trabajos de Hans Eysenck y Joseph Wolpe. Por otra parte, en Norteamérica, los psicólogos se orientaron predominantemente al tratamiento de pacientes institucionalizados y crónicos, fundamentalmente psicóticos con elevado grado de deterioro. En este último caso, la teoría del condicionamiento operante propuesta por Skinner dio el marco de referencia. Más allá de estas diferencias, ambas líneas de trabajo se manejaron con escasa teorización y excesivo empirismo, poniendo su énfasis en el comportamiento. Este último era considerado el producto de los eventos ambientales, experiencias de aprendizaje formadas casi exclusivamente a través del condicionamiento. Este enfoque que otorgaba escasa importancia a los fenómenos mentales o cognitivos representa históricamente la arista conductual de la actual Terapia Cognitivo Conductual.

La insuficiente teorización del anterior modelo, sumado a su dificultad para dar solución a algunos desórdenes psicológicos son elementos claves en el

surgimiento de las Terapias Cognitivas, que inauguran el segundo período en el desarrollo. A mediados de la década del 60, Aaron Beck y Albert Ellis comparten la visión de que la mayor parte de los desórdenes psicológicos nacen por cogniciones³⁴ incorrectas y / o un procesamiento cognitivo defectuoso. Coherentemente con lo anterior, proponen que el “remedio” para tales desórdenes consiste en la corrección de los procesos cognitivos defectuosos y en el reemplazo de las ideas incorrectas y disfuncionales por otras más realistas, adaptativas y funcionales. Definitivamente, la Terapia Cognitiva de Beck selló su éxito en la historia de la Psicología con el tratamiento de la depresión. El nuevo enfoque enriqueció sustancialmente a las estrategias terapéuticas derivadas de las teorías del condicionamiento que no habían logrado respuestas totalmente satisfactorias para el desorden mencionado.

Hacia finales de la década del 80, el desarrollo exitoso del tratamiento para el desorden por pánico³⁵ establece el vínculo de las dos corrientes mencionadas en un sistema de trabajo más amplio, inaugurando así la tercera etapa del desarrollo de la Terapia Cognitivo Conductual, que continúa hasta nuestros días.

4.3. Los fundadores de la psicología cognitiva: Ellis y Beck.

En esta tesis veremos que los principales fundadores de la teoría cognitivo conductual fueron Ellis y Beck, por lo que nos daremos a la tarea de

³⁴ facultad de los seres de procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido (experiencia) y características subjetivas que permiten valorar la información.

³⁵ El desorden del pánico representa ansiedad en su forma más severa. Es un desorden de ansiedad caracterizado por episodios inesperados y recurrentes de la aprehensión intensa, del terror, y de la condenación inminente, acompañada generalmente por los síntomas físicos que mimico el ataque del corazón o la otra condición médica seria.

profundizar en sus teorías y fundamentos que dieron principio al fundamento teórico de esta investigación.

4.3.1. La terapia racional emotiva de Ellis.

Albert Ellis (1913-2007) recibió su título de graduado de psicología en 1934 en el City College de Nueva York. Nueve años más tarde, en 1943 obtuvo el título de "Master" y en 1947 el de Doctor, estos dos últimos en la Universidad de Columbia. Ya en 1943 había comenzado su labor clínica en consultas privadas, tratando problemas matrimoniales, familiares y sexuales. Al poco tiempo empezó a interesarse por el psicoanálisis, y procuró instruirse en este tipo de psicoterapia, pasando 3 años de análisis personal.

En esta época ocupó varios cargos y dedicaciones como psicólogo clínico en un centro de salud mental anejo a un hospital estatal, fue además psicólogo jefe del centro de diagnóstico del departamento de Nueva York de Instituciones y Agencias, también fue profesor de las Universidades de Rutgers y Nueva York, pero podemos decir que la mayor parte de su vida la dedicó a la práctica privada de la psicoterapia.

Su práctica privada fue inicialmente psicoanalítica, con énfasis en la teoría de Karen Horney. Revisando los resultados de su trabajo, estimó que el 50% de sus pacientes mejoraban y el 70% de los pacientes neuróticos (cifras similares al resto de los psicoanalistas). Pero Ellis no estaba satisfecho con estas cifras ni con la teoría psicoanalítica que fundamentaba su trabajo.

Sus puntos de cuestionamiento a esta teoría se centraban en la excesiva pasividad del terapeuta y del paciente y la lentitud del procedimiento. Para ello

acercó más su labor psicoterapéutica a un enfoque "neo-freudiano", obteniendo un 63% de mejoría en sus pacientes y un 70% en sus pacientes neuróticos. Todo esto se había conseguido con menos tiempo y menos entrevistas. Pero aún así, observó que sus pacientes se solían estancar en la mera comprensión de su conducta ("Insights") sin que la modificasen necesariamente. En este punto empezó a buscar métodos más activos en la teoría del aprendizaje y las técnicas de condicionamiento. Sus resultados mejoraron aún más. Pero no estaba todavía satisfecho del todo.

Fue en 1955 cuando comenzó a desarrollar su enfoque racional-emotivo de la psicoterapia. En 1958 publicó por primera vez su famoso modelo A-B-C para la terapia, donde exponía que los trastornos emocionales derivaban de un continuo "auto-doctrinamiento" en exigencias irracionales. La terapia tenía así como fin, no solo tomar conciencia de este auto-doctrinamiento en creencias irracionales, sino también en su sustitución activa por creencias más racionales anti-exigenciales y anti-absolutistas y su puesta en práctica conductual mediante tareas fuera de la consulta.

Entre 1950 y 1965 publica una serie de obras centradas preferencialmente en el área sexual (p.e "sexo sin culpa", 1958, "Arte y Técnica del Amor", 1960 y "La enciclopedia de la conducta sexual", 1961), que le hicieron ocupar un lugar relevante en este área. También en 1962 publica su primera obra relevante en el campo de la psicoterapia ("Razón y Emoción en Psicoterapia") donde expone extensamente su modelo de la terapia racional-emotiva. A partir de los sesenta, Ellis se dedicó a profundizar y ampliar las aplicaciones clínicas de su modelo, publicando una gran cantidad de obras, que tenían como eje central convertirse en "métodos de autoayuda".

Ahora vamos a exponer los principales conceptos de su obra (Ellis, 1962, 1981, 1989 y 1990).

Sus principales conceptos teóricos son los siguientes:

A. METAS Y RACIONALIDAD:

Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en:

- a. Supervivencia.

- b. La felicidad. Esta última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes sub-metas:
 - o Aprobación o afecto.

 - o Éxito y Competencia personal en diversos asuntos.

 - o Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.

B. COGNICIÓN Y PROCESOS PSICOLÓGICOS:

- a. Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente.

Pensamiento

Afecto Conducta

b. Los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son:

o Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico.

o Las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica.

C. ÉNFASIS HUMANISTA-FILOSÓFICO DEL MODELO:

1. Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional.

2. Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

Ellis decía que El trastorno psicológico, como ya ha quedado expuesto, deriva de las CREENCIAS IRRACIONALES. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) propone que las tres principales creencias irracionales (CREENCIAS IRRACIONALES PRIMARIAS) son:

1. Referente a la meta de Aprobación/Afecto:

"Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".

2. Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal:

"Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".

3. Referente a la meta de Bienestar:

"Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Estas experiencias entrecorilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen VULNERABLE a las personas a padecer TRASTORNO EMOCIONAL en los aspectos implicados en esas metas.

En esta tesis no profundizaremos mas en los fundamentos de la terapia racional emotiva puesto que no es el punto central de nuestra investigación.

4.3.2. La terapia cognitiva de Beck

Sobre 1956, A. Beck trabajaba como clínico e investigador psicoanalista. Su interés estaba centrado por entonces en reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una "hostilidad vuelta contra sí mismo" en los pacientes depresivos tal como se seguía de las formulaciones

freudianas. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto le llevó a cuestionarse la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos obtenidos apuntaban más bien a que los pacientes depresivos "seleccionaban" focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos. Esto unido a los largos análisis de los pacientes depresivos con la técnica psicoanalítica habitual, y con escasos resultados para tan alto costo, le hicieron abandonar el campo del psicoanálisis. Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y de la psicoterapia.

En 1967 publicó "La depresión" que puede considerarse su primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Varios años después publica "La terapia cognitiva y los trastornos emocionales" (1976) donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero es su obra "Terapia cognitiva de la depresión" (1979) la que alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra no solo expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo sino también la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento. La obra referida llega así a convertirse en una especie de manual de terapia cognitiva. Más actualmente el propio Beck ha desarrollado su modelo a los trastornos por ansiedad (p.e "Desordenes por ansiedad y fobias: una perspectiva cognitiva (C.T) a otros desordenes diversos, como por ejemplo: esquizofrenia (Perris, 1988), obsesión- compulsión (Salkovskis, 1988), trastornos de la personalidad (Freeman, 1988), trastornos alimenticios (McPherson, 1988), trastornos de pareja (Beck, 1988)...etc.

Sus principales conceptos teóricos son los siguientes:

A. ESTRUCTURA DE SIGNIFICADO Y PSICOPATOLOGÍA:

La terapia cognitiva (C.T) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1967 y 1976). El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de ESQUEMA COGNITIVO y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES (Beck, 1979). Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990).

Con todos estos términos equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

B. COGNICIÓN:

Se refiere a la valoración de acontecimientos hecha por el individuo y referida a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos o imágenes de los que podemos ser conscientes o no.

Mas adelante profundizaremos en el tema de las cogniciones

C. DISTORSIÓN COGNITIVA Y PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales recibe el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos. Beck (1967 y 1979) identifica en la depresión no psicótica los siguientes:

- 1. INFERENCIA ARBITRARIA: Se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.
- 2. ABSTRACCIÓN SELECTIVA: Consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y valorando toda la experiencia en base a ese detalle.
- 3. SOBREGENERALIZACIÓN: Se refiere al proceso de elaborar una conclusión general a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar esta conclusión a situaciones no relacionadas entre sí.
- 4. MAXIMIZACIÓN Y MINIMIZACIÓN: Se evalúan los acontecimientos otorgándole un peso exagerado o infravalorado en base a la evidencia real.

- 5. PERSONALIZACIÓN: Se refiere a la tendencia excesiva por la persona a atribuir acontecimientos externos como referidos a su persona, sin que exista evidencia para ello.
- 6. PENSAMIENTO DICOTÓMICO O POLARIZACIÓN: Se refiere a la tendencia a clasificar las experiencias en una o dos categorías opuestas y extremas saltándose la evidencia de valoraciones y hechos intermedios.

Otros autores han aumentado el repertorio de distorsiones cognitivas detectadas en distintos estados emocionales alterados (p.e Mckay, 1981).

Lo esencial es destacar que aunque algunas distorsiones pueden ser específicas de determinados trastornos, lo normal es que estén implicados en diversos trastornos y estados emocionales alterados. Sólo la organización cognitiva es ideosincrática y personal a cada individuo, aunque pueden encontrarse semejanzas en sus distorsiones y Supuestos personales.

Los pensamientos automáticos serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y los Supuestos personales. Las características generales de los pensamientos automáticos son (Mckay, 1981):

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos.
2. Son creídos a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente.
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
4. Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.

5. Suelen conllevar una VISIÓN DE TÚNEL: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Así tenemos:

1. Los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros.

2. Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.

3. La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e inaceptable conducta de otros...etc.

4.4. Metodología de la terapia cognitivo conductual.

De este modo, el enfoque de la Terapia Cognitiva, el enfoque cognitivo más puro, se refiere a un sistema de trabajo terapéutico basado fundamentalmente en el rol que las cogniciones y los procesos cognitivos juegan en generación de las emociones. Se sostiene que el cambio en los pensamientos y en los sistemas de procesamiento conducirá a cambios emocionales y conductuales. En esta línea se ubican las técnicas terapéuticas: identificación, discusión y puesta a prueba de pensamientos automáticos; identificación, análisis y cambio de creencias y supuestos básicos; modificación de esquemas disfuncionales de procesamiento. Todos estos procedimientos se hallan orientados al proceso de reestructuración cognitiva, su fin consiste en rediseñar, remodelar, cambiar el sistema de pensamientos, ideas, creencias que presenta el paciente a fin de transformarlas en más racionales, más realistas, más funcionales.

En comparación con lo anterior, el enfoque conductual se fundamenta en la concepción de que el comportamiento en general y los desordenes

emocionales en particular, responden a contingencias ambientales³⁶ de acuerdo con las leyes del condicionamiento. Así, las técnicas derivadas proponen un cambio conductual basado en la creación de nuevas conexiones de estímulos³⁷ y respuestas que reemplacen a las viejas y menos funcionales asociaciones. Esto se logra a través de una manipulación sistemática y cuidadosamente planificada de las contingencias ambientales, tal como cuando para ayudar a una persona a superar sus miedos, ordenamos los estímulos provocadores de ansiedad y los presentamos gradualmente mientras ella se relaja. Buscamos así crear una nueva asociación entre el evento disparador de ansiedad y la respuesta de relajación. Hoy, más allá de los avances en el terreno cognoscitivo, se acepta ampliamente que existen desórdenes psicológicos para cuyo tratamiento no se puede prescindir de las técnicas conductuales. Tal es el caso de los hábitos nerviosos (tricotilomanía³⁸, tartamudez), desórdenes del control de impulsos, adicciones, depresiones graves o problemas de aprendizaje. Baste sólo para ilustrar, en el tratamiento de la agorafobia³⁹ la terapia de exposición con prevención de la respuesta, una técnica eminentemente conductual, constituye la opción más efectiva.

No obstante los orígenes relativamente independientes de ambas líneas de trabajo, en la actualidad la mayoría de los psicólogos dedicados a la práctica clínica aceptan que la integración de ambos paradigmas conduce a la mayor eficiencia terapéutica. De hecho, encuestas realizada a psicólogos clínicos en

³⁶ Acciones necesarias ante un riesgo inminente derivado de actividades humanas o de fenómenos naturales, que pueden poner en peligro la integridad y el equilibrio de un ecosistema.

³⁷ cualquier cosa que influya efectivamente sobre los aparatos sensitivos de un organismo viviente, incluyendo fenómenos físicos internos y externos del cuerpo.

³⁸ El comportamiento recurrente de arrancarse el propio cabello, y/o vello del cuerpo, por simple placer, gratificación o liberación de la tensión

³⁹ Agorafobia literalmente significa miedo a los espacios abiertos. Pero las agorafóbicas, este trastorno se da más a menudo entre las mujeres que entre los hombres, se caracteriza por la ansiedad que aparece donde resulta difícil escapar u obtener ayuda

distintas ciudades europeas y norteamericanas, revelan que el 80 % de los profesionales declaran poseer una orientación cognitivo conductual, un 10 % sólo cognitiva mientras que el 10 % restante abarca a todas las otras formas de práctica clínica que hoy existen en Psicología.

La psicología de nuestro siglo se ha caracterizado por ser multifacética, estudiando el hacer, pensar y sentir (Mahoney, 1991). Para los conductistas, la conducta y sus consecuencias determinan la cognición y el afecto; Para los cognitivistas el papel central se le da a la cognición, por ello " como tú piensas, tú sientes y actúas". Para los teóricos emotivos, el sentimiento es primario y es lo más poderoso. Desde la segunda mitad de este siglo, se da la revolución cognitiva, basada en:

-Los procesos internos y la posibilidad de su estudio científico.

-Los procesos psicológicos median la conducta humana

Al mismo tiempo, podemos considerar varios hechos que facilitan la aparición y rápida implantación de las terapias cognitivo-conductuales.

1. La complejidad de los problemas de los clientes y la aparición de nuevos trastornos clínicos como consecuencia de una sociedad más compleja.

2. En segundo lugar, la dificultad de eliminar de las intervenciones clínicas, aspectos como valores, creencias, verbalizaciones, cogniciones, pensamientos, sentimientos, etc.

3. En tercer lugar, la psicología experimental ha mostrado que el modelo puede estudiarse a través de distintas tareas o de las verbalizaciones del sujeto.

4. El modelo reconoce la viabilidad de utilizar al mismo nivel, o en distintos niveles, tanto la conducta manifiesta como la encubierta.

Dentro de los hitos precursores del surgimiento de la terapia cognitiva están:

- El libro de Ellis (1962) titulado Razón y emoción en psicoterapia,
- El artículo de Beck (1963) Thinking and depression,
- en los 70, se publican los primeros manuales sobre las terapias cognitivo conductuales (Kendall y Hollon, 1979, Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977).

Según Ingram y Scott (1990) todas las terapias cognitivo-conductuales se basan en siete supuestos:

- 1) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los eventos ambientales más que a los eventos per se.
- 2) El aprendizaje está mediado cognitivamente.
- 3) La cognición media la disfunción emocional y conductual.
- 4) Al menos algunas formas de cognición pueden ser monitorizadas.
- 5) Al menos algunas formas de cognición pueden ser alteradas.
- 6) Alterando la cognición podemos cambiar patrones disfuncionales emocionales y conductuales.
- 7) Ambos métodos de cambio terapéutico, cognitivo y conductual, son deben ser integrados en la intervención.

A su vez éstos tienen como rasgos o características las siguientes:

- 1) Las variables cognitivas son importantes mecanismos causales.

- 2) Alguno de los métodos y técnicas de la intervención se dirigen específicamente a objetivos cognitivos.
- 3) Se realiza un análisis funcional de las variables cognitivas que mantienen el trastorno.
- 4) Las aproximaciones cognitivo conductuales emplean tácticas terapéuticas tanto cognitivas como conductuales, dirigidas hacia objetivos cognitivos.
- 5) Hay un importante énfasis en la verificación empírica.
- 6) Estas aproximaciones son habitualmente de tiempo limitado.
- 7) Énfasis en el "empirismo colaborativo" donde el cliente y el terapeuta forman una alianza de trabajo.
- 8) Los terapeutas cognitivo conductuales son activos y directivos más que pasivos y no directivos.
- 9) Estas aproximaciones son educacionales en su naturaleza.

4.4.1. Estrategias y técnicas de tratamiento cognitivo conductual.

ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO:

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionada.

TÉCNICAS DE TRATAMIENTO:

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

- Finalidad de las técnicas cognitivas: Facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez.
- Finalidad de las técnicas conductuales: Proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

Conviene señalar que la Terapia Cognitiva, en principio, es " ecléctica " en cuanto a las técnicas empleadas. Lo relevante es revisar y contrastar la validez, a modo de hipótesis, de las distorsiones y supuestos personales, EL PROCESO que conlleva tal revisión.

A continuación presentamos algunas técnicas empleadas con frecuencia en la Terapia Cognitiva:

1. **DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:** Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos. La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autoregistros como tarea entre sesiones.

2. CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS: A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente.

3. BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS: Puede hacerse de diferentes maneras:

a) A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.

b) Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.

c) Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.

d) Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente (sin duda el método más usado). Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

4. CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS: Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible para su contrastación. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

5. REATRIBUCIÓN: El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa.

Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

6. DESCENTRAMIENTO: El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (por ejemplo: diseñando un experimento a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

7. DESCATASTROFIZACIÓN: El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ensanchando así la visión del paciente.

8. USO DE IMÁGENES: El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

9. MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES:

a) Uso de preguntas:

- Preguntar si la asunción le parece razonable, productiva o de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.

b) Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa asunción.

c) Diseñar un experimento para comprobar la validez de la sunción.

A continuación se presentan algunos ejemplos del MÉTODO DE LAS PREGUNTAS, en algunas de las técnicas cognitivas:

1. COMPRENSIÓN DE SIGNIFICADOS ASOCIADOS A LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:

"¿Qué quiere decir con...?"

"¿Por qué razón piensa o cree eso?"

- "¿Por qué es tan importante eso que piensa para ud.?"
2. CUESTIONAMIENTO DE EVIDENCIAS:
- "¿Qué pruebas tiene para creer eso?"
3. REATRIBUCIÓN:
- "¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?"
- "¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera..?"
4. EXAMEN DE OPCIONES ALTERNATIVAS DE INTERPRETACIÓN:
- "¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso, otras formas de verlo?"
- "¿Son posibles otras interpretaciones?"
- "¿Qué otras cosas pensó ante ese suceso?. Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias."
5. EXAMEN DE CONSECUENCIAS ANTICIPADAS:
- "¿A qué le lleva pensar eso?"
- "¿Le es de alguna utilidad?"
6. COMPROBAR LOS EFECTOS:
- "Si ocurriera lo que teme, ¿sería tan horrible?"
- "¿Se podría hacer algo si ocurriese?"
7. EXAMEN DE LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS:
- "¿Qué ventajas tiene mantener ese pensamiento, y qué desventajas?"
8. ESCALAR UN PROBLEMA:
- "¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?"

4.4.2. Fases generales del proceso terapéutico.

Dedicaremos este capítulo al proceso terapéutico. Con ello nos referimos a cómo desarrollar la psicoterapia cognitiva para la consecución de sus objetivos.

El proceso de la psicoterapia cognitiva (Meichenbaum, 1988) supone recorrer tres etapas diferenciadas:

1. Primera etapa: conceptualización del proceso y la observación.
 - Finalidad: Entrenar al paciente para ser un mejor observador de su conducta.
 - Medios:
 - a) Redefinir el problema presente: En términos de relación pensamiento- afecto-conducta (P-A-C).
 - b) Reconceptualizar el proceso de intervención:
 - Modificar los círculos viciosos P-A-C que mantienen el problema.
 - Hacer el sujeto menos vulnerable a ciertas situaciones y disminuir las recaídas.
 - c) Recogida de datos y auto-observación:
 - Conceptualizar los problemas cognitivamente.
 - Definir etapas y objetivos graduales de intervención.
 - Elegir un problema para la auto-observación: explicar al sujeto los auto-registros.
2. Segunda etapa: generar alternativas.

- Finalidad: Ayudar al paciente a desarrollar pensamientos y conductas alternativas adaptativas incompatibles con los círculos viciosos P-A-C anteriores y problemáticos.
- Medios:
 - a) Cambio de conductas manifiestas: técnicas conductuales y cognitivas.
 - b) Cambio de la actividad auto-reguladora (pensamientos y emociones): técnicas conductuales y cognitivas.
 - c) Cambio de estructuras cognitivas o creencias tácitas sobre el sí mismo y el mundo: técnicas conductuales y cognitivas.

Tercera etapa: mantenimiento, generalización y prevención de recaídas.

- Finalidad: Consolidar, mantener y generalizar los cambios logrados y disminuir la probabilidad de recaídas.
- Medios:
 - a) Atribuir los logros terapéuticos al trabajo del paciente, sobre la base de sus tareas para casa. (Atribución interna de los cambios).
 - b) Identificar con antelación situaciones de alto riesgo futuro y desarrollar habilidades preventivas de tipo cognitivo-conductual.

4.5. Las cogniciones.

Un concepto central para la terapia cognitiva es el de cognición.

Para Beck et al. (1979) una cognición es cualquier idea o evento con contenido verbal o gráfico en la corriente de conciencia del sujeto.

Las cogniciones se basan en los esquemas desarrollados en experiencias anteriores.

Marzillier (1980) ha distinguido tres elementos de la cognición:

Los eventos cognitivos son los pensamientos e imágenes que ocurren en la corriente de conciencia, son identificables, conscientes.

Los procesos cognitivos son el modo como transformamos y procesamos los estímulos ambientales.

Las estructuras cognitivas son características cognitivas generales, como las creencias y actitudes, asunciones tácitas, compromisos y significados, que influyen en la manera construirse a uno mismo y al mundo.

Para la terapia cognitiva es necesario conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que utiliza la persona.

En la perspectiva constructivista, el cliente es un arquitecto y constructor de su ambiente y, por tanto, de su realidad personal y de sus modelos representacionales del mundo.

En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar (Beck, 1981):

1. UN SISTEMA COGNITIVO MADURO

Hace referencia al proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar como racionales y de resolución de problemas a base de contrastación de hipótesis o verificación.

2. UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO

Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de Supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos. Esta forma de pensamiento es muy similar a la concepción freudiana de los "procesos primarios" y a la de Piaget de "Egocentrismo" y primeras etapas del desarrollo cognitivo.

4.6. ¿Cómo evaluar las cogniciones en un paciente obeso?

En el proceso de investigación de nuestra tesis nos tuvimos que dar a la tarea de buscar un método capaz de evaluar las cogniciones en un paciente que padece obesidad, en este proceso de investigación el método que nos pareció mas eficaz para medir las cogniciones en dichos pacientes es el de esquemas de Young que consiste en lo siguiente:

La terapia de los esquemas evolucionó a partir del tratamiento cognitivo de Beck. Las estrategias cognitivo-conductuales han demostrado ser efectivas para muchos trastornos del eje I, que incluyen trastornos del estado de ánimo, ansiedad, sexuales, trastornos alimentarios, somatoformos y de consumo de sustancias. Estos tratamientos han sido tradicionalmente aplicados a corto plazo y de han centrado en la reducción de los síntomas, en la creación de habilidades y la modificación de pensamientos distorsionados y esquemas. No obstante, aunque muchos pacientes son ayudados por las estrategias cognitivo-conductuales, otros muchos no lo son. Por ejemplo, en la depresión, la tasa del éxito es de más del 60% inmediatamente después del tratamiento,

pero con una tasa de recidivas de aproximadamente el 30% después de un año. Con frecuencia son los pacientes con dilemas existenciales, problemas de carácter crónico y con TP subyacentes los que no llegan a responder al tratamiento tradicional cognitivo-conductual.

Así, la característica más destacada es que la terapia de los esquemas ofrece, tanto al terapeuta como al paciente, un marco integrador que le sirve para organizar y comprender patrones profundos, persistentes y autoderrotistas de pensamiento, conducta, sentimiento y de relaciones con los demás, que Young bien a denominado esquemas disfuncionales tempranos.

Los supuestos de los que parte el modelo de Young, para ser considerado como una alternativa al modelo de Beck, son los siguientes:

No todos los pacientes tienen acceso fácil a sentimientos, pensamientos e imágenes.

No siempre es posible aislar problemas claros e identificarlos para el tratamiento.

A veces el paciente no está motivado para la tarea y tiene problemas para aprender estrategias de autocontrol, siendo esta una de las características más destacadas de los pacientes con trastornos de personalidad.

No siempre es fácil desarrollar una relación de colaboración paciente-terapeuta, dificultad que es también muy destacada en pacientes con trastornos de personalidad.

En función a lo anterior, podemos considerar que pueden existir, con cierta frecuencia, dificultades en la relación terapéutica con este tipo de pacientes con estos trastornos.

No todos los patrones conductuales y cognitivos se pueden cambiar con el análisis empírico, el discurso lógico, la experimentación, etc.

Al plantear estos supuestos, Young estaba delimitando el campo de aplicación de su modelo a los problemas emocionales crónicos y los trastornos de personalidad, puesto que las características arriba enumeradas pueden aplicarse en mayor o menor grado a estos desórdenes. Por ejemplo, con un paciente con un trastorno narcisista de la personalidad no va a ser fácil establecer una relación terapéutica de colaboración, un paciente con un trastorno límite tendrá dificultades en aislar áreas principales de problemas, tendrá poca motivación y no le será fácil establecer estrategias de autocontrol.

Para acceder y abordar mejor la problemática de este tipo de pacientes el modelo de Young se presenta, por tanto, con unas características claramente diferentes de las del modelo de Beck:

El modelo de Young utiliza un menor nivel de descubrimiento guiado.

El modelo de Young utiliza en menor medida la confrontación.

Puesto que la terapia se aplica a pacientes con trastornos de personalidad y problemas de carácter, la terapia de Young necesita un mayor número de sesiones, porque estos pacientes presentan una mayor resistencia al cambio.

En función del tipo de técnicas que utiliza, como veremos en su apartado correspondiente, las sesiones dentro de la terapia centrada en esquemas tienen una mayor carga afectiva.

El modelo de Young identifica y supera la evitación cognitiva y conductual que presentan estos pacientes con trastornos de personalidad.

Finalmente el modelo de Young se centra, como veremos, en el esquema disfuncional temprano, que implica conocer los orígenes, la infancia de los

pacientes y la influencia de todo ello en sus problemas, y por ello, utiliza un mayor número de estrategias de tipo emocional.

A niveles de investigación existe una serie de estudios ya realizados o que están en vías de realización para comprobar la teoría sobre los esquemas desadaptativos tempranos, gracias a la validación del Cuestionario de Esquemas de Young y Brown. Además se están realizando una serie de estudios de resultado para comprobar la eficacia de la terapia centrada en esquemas con distintos trastornos pero, básicamente, la mayor parte de los estudios se ha centrado en la validación de la teoría del esquema de Young a través de sus investigaciones con el Cuestionario de Esquemas.

El concepto principal del modelo de Young es, como ya se ha comentado, el de esquema disfuncional temprano. En todos sus trabajos Young ha definido el concepto de esquema disfuncional temprano de la siguiente manera:

Los esquemas disfuncionales tempranos son temas muy estables y duraderos que se desarrollan y se elaboran a lo largo de toda la vida de los individuos.

No se ahondará mucho más en este modelo ya que en nuestra propuesta no incluimos esta metodología de evaluación.

5. PROPUESTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS TRATAMIENTOS DE CONTROL DE PESO EN JOVENES ADULTOS.

Desde los años 60's hasta nuestros días se ha afianzado el uso de terapia cognitivo conductual, que sugiere una opción eficaz en la modificación de hábitos alimenticios y nos da herramientas para conseguirlo.

La meta del individuo es perder peso rápido. La nuestra, que lo haga lentamente y siguiendo instrucciones médicas. Los antecedentes de este tipo de terapias nos muestran que son más efectivas si se hacen en grupo, con una duración de tres a seis meses. Los individuos que presentan sobrepeso leve o moderado serán los más indicados para este tipo de terapia. Se ha observado que en la obesidad grave después de una cirugía, una buena ayuda psicológica ayuda a mantener esa pérdida de peso y más si se trata de un paciente con un diagnóstico psiquiátrico anterior.

Los profesionales debemos tener la capacidad de explicar y hacer entender al paciente las posibilidades reales del tratamiento y no doblegarnos ante exigencias difíciles de cumplir.

Tendremos que hacer entender al paciente que este tratamiento implica un cambio en sus hábitos y por consiguiente en todo su estilo de vida, pero que le vamos a ayudar a lograrlo y a encontrar otras opciones igual de importantes que la inicial de querer bajar de peso de forma rápida.

5.1. Primera sesión.

En la primera sesión trataremos de establecer una relación terapéutica agradable y valorar el grado de motivación del paciente, lo que nos dará la pauta de iniciar o no el tratamiento. Esto se verá en la medida en la que se le expliquen los requerimientos del programa, la disposición que este vaya presentando para la misma, si es que pone pretextos, su lenguaje verbal y no verbal etc. Se le comentarán las metas y dificultades insistiendo que el éxito del tratamiento dependerá en mucho de su compromiso. Le daremos todos los instrumentos de trabajo que sean necesarios, como hojas de registro, cuestionarios, etc. explicando la manera de cómo llenarlos.

5.2. Segunda sesión.

En la segunda sesión completaremos la historia clínica y evaluaremos las primeras hojas de registro. Esto para reconocer todos los datos del paciente tales como donde y con quien vive, la presentación de algún tipo de enfermedad etc. esto con el propósito de saber si tiene algún impedimento de tipo fisiológico o patológico que no le permita llevar a cabo el programa, y no poner en riesgo su salud.

Ficha de Identificación. (Anexo 1) En esta hoja de registro lo único que el paciente deberá anotar son sus datos generales, así como su peso y el peso que desea obtener, de acuerdo a los lineamientos médicos.

5.3. Sesiones de seguimiento.

En las sesiones posteriores sugerimos al paciente estrategias para controlar los problemas de conducta. Para esto el paciente tendrá que llenar continuamente los siguientes formatos:

- Hoja de Registro Diario de Alimentos. En este formato deberá llenar a diario que es lo que come durante sus 5 comidas correspondientes, en las partes que corresponden a medio día y merienda, también se anotará lo que se haya comido entre comidas.
- Auto observación. Este formato se llenará cada tercer día, en este el paciente anotará como se va sintiendo con su cuerpo a partir de que hace la dieta, como es va cambiando su manera de pensar con respecto a este, como se siente con la terapia, como se siente con el terapeuta, etc.
- Hoja de Registro de Avance. Este formato se llenará semanalmente en este se anotará los datos generales del paciente, así como también peso actual, peso deseado, y peso anterior.
- Auto observación Física. Este formato se llenará cada tercer día, aquí el paciente anotará como ve su cuerpo, si es que le gusta o no como se ve, si ha tenido algún malestar de tipo físico, etc.

Todos estos estarán incluidos incluidos en los anexos 2, 3, 4 y 5. Estos registros serán básicamente para que el paciente al acudir con nosotros a su revisión pueda leerlos y “darse cuenta” de qué estuvo bien y qué falló con respecto al seguimiento de su dieta. Cabe aclarar que dicha dieta debe ser dada por un nutriólogo especialista, no será dada por parte del terapeuta.

Cuando hemos alcanzado nuestras primeras metas, las cuales consistirán en que el paciente haya llenado perfectamente sus formatos, haya ya identificado cuáles son sus formas de comer y si cree que son adecuadas o no, y establezca de manera las cambiará y al mismo tiempo comience a comprender que es importante que cuide su cuerpo y lo alimente de manera saludable en base a su auto reflexión, las sesiones siguientes se orientarán a consolidar estas, buscando apoyarnos en algún familiar o amigo del paciente.

Para lograr esto ya mencionamos que necesitamos tanto elementos conductuales como cognitivos.

Los conductuales tendrán como objetivo el establecer patrones tanto de alimentación como de actividad física adecuada. Los cognitivos buscan identificar los pensamientos equivocados que propician la existencia de conductas disfuncionales y modificarlas. Esto como se menciona anteriormente se logrará con ayuda de algún amigo o familiar que le sirva al sujeto de acompañante, de manera que lo esté motivando constantemente de manera verbal, recordándole que ejercicios le tocan o ayudándole a hacer gráficas o tablas de cómo va su peso, u horarios de sus comidas y actividades etc. al mismo tiempo que servirá de apoyo al terapeuta a manera de observador, identificando cuales son los pensamientos poco racionales sobre los que más se ha de trabajar con el paciente.

Dentro del tratamiento se seguirán técnicas de trabajo, como autocontrol, análisis de estímulos, corrección de pensamientos erróneos, etc.

- Técnicas de autocontrol: estas le darán al individuo una serie de habilidades para identificar y controlar su conducta y saber manejar las consecuencias de la misma. Dentro de la técnica el paciente deberá autoobservarse y el mismo registrar todos los datos. Se le enseñará a

observar como come, porque esto todos lo hacemos de manera automática y no nos damos cuenta, así que deberá identificar si come lento o rápido, en grandes o pequeños trozos, etc. Le pediremos que registre lo que come, cuanto, y cuando lo hace. Deberá relacionar la comida y actividad social, una vez analizada la ingesta de comida y los estímulos tanto físicos como psíquicos que la propician se le darán una serie de estrategias que faciliten el control e la misma y alternativas para evitar conductas inadecuadas. Se realizará un análisis detallado sobre los estados emocionales como tristeza, aburrimiento, ansiedad, que favorecen la ingesta (apetito). Aquí también una vez ubicados los detonantes se le darán al paciente opciones para afrontarlos.

El que el paciente se autoevalúe es importante ya que reforzará las metas obtenidas con pequeñas gratificaciones y a mantener las mismas. Deberemos plantear un seguimiento de por lo menos un año después de haber terminado el tratamiento

5.4. Prevención de recaídas.

Debido al número de fracasos que existen en los tratamientos para perder peso, es necesario dedicar una parte del programa a la prevención de recaídas, los tratamientos de trastornos adictivos son la respuesta a seguir en los problemas de obesidad, los individuos con un nivel de tolerancia insuficiente pueden sufrir recaídas en situaciones de alto riesgo como puede ser cualquier problema de la vida cotidiana o situación emocional. Deberemos trabajar para superar esta contrariedad, diseñando estrategias distintas, que eviten recurrir a la comida como única solución, es importante hacer entender al paciente que

una recaída no es igual a volver a lo mismo, ni significa el fracaso del tratamiento.

5.5. Técnicas psico-educativas.

Estas deberán ir encaminadas a informar y educar sobre la enfermedad tratando de abarcar la relación entre obesidad y nutrición, mostrando patrones alimenticios adecuados y como llevarlos a cabo, aclarando conceptos equivocados sobre alimentación y explicando los riesgos de dietas inadecuadas.

Para la formación de los grupos se sugiere un promedio de 15 personas con duración de 4 a 5 semanas pudiendo ser de forma ambulatoria, lo que se reflejará en un mejor cumplimiento del tratamiento y asegurar el compromiso terapéutico por parte del paciente.

Es necesario hacer una reflexión sobre nuestra forma de vida en donde los valores son distintos y se asientan en solo ideas y conceptos estéticos de juventud y belleza y estos últimos se basan en estereotipos que no son nuestros, pertenecen a otros ámbitos, a otras culturas y toda esta información va mas enfocada a la gente joven que no sólo es más vulnerable sino mas influenciable por el tiempo que pasa frente a una pantalla de tv, computador, revistas, diferentes medios de comunicación, dándonos un modelo a seguir que es prácticamente imposible de alcanzar, lo cual va a afectar nuestros hábitos alimenticios además de crear trastornos en nuestra personalidad, porque además del bombardeo constante de publicidad existe la presión sociocultural que margina a la gente obesa.

Tendremos que tener la objetividad necesaria para encaminar a nuestros pacientes en tratamiento, ya que nosotros también estamos influenciados de

toda esta lluvia de publicidad nociva para la salud, deberemos tratar de ganarnos la confianza del paciente para que la relación médico-paciente sea lo más fuerte posible y así promover una evolución satisfactoria del tratamiento a seguir.

Esto se llevará a cabo por medio de imágenes y folletos que se entreguen a las personas en cuestión. (ANEXO 6), así como también de algunas pláticas relacionadas con la autoestima y la importancia de cuidar nuestro cuerpo, no solo por el lado alimenticio, sino por todos los aspectos posibles a recalcar.

6. CONCLUSIONES.

Se decidió desarrollar esta tesis, tratando de elaborar un programa que sirva para tratar personas con problemas de obesidad. Ya que este padecimiento se manifiesta como un problema de salud de gran magnitud en nuestro país, ocasionado por el cambio alimenticio que se ha presentado en los últimos años (comidas rápidas, exceso de grasa, carbohidratos, azúcares, comida chatarra aunado a la falta de actividad física) no solo en población adulta sino en jóvenes y niños que presentan exceso de peso (Obesidad en el 3er milenio, 2003) . Todo el tiempo y en todos los medios de comunicación masiva nos bombardean diciendo que solo la gente esbelta, delgada, puede ser bella, atractiva, que solo ellos o ellas logran la “felicidad”, ofreciéndonos diferentes “métodos” y tratamientos para controlar el peso, se usan desde aparatos especiales para perder calorías sin mover ni un dedo, pastillas milagrosas que prometen remover por completo la grasa de nuestro cuerpo, o que por el contrario nos harán perder el apetito, hoy en día hay de todo para bajar de peso, parches, geles, tenis, chanclas, cápsulas, súper escaladoras mágicas, etc., pero pareciera que aún nadie ha ideado algún método que nos haga dejar de pensar en la comida de una manera desesperada, y que nos ayude a no ver las dietas como si fueran el fin más trágico de la vida.

Ese fue el objetivo primordial de esta tesis, proponer un programa basado en principios fundamentales de la teoría cognitivo conductual, que ayude a las personas a no solo tratar su obesidad desde el lado físico, sino primordialmente desde el lado de la mente. Como profesional en el área de la psicología se

busca desarrollar una terapia que nos ayude a cambiar nuestros hábitos, que no dependamos de nada externo, de aparatos, medicamentos o dietas, que seamos capaces de cambiar nuestros hábitos alimenticios por otros que nos satisfagan probablemente de la misma manera tanto en gusto como en plenitud, y que en el momento de poner en la balanza obtengamos mucho mayor beneficio que perjuicio.

No sólo fue importante crear este programa por llegar a la meta deseada y ambicionada por muchos, sino porque hoy en día la obesidad es un problema que afecta gravemente a nuestra sociedad, esta tesis está enfocada particularmente en jóvenes universitarios, es verdaderamente desafortunado darnos cuenta como cada vez las estadísticas de jóvenes obesos van en aumento y aunado a esto también suben los índices de enfermedad en los jóvenes mexicanos, y no enfermedades comunes, enfermedades que en tiempos anteriores eran consideradas propias de personas “mayores”.

Según el doctor Rafael J. Salin-Pascual (2000) ha sido muy difícil estudiar la epidemiología de la obesidad, esto debido a que cada país tiene sus propios criterios para la clasificación de los diferentes grados de obesidad y sobrepeso. En el año de 1990 el término índice de masa corporal (IMC), que se calcula como el peso sobre la talla al cuadrado, ha sido aceptado universalmente para medir e identificar el grado de obesidad.

Lo relevante de esta propuesta es que no se han realizado programas con la misma metodología para bajar de peso, ya que si se han realizado algunos basados en la terapia conductual, mas no con terapia cognitivo conductual.

Lo más importante de manejar esta terapia es que como Ellis y Beck señalan, debemos suplantar todos aquellos pensamientos erróneos que nuestro paciente posee.

En este caso particular, es de suma importancia que los jóvenes que quieren bajar de peso comiencen a dejar de lado todos esos estereotipos con los que vienen andando a lo largo de su vida en cuanto a lo que es ideal físicamente hablando en un persona, y por otro lado que dejen de lado la concepción absurda que tienen con respecto a comer y la comida, ya que como menciona Chinchilla Moreno (2003), la mayoría de pacientes obesos no pueden dejar de comer o hacer una buena dieta porque no visualizan la hora de la comida como un momento que se debe disfrutar, sino como un momento de estrés en el que se deben contar las calorías y la cantidad de grasa que se come.

Esta propuesta ayudará a dichos pacientes a visualizar primero que nada su cuerpo no como una cosa detestable, sino todo lo contrario, como algo hermoso que es únicamente suyo y por lo mismo deben cuidar, y eso conlleva a visualizar también la comida como algo agradable que pueden manejar a su antojo, y al mismo tiempo ayudar al buen funcionamiento de su cuerpo.

La principal limitante de la terapia aquí propuesta es que no existe forma alguna para que los pacientes acudan puntualmente a sus citas sin dejar el tratamiento a un lado, la única motivación que tendrán en este sentido será al ver los resultados que se comenzarán a tener en el transcurso de la misma.

No obstante se puede concluir que esta investigación será de gran apoyo para futuros investigadores que deseen enfocarse en un problema tan grave hoy en día en nuestro país como lo es la obesidad.

7. ANEXOS

Ficha de Identificación. (ANEXO1)

Fecha:	
Nombre:	
Edad:	
Dirección:	
Peso	Kg.
Inicial:	
Peso	Kg.
Deseado:	

Hoja de Registro Diario de Alimentos. (ANEXO 2)

Día	Desayuno	Medio día	Comida	Merienda	Cena
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Auto observación (ANEXO 3)

Hoy me siento...	
Con mi cuerpo me siento...	
Con la dieta me he sentido...	
Me considero capaz de llegar a la meta...	
Tengo las capacidades para lograrlo...	
Con la terapia psicológica me he sentido...	
Considero que la terapia psicológica me ha ayudado en este proceso...	

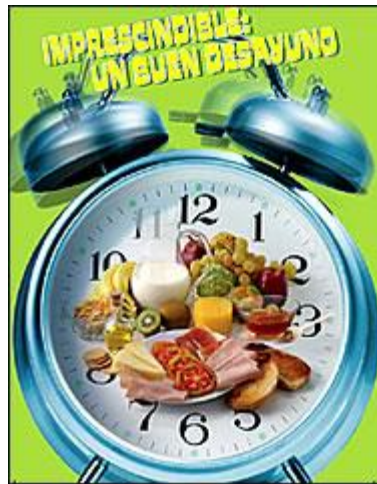
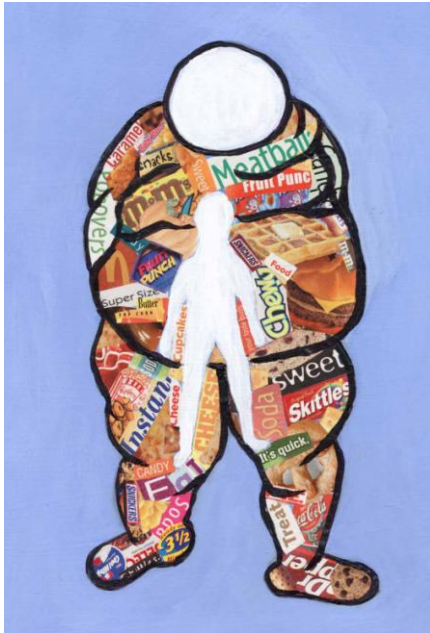
Hoja de Registro de Avance (ANEXO 4)

Fecha:	
Nombre:	
Edad:	
Dirección:	
Peso Inicial:	Kg.
Peso Deseado:	Kg.
Peso Obtenido:	

Auto observación Física (ANEXO 5)

Hoy veo mi cuerpo...	
Con la dieta mi cuerpo se ha sentido...	
Con la dieta mi cuerpo se ha visto...	
Me gusta cómo me veo...	
He presentado algunos síntomas desde el inicio de mi dieta hasta hoy...	
Cuando me veo al espejo siento...	

Técnicas psicoeducativas (ANEXO 6)



CUÍDATE
come sano, te sentirás mejor

¿Sabes lo que comes?

Lo más importante no es lucir palmito con un cuerpo 10 sino sentirse bien y alimentarse de forma saludable.

Lo + en dietas:
Comer de todo un poco

para estar a la última

Para estar a la última: vistete de verde

¿Sabes lo que comes?

- Lo más en dietas: comer de todo un poco
- El desayuno: no te prives
- ¡Vístete de verde!
- 10 razones para comer pescado
- Comida sin prisa... ¡Verás qué bueno!
- ¿Te lo crees?
- ¡Quiero adelgazar!
- ¡Sal de marcha!
- ¡Saca provecho a esta escuela!

8. Bibliografía.

- ÁLVAREZ BERMÚDEZ J. (2004) Los jóvenes y sus hábitos de salud. Una investigación psicológica e intervención educativa. Ed. Trillas, México.
- B. MORENO , S. MONEREO, J. ÁLVAREZ. (2005) La obesidad en el tercer milenio. Ed. Médica Panamericana, 3º Edición, Madrid.
- BECK. A. T; RUSH. A. J; SHAW B.F et EMERY G. (1979). Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York (Traducción: D.D.B. 1983).
- BECK. A .T. y SHAW. B. F(1985): Enfoques cognitivos de la depresión (edición original: 1981). En: Ellis. A y Grieger. R: Manual de terapia racional-emotiva. Ed. D.D.B.
- BECK. A. T. et EMERY. G. , (1985). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective, New York, Basic Books
- BECK. A. T(1988): Love is never enough. Harper and Bow, New York, (Traducción: Paidós, 1990).
- BEECH. H. R; BURNS. L. E et SHEFFIELDS. B. F(1982):. A behavioural approach to the management of stress. Chichester: Wiley,
- BERRYMAN JULIA C. (1994). Psicología del desarrollo. Manual Moderno, Págs. 195-206.
- CHINCHILLA MORENO ALFONSO. (2003). Trastornos de la conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Ed. Masson. Barcelona.
- CHINCHILLA MORENO. A: Tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría. Laboratories Sanolfi. (1988).

Clínicas de enfermería de Norteamérica. El adulto joven en el mundo actual. Ed. Interamericana, (1973).

CRAIG, GRACE J. (1994), Desarrollo Psicológico. Universidad de Massacusetts, 4° Ed., Prentice Hall Hispanoamericana. Págs. 459-464, 472-484.

DAVIDOFF LINDA L. (1990). Introducción a la Psicología. Ed. Mc Graw Hill, España.

ELLIS. A. (1958): Rational psychotherapy. Journal of General Psychology, 59, 35-49.

ELLIS. A (1960): The art and science of love. Secaucus, N. J: Lyle Stuart. New York.

ELLIS. A et HARPER. R.A (1961): A guide to rational living. Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall.

ELLIS. A (1958): Sex Without guilt. Lyle Stuart; North Hollywood: Wilshire Books.

ELLIS. A (1975) : Razón y emoción en psicoterapia. Ed. D.D.B. Bilbao. (1962, ed. orig.).

ELLIS. A et GRIEGER. R (1981): Handbook of rational-emotive therapy. Springer Company. New York. (Traducción: Ed. D.D.B. 1985).

ELLIS. A et BERNARD. M. E (1985): Clinical appications of rational-emotive therapy. Plenum Publishing Corporation. New York. (Traducción: Ed. D.D.B. 1990).

ELLIS. A et GRIEGER. R: Handbook of rational-emotive therapy. Springer Publishing Company, New York (Traducción: Ed. D.D.B. 1990).

GOLFRIED M.R. (1995) De la terapia cognitiva-conductual a la Psicoterapia de Integración. Bilbao, DDB, (1996) .

GONZALES BARRANCO J. (2003). Obesidad. Ed. Mc Graw Hill, España.

HOFFMAN LOIS, SCOTT PARIS, ELIZABETH HALL (1996). Psicología del desarrollo hoy Vol. II. Ed. Mc Graw Hill, 6° Ed., Madrid, Págs. 88-102

LINN. S. J Y GARSKE. J. (1989).Terapias cognitivas-conductuales.

Psicoterapias contemporáneas. Ed. Bilbao.

MAHONEY. M. J (1974): Cognition and behavior modification. Cambridge. M. A. Ballinger. (Traducción: Trillas, 1983).

MAHONEY. M. J (1974): Cognition and behavior modification. Cambridge. M. A. Ballinger. (Traducción: Trillas, 1983).

MAHONEY M. (1974). Cognition and behavior modification. (Traducción: Trillas, 1983).

MCKAY M. DAVIS M. AND FANNING P. (1974) Thoughts&Feeling, The art of cognitive stress intervencion. New Harbinger Publications. (1981). (Traducción: Técnicas cognitivas para el control del estrés. Ed. Martínez Roca. 1985)

MC LAREN DONALD S. (2003). La nutrición y sus trastornos. Ed. Manual Moderno, 2° edición, México.

MEICHENBAUM. D. (2003): Terapias cognitivas-conductuales. En: Linn. S. J y Garske. J. P: Psicoterapias contemporáneas. Ed. D.D.B. Bilbao. (1989).

MEICHENBAUM D. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum Press,

MEICHENBAU D. AND TURK D. (1987). Facilitating treatment adherence. Plenum Press. New York. (Traducción: D.D.B, 1991).

MORALEIDA MARIANO. (1995) Psicología del desarrollo. Ed. Boixareu Universitaria, Barcelona, Págs. 291-341.

MORENO B. MORENO S. ÁLVAREZ S. (2005). La obesidad en el tercer milenio. Ed. Medica Panamericana, 3° edición, México

NEISSER U. (1976) Cognition and reality. San Francisco, Freeman.

NEZU ARTHUR M. MAGUTH NEZU C. (2006)Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Ed. Manual Moderno.

ODGEN JANE. (2005). Psicología de la alimentación. Comportamientos saludables y trastornos alimentarios. Ed. Morata. Madrid.

PAPALIA DIANE E., SALLY WENDKOS OLDS, RUTH DUSKIN FELDMAN. (2005).Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw Hill, 9° Ed., México, D.F.

PAPALIA DIANE E., SALLY WENDKOS OLDS (2002). Psicología. Ed. Mc Graw Hill, México, D.F.

PIAGET J. (1978). La equilibración de las estructuras cognitivas. Madrid. Siglo XXI.

SAGARDOY C. (1988). Tratamiento de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Jornadas de psicología y salud. C.O.P.

SALDAÑA C. ROSSELL R. (1988). Obesidad. Ediciones Martínez Roca S.A. , Barcelona España.

SILVA CECILIA. (2007). Trastornos Alimentarios. Ed. Pax México.

Sobrepeso y obesidad. (2006). Epidemiología, Evaluación y Tratamiento.

Cuernavaca México. Instituto Nacional De salud Pública.

WEITZNER ANDREA. (2008). Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo. Guía práctica para maestros, terapeutas y médicos. Ed. Pax México.