



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Un enfoque psicológico para la prevención de sobrepeso y
obesidad"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A (N)

Irma Angélica Martínez Moreno

Directora: Mtra. **Norma Yolanda Rodríguez Soriano**

Dictaminadores: Lic. **Juana Olvera Méndez**

Mtra. **Margarita Chávez Becerra**





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
CAPÍTULO 1. Obesidad como una enfermedad asociada con el Síndrome Metabólico (SM)	5
1.1 Antecedente y definición del SM	5
1.2 Criterios para detectar el SM	6
1.3 SM en adultos y su tratamiento	8
1.4 SM y obesidad	9
1.5 La obesidad como un problema de salud	10
1.5.1 Historia	11
1.5.2 Definición	14
1.5.3 Etiología	15
1.5.4 Clasificación	16
1.5.6 Estadísticas de incidencia en mexicanos	20
1.5.6.1 Adultos	21
1.5.6.2 Infantes y adolescentes	24
1.5.7 Evaluación médica	27
CAPÍTULO 2. La dimensión psicosocial de la obesidad	32
2.1 La cultura y el significado de los alimentos	32
2.2 La psicología aplicada a la salud en el caso de la obesidad	34
2.3 Participación del psicólogo en el tratamiento de la obesidad	40
2.4 Conductas del individuo con sobrepeso/obesidad	43
2.5 Calidad de vida de la persona con sobrepeso/obesidad	45
2.6 Características psicológicas de la persona con sobrepeso/obesidad	49

2.6.1	La actividad física	50
2.6.1.1	Intervención hacia la promoción de actividad física	52
2.6.2	Hábitos alimenticios	54
2.6.2.2	Intervención hacia la promoción de hábitos alimenticios	57
2.6.3	Percepción corporal	58
2.6.3.1.	Intervención hacia la promoción de una percepción corporal sana	62
 CAPÍTULO 3. Consideraciones en el proceso de evaluación-intervención psicológica		 64
3.1	La evaluación psicológica perfilada a individuos con sobrepeso/obesidad	64
3.2	Fases del proceso de evaluación psicológica	68
3.2.1	Primer contacto con el usuario	69
3.2.2	Identificación de la adherencia terapéutica	70
3.2.3	Detección de expectativas de la consulta	72
3.2.4	Delimitación de la(s) conducta(s) problema	72
3.2.5	Selección de instrumentos de evaluación	73
3.2.6	Establecimiento de las conductas meta	75
3.2.7	Planteamiento de los objetivos para la intervención	76
3.2.8	Planeación del tratamiento para la intervención	77
3.3	Desarrollo del programa de modificación y técnicas de uso frecuente	78
3.3.1	Técnicas Cognitivas	79
3.3.1.1	Técnica de autocontrol	79
3.3.1.2	Solución de problemas	80
3.3.1.3	Reestructuración cognitiva	81
3.3.2	Técnicas Conductuales	82
3.3.2.1	Habilidades sociales	82
3.3.2.2	Información acerca del sobrepeso y la obesidad	83
3.3.2.3	Actividad física	84

3.3.2.4 Modificación de hábitos alimenticios	84
3.3.2.5 Auto-registro y auto-observación	85
3.3.2.6 Control de estímulos	86
3.3.2.7 Asertividad	87
3.3.3 Técnicas Fisiológicas	88
3.3.3.1 Relajación	88
3.4 Educando generaciones con visión hacia un proyecto de vida saludable	88
Conclusiones	97
Bibliografía	101

RESUMEN

El Síndrome Metabólico (SM), es un problema de salud con gran impacto en la población a nivel mundial debido al incremento en los índices de mortalidad asociados a él. Un factor relacionado con su desarrollo es el sobrepeso u obesidad, que desde tiempos antiguos se reporta y ha ido en aumento a causa de factores biológicos y socioculturales. La obesidad se define como el exceso de grasa corporal con etiología a nivel hereditario, físico, psicológico o social; y se clasifica según el grado de adiposidad del individuo. Desde un enfoque social y psicológico la cultura forma parte de este trastorno, esto implica que la persona puede desarrollar conductas que lo fomentan y con ello deterioran su salud y calidad de vida. Para tratar este problema de salud pública de manera adecuada, un equipo multidisciplinario debe plantear la estrategia integral de intervención. La psicología aplicada a la salud es una postura que analiza la dimensión psicológica de personas con obesidad. Tratar la alteración de salud con base en el desarrollo de competencias, promoción de un buen estado de salud y mejora de la calidad de vida, es una alternativa de intervención que involucra al individuo en el desarrollo de competencias que fomentarán su proactividad. El objetivo de este trabajo es describir la intervención del psicólogo en la atención del sobrepeso u obesidad a partir de esbozar el proceso de evaluación psicológica, señalar algunas técnicas de modificación de conducta que se pueden utilizar en la intervención y la propuesta de un programa preventivo de sobrepeso/obesidad dirigido a los alumnos de una institución educativa de nivel básico mediante el diseño de un proyecto de vida saludable.

Palabras clave: Síndrome Metabólico, sobrepeso/obesidad, psicología aplicada a la salud, evaluación psicológica y proyecto de vida.

Este trabajo se financió por PAPIIME PE303507 y PE204707, PAPIIT IN226708, PAPCA 2008-2009 de la UNAM; Instituto de Ciencia y Tecnología del Distrito Federal ICyT GDF PICDS08-69; y recibió apoyo del Sistema Nacional de Investigadores (JAHR, RDGQ).

INTRODUCCIÓN

Actualmente ha incrementado en la población mexicana la incidencia de alguna enfermedad crónico-degenerativa relacionada con el síndrome metabólico, ejemplo de ello es la obesidad. Cuando el individuo interactúa con su ambiente intervienen múltiples factores que favorecen el desarrollo de la obesidad. En la prevención de un proceso degenerativo de este tipo es importante la intervención de un grupo multidisciplinario para llevar a cabo el tratamiento adecuado y mantener en el individuo un buen estado de salud. Dentro de este equipo se encuentra la colaboración del psicólogo, quien se enfoca en la dimensión psicológica de la obesidad y analiza las diferentes situaciones que la propician, con base en la planeación de estrategias de evaluación e intervención. La psicología enfocada a la salud, estudia las interacciones de la conducta que se relacionan con el proceso de la salud-enfermedad y propone que la persona adquiera competencias que le permitan adaptarse a situaciones en los niveles tanto biológico como psicológico y social, lo que repercutirá en su calidad de vida.

En el capítulo 1 se menciona la definición y se describe el desarrollo del Síndrome Metabólico (SM), identificado por el conjunto de factores de riesgo con origen metabólico, que favorecen el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus principalmente tipo 2 y la enfermedad cardiovascular. Su etiología no depende de una sola causa, sino de la combinación de diferentes factores, entre los que se pueden mencionar el ambiente donde se desenvuelve el individuo, su estilo de vida, su genética y fisiología, así como situaciones sociales, culturales y económicas.

Para diagnosticar y tratar el SM, diferentes organizaciones enfocadas en la salud han propuesto criterios que varían según las condiciones y calidad de vida que tenga la persona, así como el desarrollo de alguna otra enfermedad.

Entre las alteraciones de la salud asociadas con el SM se encuentra la obesidad, que es uno de los factores desencadenantes más importantes, ya que en ocasiones el síndrome metabólico se vuelve una comorbilidad de la obesidad.

La obesidad se considera una enfermedad crónica provocada por diferentes factores tanto físicos como ambientales y se determina por el exceso de grasa corporal que ocasiona el riesgo a desarrollar enfermedades asociadas. Se clasifica según al exceso de peso corporal, la distribución de la grasa, la edad de comienzo o la celularidad. Para definir si una persona tiene sobrepeso u obesidad se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC), tanto en hombres como en mujeres, con el objetivo de saber qué tan altos son los riesgos de la enfermedad, cuál es su progresión y plantear un posible tratamiento.

De acuerdo con algunas estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, se calcula que hay aproximadamente mil seiscientos millones de adultos en el mundo con obesidad y cuarenta y dos millones de niños con sobrepeso, además, va en aumento en países con desarrollo medio y bajo (OMS, 2010). Por lo tanto es importante conocer el avance de este problema, sobre todo porque la mayoría de las personas desconocen o eluden el padecimiento.

La organización y desarrollo de un tratamiento adecuado para el sobrepeso o la obesidad de un individuo se lleva a cabo mediante una intervención multidisciplinaria que permita el manejo adecuado e integral de cada una de las causas de la enfermedad, así como mejora en la calidad de vida.

En el capítulo 2 se menciona el sobrepeso y la obesidad como una enfermedad que además de caracterizarse a nivel biológico, también se construye a partir de un proceso a nivel social y psicológico, donde diferentes comportamientos se manifiestan de forma problemática en el individuo y traen consecuencias a la calidad de vida.

Esto implica que el tratamiento de la obesidad debe enfocarse y ajustarse a los factores tanto fisiológicos como psicológicos. Es en esta situación donde la

psicología aplicada a la salud se hace partícipe con el objetivo de modificar conductas desadaptadas que se desarrollan junto con la enfermedad y dotar al individuo de nuevas herramientas para afrontar los efectos adversos asociados a la enfermedad, así como para promover la salud.

Con base en la revisión de la definición, clasificación, implicaciones, complicaciones, medidas preventivas y terapéuticas del SM así como del sobrepeso/obesidad, el capítulo 3 se dirige a considerar el proceso de evaluación-intervención psicológica en casos con Índice de Masa Corporal (IMC) de sobrepeso/obesidad. Se plantean las fases del proceso de evaluación psicológica y el desarrollo de algunas técnicas conductuales para la intervención. Finalmente se presenta una propuesta dirigida a la prevención de sobrepeso y obesidad desde temprana edad mediante la planeación de un proyecto de vida saludable, en una institución educativa de nivel básico.

Es importante desatacar el compromiso que debe tener el equipo multidisciplinario en el proceso salud-enfermedad y en la atención del sobrepeso/obesidad. La necesidad de involucrar a diferentes disciplinas es con el objetivo de plantear y desarrollar un mejor tratamiento, la psicología tiene la comisión de involucrar al usuario de los servicios de salud e implementar estrategias para la prevención de enfermedades y mantenimiento de la salud.

CAPÍTULO 1.

OBESIDAD COMO UNA ENFERMEDAD ASOCIADA CON EL SÍNDROME METABÓLICO (SM)

El desarrollo del Síndrome Metabólico está relacionado con diferentes factores de riesgo que rodean al individuo y caracterizan un conjunto de enfermedades crónico-degenerativas, entre las que están el sobrepeso y la obesidad. Las estadísticas a nivel mundial, confirman que se trata de una afección que aumenta en la población y permanece durante tiempo prolongado. Es importante conocerla y definir tanto su incidencia como su prevalencia, para incrementar la probabilidad de éxito de la intervención.

1.1 Antecedente y definición del SM

Existen informes históricos sobre el Síndrome Metabólico (SM), que describen diferentes enfermedades que alteran el metabolismo del individuo. Entre los padecimientos se identifica a la obesidad asociada con ciertos factores de riesgo como la dislipidemia, hipertensión e hiperglicemia designados en conjunto como síndrome X, que causan un indicio de resistencia a la insulina así como enfermedad cardiovascular. La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue la primera instancia que aceptó y describió este síndrome (Pineda, 2008).

Es así que el SM *“...se define como la asociación de varios factores de riesgo precursores de enfermedad cardiovascular arterioesclerótica y de diabetes tipo 2 (DM2) en el adulto...”* (Tapia, 2007, p.159). Otra definición más completa es *“...un conjunto de factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular (ECV), caracterizado por la presencia de resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador, asociados con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, cifras elevadas de presión arterial (PA) y obesidad...”*

(Pineda, 2008, p.98). Las definiciones describen los diferentes factores que intervienen en el desarrollo del SM, es decir, el conjunto de enfermedades específicas que llegan a alterar la salud del individuo. Es importante observar que con el paso del tiempo, las investigaciones han determinado nuevas variables involucradas que permiten completar la prescripción.

1.2 Criterios para detectar el SM

Para diagnosticar el SM e intervenir con un tratamiento adecuado, se utilizan criterios específicos que diferentes organizaciones y asociaciones enfocadas a la salud han establecido, en la Tabla 1 se muestran algunos criterios para definir el SM:

a) International Diabetes Federation (IDF)	b) US National Cholesterol Education Program (NECP)	c) World Health Organization (WHO)	d) American College of Endocrinology/American Association of Clinical Endocrinologist (ACE)
Glucemia en ayunas 100-125 mg/dl o diagnóstico previo de diabetes tipo 2	Glucemia en ayunas 110-125 mg/dl	Diabetes tipo 2, intolerancia a la glucosa o insulinoresistencia por HOMA-IR	Glucemia en ayunas 110-125 mg/dl o 2 h post-SOG > 140 mg/dl
Perímetro cintura \geq 94 cm (varones) o \geq 80 cm (mujeres)	Perímetro cintura > 102 cm (varones) > 88 cm (mujeres)	IMC > 30 o cociente cintura-cadera > 0,90 (varones) > 0,85 (mujeres)	IMC >25 o perímetro cintura > 102 cm (varones) > 88 cm (mujeres)
TG \geq 150 mg/dl HDL < 40 (varones) HDL < 50 (mujeres)	TG \geq 150 mg/dl HDL < 40 (varones) HDL < 50 (mujeres)	TG \geq 150 mg/dl HDL < 35 (varones) HDL < 39 (mujeres)	TG \geq 150 mg/dl HDL < 40 (varones) HDL < 50 (mujeres)
Hipertensión en tratamiento o presión arterial \geq 130/85 mmHg	Presión arterial \geq 130/85 mmHg	Hipertensión en tratamiento o presión arterial \geq 160/90 mmHg sin tratamiento Microalbuminuria \geq 20 μ g/min	Presión arterial \geq 130/85 mmHg

TABLA 1. Síndrome Metabólico. Definición y criterios

- IDF (International Diabetes Federation): debe cumplirse el criterio del perímetro cintura y 2 criterios más (bajo HDL y altos TG son 2 criterios).
- NECP (US National Cholesterol Education Program): deben cumplirse 3 de 5 criterios (bajo HDL y altos TG son 2 criterios).
- WHO (World Health Organization): debe cumplirse el criterio glucosa/insulina y 2 criterios más.
- ACE (American College of Endocrinology/American Association of Clinical Endocrinologist): estos criterios principales son considerados factores de riesgo.
Otros factores de riesgo incluyen el síndrome de ovarios poliquísticos; un estilo de vida sedentario; edad; raza (ciertos grupos), y una historia familiar de diabetes tipo 2, hipertensión o enfermedad cardiovascular.
TG: triglicéridos; **HDL:** lipoproteínas de alta densidad; **HOMA:** *homeostasis model assessment*; **IMC:** índice de masa corporal; **SOG:** sobrecarga oral de la glucosa (Tapia, 2007, p. 160).

Pineda (2008) menciona otras organizaciones que también proponen criterios de diagnóstico: La American Heart Association (AHA) y el National Heart, Lung and

Blood Institute (NHLBI) mencionan que la persona debe cumplir con tres de los cinco criterios: obesidad central medida por el perímetro abdominal, hipertrigliceridemia, HDL, presión arterial (PA) elevada e hiperglicemia; también consideran en hombres el perímetro abdominal entre 94 y 101 cm y en mujeres entre 80 y 87 cm, que son indicadores también, de la resistencia a la insulina (RI) y/o DM2.

En el caso de la Internacional Diabetes Foundation (IDF) señalada en la tabla 1, se toman en cuenta las diferencias étnicas para diagnosticar la obesidad abdominal.

El *Adult Treatment Panel III* del *National Cholesterol Education Program* (ATP-III) refiere que el individuo debe cumplir con tres ó más de los siguientes factores: obesidad central medida por del perímetro de la cintura (>102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres), aumento de los triglicéridos, colesterol HDL reducido, aumento de la presión arterial y aumento de la glucosa. Cabe señalar que la resistencia a la insulina es el factor principal del SM con riesgo cardiovascular y por lo tanto desarrolla otras alteraciones no señaladas en los criterios como el síndrome de apnea del sueño y el síndrome de ovarios poliquísticos (Rubio, 2007).

Los criterios de las organizaciones varían según características de la población (género, edad), estilo de vida, tradiciones que practican y cultura. Sin embargo es importante elegir los criterios correctos para realizar una detección e intervención oportunas del SM, con el fin de evitar que se desarrollen múltiples padecimientos y contribuir a que disminuyan los altos índices de incidencia.

Dentro del conjunto de enfermedades que se relacionan con el SM se encuentra el sobrepeso y la obesidad que *“...parece ser uno de los factores desencadenantes más importantes entre otras alteraciones metabólicas que lo caracterizan: intolerancia a la glucosa, diabetes, dislipidemia e hipertensión. Por lo tanto, en la mayoría de los casos la expresión del síndrome metabólico ocurre en individuos*

obesos. *En muchos casos, la expresión del síndrome metabólico es en buena medida una comorbilidad de la obesidad...*” (García, 2008, p.228), esto señala la necesidad de analizar la relación de estos dos factores y las condiciones específicas de riesgo que tiene el individuo con obesidad, para desarrollar este síndrome.

1.3 SM en adultos y su tratamiento

El SM en adultos se diagnostica mediante diferentes criterios específicos descritos principalmente por organizaciones como ATP-III, la OMS y la Federación Internacional de la Diabetes (IDF), uno de los criterios más importantes es la determinación de sobrepeso u obesidad, calculada por el IMC mayor o igual a 30kg/m² y el contorno cintura (García, 2008). *“La OMS incluye como criterio principal la resistencia a la insulina, concepto que engloba la tolerancia anormal a la glucosa en ayunas o una sobrecarga de glucosa, la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y la disminución de la sensibilidad a la insulina...junto con los siguientes criterios: circunferencia cintura-cadera y/o índice de masa corporal superior a 30, dislipemia e hipertensión”* (Ferrer y Dalmau, 2008, p.131). El SM en los adultos se manifiesta principalmente por factores como la genética, el ambiente y la calidad de vida. Más que tratar el síndrome, se tiene que conocer cada uno de sus componentes y la persistencia de los factores que intervienen, investigar desde la infancia permitirá saber el comienzo de la enfermedad e intervenir a tiempo para evitar futuras complicaciones.

“El SM también es frecuente en niños obesos y su prevalencia aumenta directamente en relación con el grado de obesidad...como varios de los componentes del SM tienden a mantenerse a lo largo de la infancia y la adolescencia hasta la edad adulta, se toman los mismos criterios que en los adultos pero ajustando los valores en función de la edad y el sexo” (Ferrer y Dalmau, 2008, p.132). Algunos factores socioculturales que también se asocian

con el incremento y riesgo para presentar el SM son: consumo de tabaco, dieta rica en carbohidratos, inactividad física, historia familiar con SM y la genética.

El desarrollo de una enfermedad como la obesidad se relaciona frecuentemente con la presencia del SM y sus múltiples trastornos, por lo tanto el tratamiento debe dirigirse a cada componente de riesgo y prevenir que se desarrollen otras enfermedades. *“Presentar un SM no indica un mayor riesgo de futuras complicaciones cardiovasculares que el derivado de cada uno de sus componentes por separado”* (Ferrer y Dalmau, 2008, p.133). Los profesionales enfocados a la salud deben establecer un diagnóstico que permita decidir el tratamiento más adecuado, el objetivo es intervenir en los factores de riesgo asociados, obtener cambios favorables en la calidad de vida y programar medidas de prevención.

1.4 SM y obesidad

Actualmente el individuo se encuentra en un constante cambio a nivel biológico y cultural, sobre todo en la construcción de la calidad de vida. Datos históricos describen que *“...los antepasados debían buscar la comida mediante caza, pesca y recolección, muchas veces en difíciles situaciones ambientales y climáticas, por lo que comían en abundancia una vez, después podían pasar varios días sin obtener alimento, además de considerar todo el gasto energético que implicaba su consecución. Posteriormente el hombre se hizo agricultor, con lo que los pueblos se pudieron asentar en una región determinada. Con los siglos, las ocupaciones manuales y de alta actividad física disminuyeron, a favor de profesiones y oficios de mayor actividad intelectual, pero por ende más sedentarios. La disponibilidad de alimentos es cada vez mayor para buena parte de la población y casi sin ningún esfuerzo físico. En la época actual no es extraño utilizar un vehículo para llegar a un sitio que concentra en un área pequeña todo lo que se necesita para la supervivencia...lo cual obviamente era impensable para los antepasados. También se debe considerar que el tiempo es un recurso cada vez más escaso, y por tanto,*

el tiempo que se dedica a preparar los alimentos es más exiguo, y así se origina un gran consumo de alimentos rápidos con alto contenido calórico...” (Pineda, 2008, p.97).

La hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad así como otros problemas de salud pública, son enfermedades que pueden encontrarse solas o como parte de un síndrome como el metabólico, que alteran el metabolismo y otros procesos que con el tiempo se pueden exacerbar. Las principales causas son la genética, el ambiente, el sedentarismo, la economía y la fácil compra para ingerir alimentos bajos en nutrientes, a nivel social el problema se vincula con la adaptación a cada época.

“El incremento paralelo de la frecuencia de la obesidad y del SM es un fenómeno mundial y México no es la excepción. Aunado a esto, estas patologías son factores de riesgo importante para el desarrollo de diabetes tipo 2, la enfermedad arterial coronaria y cerebrovascular por aterosclerosis, que son las principales causas de muerte en nuestro país. El control de estas alteraciones metabólicas incide directamente en la morbilidad y mortalidad de muchos padecimientos; sin embargo, en la actualidad no existen estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento eficaces para la mayoría de los casos” (García, 2008, p.227). Por estas razones es importante identificar los mecanismos responsables y la asociación entre estas condiciones, sobre todo en personas con sobrepeso u obesidad.

1.5 La obesidad como un problema de salud

La obesidad se ha caracterizado como una enfermedad que afecta gravemente el estado de salud de una persona, particularmente, porque es una característica precursora del SM y desarrollo de otros padecimientos. En la actualidad se ha incrementado su incidencia, no solo a nivel nacional sino también mundial. Se considera relevante conocer los inicios de la obesidad desde épocas pasadas, el

establecimiento de una definición y clasificación, su prevalencia en México con base en investigaciones documentales y la descripción de iniciativas para tratarla. Cada tema se describe de manera general a continuación.

1.5.1 Historia

Los significados de la obesidad han sido estudiados por diferentes disciplinas en épocas pasadas: *“... el religioso, el psicológico, el estético, el sanitario, el político o incluso el filosófico... y esto sucede porque... es natural tener que alimentarse, pero siempre nos alimentamos culturalmente...”* (Savater, en Gallar, 2001, p.117).

Desde el periodo primitivo se han encontrado registros acerca de la obesidad, el hallazgo de figuras así como también pinturas y esculturas con características de sobrepeso, parecían ser los inicios de esta enfermedad. Algunos factores que intervenían en este padecimiento eran el ambiente donde el individuo vivía y los tipos de objeto que usaba para su supervivencia. El proceso de sedentarismo ocurrió por la forma en que se recolectaban los alimentos, desde la caza, la agricultura y la ganadería; asimismo todas estas circunstancias suponían el incremento en los casos de sobrepeso.

En escritos como los de Hipócrates, se describe que la obesidad provocaba *“...infertilidad en la mujer, debida a la dificultad de la obesa para la copulación, y por la acumulación de la grasa que se producía en el útero, el cual cerraba impidiéndose la llegada al mismo de los fluidos seminales...”*, así que se *“...clasificó a la persona obesa como de constitución húmeda...”* (Gallar, en Bermudo y Collado, 2001, pp.120 y 121), por lo tanto, para bajar de peso la persona debía comer alimentos secos durante todo el año y realizar ejercicio físico. En Roma, Galeno fue un médico reconocido que describió dos tipos de obesidad la moderada y la grave. Señalaba que si la persona no cumplía con hábitos apropiados para el cuidado de su salud, desarrollaba la obesidad y para tratarla tenía que llevar a cabo un tratamiento a base de ejercicio físico intenso,

ejercicios de respiración, masajes y limpiar el sudor, realizar un baño y no comer algún alimento, solo descansar, por último se realizaba otro baño y se consumía numerosa comida (Bray, en Gallar, 2001). En cuanto a las creencias de la obesidad, los altos mandos podían consumir todo el alimento que querían, ya que la obesidad era un símbolo de privilegio, mientras que las mujeres debían restringirse de comer en exceso para evitar que en su cuerpo se formaran redondeces.

Conforme avanzaba la época, el conocimiento de la obesidad se modificaba en cuanto a los factores implicados, ya que se relacionaba con una dieta excesiva y ausencia de ejercicio. También empezó a tener importancia el estado de ánimo, la percepción del propio cuerpo y el descontrol personal que contribuía al desarrollo de la obesidad, conceptos que se utilizan en la actualidad. Por un momento se pensó que la obesidad era símbolo de buena salud, sin embargo era confusa esta relación, más tarde tanto el sobrepeso como la delgadez fueron alarmantes y varias personas comenzaron a utilizar las primeras dietas prácticas, parecidas a las actuales (Gallar, en Bermudo y Collado, 2001).

Los primeros profesionistas que realizaron estudios de la obesidad la definieron de la siguiente manera “...*adiposis como una acumulación excesiva de grasa ya sea en todo el organismo o localizada en determinadas zonas; ya sea de manera externa, a modo de formaciones tumorales...*” (Gallar, en Bermudo y Collado, 2001, p.134), e indicaron que altera las funciones de los órganos y la movilidad del individuo a causa del consumo exagerado de alimentos y la disminución de ejercicio físico, respectivamente. Otros factores que se percibieron relevantes fueron la genética y los hábitos del individuo.

Una investigación significativa fue la realizada por “...*el astrónomo y matemático belga Lambert A. Jacques Quetelet (1796-1874) trabajó sobre el estudio de los individuos obesos, concretamente en Bélgica, donde desarrolló estudios epidemiológicos... su mayor aportación radicó en la investigación de los*

parámetros antropométricos, partiendo de la base primordial de que debía valorarse el peso del sujeto en función de su estatura antes de hablar de sobrepeso...” (Gallar, en Bermudo y Collado, 2001, p.135), es así que se originó la analogía entre peso y talla conocido como Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetlet, posteriormente fue aprobada para definir el peso más justo del individuo.

En los inicios del siglo XX se desarrollaron “... *estudios de obesidad experimental, se descubren nuevas y verdaderas causas endocrinológicas y metabólicas, gracias a los avances de la Bioquímica y la Fisiología... como novedad terapéutica, se sumaron estrategias conductuales al tratamiento de la enfermedad, con importantes aportaciones en el campo del control de la ingesta y su tratamiento...*” (Gallar, en Bermudo y Collado, p.136). Se definió entonces que la obesidad era un padecimiento que afectaba la salud del individuo y que este problema crecía a nivel social.

El factor psicológico en individuos con obesidad fue de gran interés para realizar más investigaciones al respecto, se planteó como una enfermedad producida por el perfil psicológico del individuo, es decir, “...*que para muchos obesos el alimento es un símbolo, una satisfacción oral o un signo de independencia, de prosperidad o de superioridad, y el acto de la comida, un modo de llenar un vacío interior (muchas veces psíquico)...*” (Foz, en Gallar, 2001, p.140). Desde esta visión, se desligó de la obesidad un repertorio de conductas desadaptadas como la ansiedad y la depresión, que también se encuentran involucradas y causan complicaciones en la persona obesa, ya sea como antecedente o consecuencia de la obesidad.

A lo largo de esta última época se observó el contraste de los distintos pensamientos orientados a la obesidad, ya que de ser una enfermedad que reflejaba un buen estado de salud, un estatus económico alto, símbolo de bienestar y poder; se transformó en una preocupación, al inicio estética por la adiposidad acumulada, y después sanitaria por el tipo de afección en el

organismo. Posteriormente se dio otro cambio radical que orientó la enfermedad hacia la grave situación que estaba ocasionando a nivel mundial, con un curso multifactorial. El concepto de peso ideal se promovió por un estado de salud satisfactorio y ya no por la estética, escenarios que actualmente se presentan.

1.5.2 Definición

Obesidad es una palabra que actualmente se utiliza en nuestro vocabulario común y es importante especificar a qué se refiere desde el punto de vista de una delimitación científica, por lo tanto se hará una revisión de la definición que proponen distintos autores.

“El termino obesidad proviene del latín obesitas, que deriva de obesus, y éste a su vez de obedere (consumir, devorar)” (Gallar, en Bermudo y Collado, 2001, p.121). El sobrepeso y la obesidad se especifican *“... por almacenamiento excesivo de tejido graso en el organismo. Se acompañan de alteraciones en el metabolismo y se asocian con la patología endocrina, cardiovascular y músculo-esquelética...”* (Palacios, Munguía y Ávila, 2006, p.450). Se presenta primero el significado de la palabra obesidad, haciendo notar que es el acto que realiza un individuo cuando se alimenta, en seguida se da una definición específica a nivel físico, que se caracteriza por mencionar la grasa que se acumula en el cuerpo y la relación que tiene con otras enfermedades.

A continuación se describe una definición más completa, donde se incorporan los factores principales que desarrollan el padecimiento, así Cantú y Moreno (2007, p.2) definen la obesidad como *“... producto de la acumulación de tejido graso en abundancia en circunstancias de libre preferencia de ingesta de alimentos y desarrollo de actividad física. Esto expresado en una acumulación anormal o excesiva que puede llegar a trasferir daño a la salud. Sin embargo, esta puede aumentarse y complementarse al observarla cómo un padecimiento multifactorial influenciado por factores intrínsecos y extrínsecos al individuo. En los primeros*

hallamos los genéticos, fisiológicos y metabólicos, y por lo que refiere a los extrínsecos, se encuentran los patrones sociales y culturales...". El concepto más moderno sobre la obesidad lo plantea Perea et al. (2009, p.56) como *"...el conocimiento actual de la estructura y función de las células del tejido graso, permite entender a la obesidad como una enfermedad inflamatoria, crónica y recurrente, caracterizada por exceso de grasa corporal que tiene graves riesgos para la salud..."*. Se puede notar que el contraste de las definiciones no varía mucho ya que todas se orientan a características fisiológicas, sociales y psicológicas, así como los riesgos y consecuencias en la salud.

1.5.3 Etiología

Los factores psicológicos, biológicos y sociales definen la etiología multifactorial de la obesidad; la genética, la inadecuada calidad de vida, la falta de actividad física y el consumo de alimentos sin nutrientes, se consideran los factores que originan el padecimiento (Palacios, Munguía y Ávila, 2006). Es difícil establecer una sola causa de la obesidad, ya que se asocia a todas las alteraciones que suceden en la relación del individuo con su medio ambiente porque se manifiestan numerosos factores en situaciones distintas.

Es así que la etiología de la obesidad se establece como *"... una entidad en la que la genética tiene un riesgo comprobado, mientras que la influencia del medio ambiente a través del estilo de vida es importante y por lo tanto se considera el mejor recurso para su prevención y tratamiento...los factores etiológicos más importantes de la obesidad y sus complicaciones atribuibles al individuo, a la familia y a sus contextos, son: estilo de vida, hábitos alimenticios y factores psicológicos..."* (Perea et al. 2009, p.56). La relación entre la genética del individuo con su ambiente, puede favorecer conductas riesgosas para la salud, si se modifican adecuadamente, se previene el padecimiento.

1.5.4 Clasificación

Existen diversas formas de clasificar la obesidad, Katz (en Braguinsky, 1996, p.117) describe las siguientes:

- *De acuerdo con el exceso de peso corporal*
- *De acuerdo con la distribución de la grasa*
- *De acuerdo con la edad de comienzo*
- *De acuerdo con la celularidad*

Peso corporal

Esta clasificación tiene una similitud con la grasa corporal total y es una medición apropiada para especificar el grado de obesidad. En condiciones normales la cantidad de grasa del organismo humano es del 18% en el hombre joven y del 20-25% del peso corporal de la mujer, todo peso se relaciona con promedios poblacionales y no con el peso ideal de cada persona.

Para el diagnóstico de la obesidad (Figura 1) se utiliza el Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet, fue creado por un astrónomo belga en el año de 1869 y fundador de la ciencia antropométrica. Más tarde la OMS aceptó esta medición la cual se desarrolla: peso corporal del individuo (**Kg**) / talla (**cm**) = **IMC**.

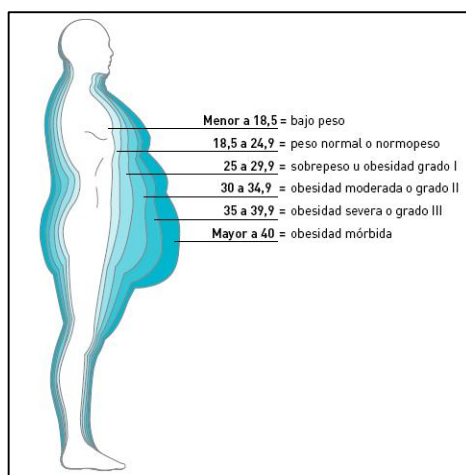


Figura 1. Clasificación del Índice de Masa Corporal y los distintos grados de obesidad (Marzolo y Cuevas, 2010, pp. 19 y 20).

Un IMC comprendido entre 25 y 26.9 se puede considerar normal a condición de que no se presente acompañado de otros factores de riesgo como enfermedades, cuando el IMC es mayor de 30 se considera como obesidad moderada.

Distribución de la grasa

Se ha observado que el depósito de tejido adiposo se da en determinados sitios del organismo y esto se asocia con el aumento de riesgo de mortalidad, aquí se distinguen dos tipos (Figura 2):

- **Obesidad androide:** se caracteriza por el predominio de tejido adiposo en la mitad del cuerpo como el cuello, hombros, cintura y la parte superior del abdomen, se distingue en el hombre y se dice que tiene forma de manzana.
- **Obesidad ginoide:** se caracteriza por el predominio de tejido adiposo en glúteos, caderas, muslos y la parte inferior del cuerpo, se distingue en la mujer y se dice que tiene forma de pera.

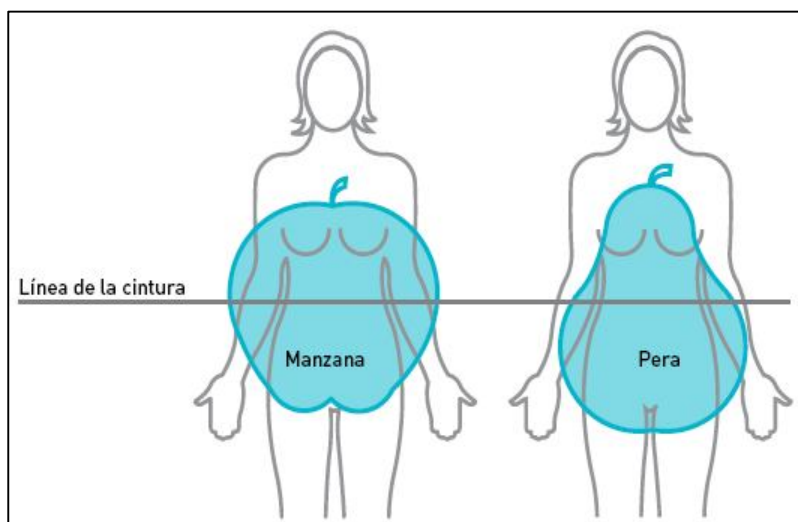


Figura 2. Clasificación de acuerdo con la distribución de la grasa (Marzolo y Cuevas, 2010, p. 22).

La obesidad androide induce a un conjunto de enfermedades como la diabetes, hipertensión, mientras que la obesidad ginoide induce a los cálculos biliares y

problemas circulatorios sobre todo en piernas, es importante tomar en cuenta que puede aparecer tanto en el hombre como en la mujer. *“Una persona al nacer tiene de 20 a 40 mil millones de adipocitos si engorda alrededor de los 2 años de vida, entre los 6 y los 8 años o antes de la pubertad, aumenta mucho el número de adipocitos, dando lugar a una obesidad hiperplásica”* (Madrid, en Bermudo y Collado, 2001, p.25).

Edad de comienzo

La edad es un indicador importante para el tratamiento y diagnóstico de la obesidad, se distinguen:

- **Obesidad infantojuvenil:** que comienza antes de los 18 años, en el caso de los niños con sobrepeso tiene mayor probabilidad de ser obesos en su adultez.
- **Obesidad del adulto:** comienza posterior a los 18 años, los adultos obesos que fueron niños obesos tendrán una obesidad más prolongada y esto puede tener consecuencias clínicas y terapéuticas importantes.

Celularidad

Se da por el aumento en tamaño o número de adipocitos, estas son:

- **Obesidad hipertrófica:** se observa en el adulto y se da por el aumento en el tamaño celular del adipocito asociándose con complicaciones metabólicas y cardiovasculares.
- **Obesidad hiperplásica:** se puede observar en el niño y se da por el aumento del número de adipocitos.
- **Obesidad mixta (hipertrófica - hiperplástica):** se da por el aumento del número y el tamaño de los adipocitos.

Según Rubio (2007) la obesidad es una enfermedad que se caracteriza por el exceso de grasa corporal. En función del porcentaje graso corporal, podríamos definir como sujetos obesos aquellos que presentan porcentajes de grasa por encima de los valores considerados normales, tanto en varones como en mujeres.

El IMC es el indicador más utilizado para realizar estudios epidemiológicos y es recomendado por diferentes organizaciones de salud internacionales, tiene un uso clínico por su facilidad de utilizar y capacidad de deducir la adiposidad de una persona, incluso de una población, pero no indica la adiposidad en personas con demasiada musculatura y en ancianos. La Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 1996) propuso una modificación a la clasificación propuesta por la OMS, el cual es un grado adicional de obesidad para aquellos personas con IMC mayor a 50 kg/m², que tienen como indicación el procedimiento de la cirugía bariátrica (Tabla 2).

Categoría	Valores límite del IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5 - 24,9
Sobrepeso grado I	25,0 - 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27,0 - 29,9
Obesidad de tipo I	30,0 - 34,9
Obesidad de tipo II	35,0 - 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40,0 - 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	≥ 50

Tabla 2. Criterios SEEDO para definir la obesidad en grados según el IMC en adultos (Rubio, 2007, p.138).

En la población infantil y juvenil se utilizan como criterios para definir el sobrepeso y la obesidad los valores específicos por edad, sexo e IMC; las tablas correctas permitan establecer comparaciones en estudios a nivel mundial. En individuos de más de 60 años, se utilizará el IMC siguiendo los mismos criterios que en adultos (Rubio, 2007).

Actualmente un procedimiento práctico utilizado por la población mexicana para detectar el grado de obesidad, es el perímetro abdominal. La persona se mide con una cinta métrica su abdomen, esta medida definirá si tiene o no sobrepeso u obesidad, cabe mencionar que los valores se ajustan en función de las características de la población, el Instituto Mexicano del Seguro Social (2008) plantea los siguientes valores: en la mujer menos de 80 cm no tiene riesgo a padecer una enfermedad, de 80 cm a 87.9 cm tiene riesgo a presentar SM, de 88 cm o más tiene riesgo a padecer una enfermedad como la obesidad; en el hombre menos de 94 cm no tiene riesgo a padecer una enfermedad, de 94 cm a 101.9 cm tiene riesgo a presentar SM y 102 cm o más tiene riesgo a padecer una enfermedad como la obesidad.

1.5.6 Estadísticas de incidencia en mexicanos

La OMS comenzó a realizar estudios a nivel mundial acerca del problema del sobrepeso y la obesidad, los cuales proyectaron un aumento significativo en el IMC de las poblaciones con o sin desarrollo socioeconómico, que dio paso a declararlas como padecimientos que producen daños a la salud, designando este escenario como *“...una epidemia global de obesidad...”* que en consecuencia tienden a incrementar también *“la morbi-mortalidad por diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular y algunos tipos de cáncer...”* (López y Rodríguez, 2008, p.422). Una de las conductas principales que llega a desatar esta situación es la falta de una actividad física y satisfacer las necesidades de manera rápida mediante el uso de alguna tecnología, consiguiendo así un desequilibrio metabólico que lleva a desarrollar una enfermedad. *“En México, al igual que en otros países en vías de desarrollo, el perfil epidemiológico ha cambiado, y aunque las deficiencias nutricionales persisten, coexisten con la obesidad y las enfermedades asociadas con la misma. Actualmente, junto con los padecimientos infecciosos, las enfermedades crónico-degenerativas como la enfermedad cardiovascular, la diabetes y el cáncer, se encuentran entre las causas principales de muerte en nuestro país; y estas altas tasas de morbi-mortalidad coinciden con*

el rápido incremento en las tasas de sobrepeso y obesidad ...” (López y Rodríguez, 2008, p. 422). Las estadísticas realizadas en México por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) tienen el objetivo de saber la tasa de morbilidad y mortalidad de las enfermedades de sobrepeso y obesidad que permitirán desarrollar programas de prevención, ya que son diferentes en la población adulta, joven e infantil. En seguida se exponen las más notables.

1.5.6.1 Adultos

La obesidad se registra como “...la pandemia del siglo y la cataloga como el problema más grave de la salud pública que la humanidad enfrentará en el siglo XXI...”, junto con el desarrollo de otras enfermedades. Algunos datos relevantes son presentados por “...la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006 en nuestro país muestra que aproximadamente 70% de la población adulta mexicana padece sobrepeso u obesidad... afectando mayormente a las mujeres que a los hombres (34.5% comparados a 24.2% de hombres)...” (Shamah, 2008, pp.1 y 2).

En la Tabla 3, se muestra el parámetro del sobrepeso y la obesidad en población adulta utilizando el indicador de Índice de Masa Corporal (IMC) con valor de 25 y más.

Entidad Federativa	Sobrepeso		Obesidad	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	43.2	37.0	23.5	34.4
Aguascalientes	44.3	39.5	21.9	33.0
Baja California	38.6	30.3	20.4	40.1
Baja California Sur	43.1	38.2	28.2	41.3
Campeche	42.4	35.0	26.6	44.1
Chiapas	42.1	37.7	17.9	32.0
Chihuahua	43.1	36.3	23.6	39.9
Coahuila de Zaragoza	43.5	33.2	25.9	41.0
Colima	43.5	33.3	26.4	34.7
Distrito Federal	45.2	37.7	25.5	34.5
Durango	47.6	34.0	21.9	45.5
Guanajuato	37.6	36.8	25.6	36.4
Guerrero	39.8	34.1	24.6	25.3
Hidalgo	40.7	41.2	18.1	27.1
Jalisco	38.7	35.9	23.5	36.1
México	47.7	42.6	22.0	30.6

Michoacán de Ocampo	42.0	36.4	26.8	35.3
Morelos	45.7	39.9	21.0	31.0
Nayarit	44.0	32.3	25.9	40.3
Nuevo León	41.8	33.7	28.1	40.8
Oaxaca	40.1	35.8	18.1	25.8
Puebla	45.6	41.6	18.6	28.4
Querétaro	43.3	34.6	20.8	31.3
Quintana Roo	42.9	38.4	31.1	39.0
San Luis Potosí	46.0	31.3	19.5	38.8
Sinaloa	44.8	41.4	24.7	31.4
Sonora	40.9	30.9	27.1	47.1
Tabasco	40.0	33.4	29.1	41.8
Tamaulipas	41.9	32.7	29.3	39.6
Tlaxcala	45.9	39.2	22.7	33.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	45.3	35.1	21.6	32.1
Yucatán	40.4	39.7	31.9	37.7
Zacatecas	42.9	37.8	19.8	33.2

Tabla 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 20 años y más por entidad federativa según sexo 2006 (INEGI, 2009, p. 148).

Nota: La prevalencia se refiere al número de personas de 20 años y más con sobrepeso u obesidad por cada 100 personas del mismo grupo de edad.

Fuente: SSA, Primer Informe de Labores, (2007).

“A nivel nacional la prevalencia de sobrepeso es severa, en hombres (43.2) es mayor que en las mujeres (37). Sin embargo, la obesidad es mayor en las mujeres (34.4) que en los hombres (23.5). Las entidades con mayor prevalencia de sobrepeso en hombres son México (47.7), Durango (47.6) y San Luis Potosí (46), y para las mujeres México (42.6), Puebla (41.6) y Sinaloa (41.4). Asimismo, las menores prevalencias se ubican en Guanajuato (37.6), Baja California (38.6) y Jalisco (38.7) para los hombres, y en Baja California (30.3), Sonora (30.9) y San Luis Potosí (31.3) para las mujeres. Por otro lado, la mayor prevalencia de obesidad en hombres está en Yucatán (31.9), Quintana Roo (31.1) y Tamaulipas (29.3), y en las mujeres en Sonora (47.1), Durango (45.5) y Campeche (44.1). Además, las menores prevalencias se ubican en Chiapas (17.9), Hidalgo y Oaxaca (18.1) y Puebla (18.6) para los hombres; y en Guerrero (25.3), Oaxaca (25.8) e Hidalgo (27.1) para las mujeres” (INEGI, 2009, p.148). La tabla anterior señala la prevalencia de sobrepeso y obesidad que tiene la población joven y adulta (desde los 20 años). A nivel nacional, se observa que las mujeres desarrollan obesidad considerando cualquiera de sus tres etapas, en comparación con los hombres que tienden a desarrollar mayor sobrepeso. Se plantea la posibilidad de que este

padecimiento varía según factores como el hábito alimenticio de cada estado, ubicación geográfica y ambiente, entre otros.

En la Tabla 4 se especifica el porcentaje de las condiciones en la población de jóvenes, adultos y adultos mayores; desde la desnutrición, peso adecuado, sobrepeso y obesidad, obsérvese que *“A nivel nacional, de acuerdo con los resultados del IMC, 42.5% de los hombres tienen sobrepeso, 31.7% peso adecuado, 24.3% obesidad y 1.5% desnutrición. Para las mujeres, 4 de cada 10 tienen sobrepeso, 3 obesidad, 3 peso adecuado y 1 desnutrición. Por grupos de edad se repite el perfil nacional: los porcentajes de desnutrición son muy bajos y los correspondientes a sobrepeso y obesidad muy altos; 66.8% de los hombres y 71.9% de las mujeres tienen sobrepeso u obesidad. Tanto hombres como mujeres de 50 a 59 años presentan el porcentaje más alto de obesidad para su sexo. Llaman la atención las edades extremas para ambos sexos; en los grupos de 20 a 29 años y en el de 80 y más predomina el porcentaje de IMC adecuado. El porcentaje de desnutrición en ambos grupos supera el punto de corte (2.3%) para identificar problemas poblacionales de desnutrición”* (INEGI, 2009, p.149). En los porcentajes destaca nuevamente que las mujeres adultas tienen obesidad seguido de los hombres con sobrepeso, por último el grupo de jóvenes y adultos mayores tienen un peso normal, en esta situación es importante hacer notar que en los dos últimos grupos, pueden encontrarse otros factores no relacionados con la obesidad, es decir el desarrollo de otras enfermedades en el caso de los adultos mayores y la ideología del cuerpo o enfermedades como la anorexia en el grupo de jóvenes.

Grupos de edad	Hombres				Mujeres			
	Desnutrición	Adecuado	Sobrepeso	Obesidad	Desnutrición	Adecuado	Sobrepeso	Obesidad
20-29	3.3	45.2	34.6	16.9	3.1	42.8	33.6	20.5
30-39	0.9	27.7	45.7	25.7	0.5	25.4	39.4	34.7
40-49	0.7	22.4	47.4	29.5	0.3	18.1	37.8	43.8
50-59	0.7	24.6	42.6	32.1	0.9	15.5	39.3	44.3
60-69	1.1	29.3	45.3	24.3	1.5	18.0	38.1	42.4
70-79	1.4	36.5	44.2	17.9	1.1	27.3	39.4	32.2
80 y más	4.0	49.9	37.1	9.0	5.2	44.5	34.0	13.3
Total	1.5	31.7	42.5	24.3	1.4	26.7	37.4	34.5

Tabla 4. Distribución porcentual de la población adulta según condición de nutrición por grupos de edad y sexo 2006 (INEGI, 2009, p. 149).

Nota: Los porcentajes se calcularon con los absolutos reportados en la ENSANUT 2006.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) el IMC define al sobrepeso con valor igual o superior a 25; la obesidad, igual o superior a 30; valores entre 20 y 24.9 son considerados adecuados y menores a 20 como desnutrición.

Fuente: SSA, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.

En un informe realizado por la OMS se menciona que “...actualmente existen en el mundo más de un billón de adultos con sobrepeso, y al menos 300 millones de ellos son obesos, la distribución del sobrepeso y la obesidad es desigual, pues las prevalencias van desde menos de 5% en países como China y algunos de África, hasta 75% en las Islas del Pacífico Sur. En algunos de los países latinoamericanos como México, las tasas de obesidad son intermedias (18.6% en hombres y 28.1% en mujeres), pero cercanas a las de países desarrollados como EUA (31% en hombres y 33.2% en mujeres) e Inglaterra (22.3% en hombres y 23% en mujeres)...” (López y Rodríguez, 2008, p.422). El objetivo de exponer las estadísticas es que tanto la población como las autoridades de salubridad se orienten y comiencen a plantear estrategias relevantes para atender el problema lo más pronto posible.

1.5.6.2 Infantes y adolescentes

En el análisis de las estadísticas también se observó un incremento del sobrepeso y la obesidad en la población de niños y adolescentes, se mostró que pueden desarrollar una o varias enfermedades crónico-degenerativas, puesto que si no son atendidas en el momento de su detección, continúan a lo largo de la etapa adulta con mayores complicaciones. “En México la ENSANU 2006, mostró que hasta tres de cada diez niños y adolescentes se encuentran arriba de su peso ideal” (Perea et al. 2009, p.55). Este crecimiento se relaciona con circunstancias

como el aumento del consumo y la disponibilidad de alimentos rápidos y con bajo contenido de nutrientes como el refresco, evitación el consumo de frutas y verduras así como la baja actividad física y un estilo de vida sedentario. *“En adolescentes mexicanos, se estima que menos del 35% de la población tienen un nivel adecuado de la actividad física, otro 25% son activos pero no suficientemente y el resto es sedentario”* (Shamah, 2008, p.2). A nivel mundial *“... 22 millones de niños menores de cinco años tienen sobrepeso...”* (López y Rodríguez, 2008, p.424). *“Datos de la ENSANUT 2006 reportan que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México es de 26% para niños entre los 5 y 11 años de edad, y alcanza 32% en adolescentes”* (Romero, Velarde y Vázquez, 2008, p.520). En las estadísticas mencionadas anteriormente, se expresa la importancia del sobrepeso y la obesidad en los dos grupos, porque desde la etapa infantil se presentan otros padecimientos así como también se puede intervenir con programas específicos y completos desarrollando conductas adecuadas que mantienen una calidad de vida sana.

“Para determinar el sobrepeso y la obesidad en la población de 5 a 11 años, el informe de la ENSANUT 2006 (Tabla 5), utilizó uno de los IMC recomendados internacionalmente para la edad. Contrastó la prevalencia obtenida para este grupo de edad (26 nacional; 25.9 hombres y 26.8, mujeres) frente a la obtenida en 1999 (18.6, 17.0 y 20.2, respectivamente). El incremento observado en hombres (8.9 puntos) y en mujeres (6.6) se consideró alarmante para buscar la prevención de la obesidad en los escolares. Para el 2006, la prevalencia de sobrepeso se incrementó en general entre los 5 y 11 años; en los hombres de 12.9 a 21.2 y en las mujeres de 12.6 a 21.8. A los 9 años, niños (21.2) y niñas (23.2) concentraron la máxima prevalencia de sobrepeso, en los varones se observaron declives entre los 6 y 7 y los 9 y 10 años, y en las mujeres se dio entre los 9 y los 10 años. La prevalencia de obesidad no se comporta de manera uniforme. Para los hombres, la prevalencia más alta se observa a los 8 años y para las mujeres a los 10; en las demás edades no se observa algún patrón en la prevalencia”(INEGI, 2009, p.140).

En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de sobrepeso y obesidad en población infantil de 5 a 11 años a nivel nacional, se distingue un aumento de sobrepeso principalmente en las niñas así como variación según la edad y desarrollo que tengan.

	Hombres		Mujeres	
Edad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Total	16.5	9.4	18.1	8.7
5	12.9	4.8	12.6	8.6
6	14.5	9.8	13.7	7.0
7	13.4	7.8	16.1	10.0
8	13.9	12.3	17.5	8.9
9	21.2	11.0	23.2	8.5
10	17.0	8.6	20.0	10.3
11	21.2	11.3	21.8	7.7

Tabla 5. Prevalencia nacional de sobrepeso y obesidad en la población de 5 a 11 años por edad desplegada según sexo 2006 (INEGI, 2009, p. 140). Nota: La prevalencia se refiere al número de personas de 5 a 11 años con sobrepeso por cada 100 habitantes del mismo grupo de edad. La ENSANUT 2006 mide el sobrepeso y la obesidad en la población de 5 a 11 años, de acuerdo con las recomendaciones del Internacional Obesity Task Force (IOTF). Fuente: SSA, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.

Se ha encontrado que *“...el sobrepeso y obesidad en el adolescente se asocian con niveles altos de insulina, triglicéridos, lipoproteínas de baja densidad y presión sanguínea. El adolescente se encuentra en riesgo de desarrollar estos padecimientos debido a varios factores: incremento en las necesidades energéticas, consumo de alimentos ricos en grasas y calorías, disminución de la actividad física, cambios emocionales y desarrollo sexual temprano. A nivel nacional la prevalencia de sobrepeso y obesidad tienen diferencias pequeñas entre hombres (21.2 y 10) y mujeres (23.3 y 9.2) de 12 a 19 años. No se observan tendencias claras asociadas a los grupos de edad de los hombres; en el caso de las mujeres sólo la obesidad parece aumentar conforme aumenta la edad. Para ambos sexos es mayor la presencia de sobrepeso que de obesidad, aunque los niveles de ésta tampoco son bajos, lo que implica la necesidad de programas preventivos para ambos padecimientos...”* (INEGI, 2009, p.143). Es importante percibir que en el grupo de adolescentes se especifica el principio de alguna enfermedad crónico-degenerativa, sea tal vez por genética o por la calidad de vida que llevan, la población de mujeres adolescentes tienden a desarrollar la obesidad en sus demás etapas, esta prevalencia se muestra en la tabla 6.

	Hombres		Mujeres	
Edad	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso	Obesidad
Total	21.2	10.0	23.3	9.2
12	22.1	10.7	21.0	7.5
13	24.9	8.8	23.8	7.0
14	18.4	13.2	24.7	9.1
15	22.9	7.4	23.9	11.7
16	17.8	8.2	22.1	6.5
17	21.7	9.8	20.6	10.9
18	17.0	9.3	24.2	11.5
19	24.7	14.2	22.3	10.3

Tabla 6. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población de 12 a 19 años por edad desplegada según sexo 2006 (INEGI, 2009, p. 143).

Nota: La prevalencia se refiere al número de personas de 12 a 19 años con sobrepeso por cada 100 habitantes del mismo grupo de edad. La ENSANUT 2006 mide el sobrepeso y la obesidad en la población de 12 a 19 años de acuerdo con las recomendaciones del Internacional Obesity Task Force (IOTF). Fuente: SSA, INSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, 2006.

El problema de sobrepeso y la obesidad en la población de niños y adolescentes es importante porque se desarrollan alteraciones biológicas y psicosociales que afectan el estado de salud a lo largo de la vida, *“en México, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus se encuentran entre las primeras causas de morbilidad y mortalidad en adultos, tanto en hombres como en mujeres y se espera que su prevalencia aumente en los próximos años debido al incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta y a la contribución del problema desde la etapa de la niñez y adolescencia”* (Romero, Velarde y Vázquez, 2008, p.520). Las personas que rodean al niño o adolescente, sobre todo los padres, deben considerar la atención temprana del problema, para prevenir el incremento y las futuras complicaciones asociadas al sobrepeso y la obesidad.

1.5.7 Evaluación médica

Según Rubio (2008) la evaluación médica que se realiza para detectar y atender el sobrepeso/obesidad se describe a continuación:

Antecedentes familiares de interés: se preguntará principalmente si existen antecedentes familiares de obesidad u obesidad mórbida, enfermedad cardiovascular prematura, diabetes mellitus y cáncer. La presencia de enfermedad

cardiovascular prematura será considerada un factor de riesgo que podrá modificar el riesgo calculado de morbilidad y mortalidad asociado a la obesidad.

Antecedentes personales: en cuanto a los antecedentes personales, se registrará:

- La presencia de cualquier enfermedad metabólica asociada a la obesidad.
- El año de su diagnóstico actual, en especial la presencia de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y dislipemia.
- La presencia de tabaquismo (factor de riesgo cardiovascular) y la toma de bebidas alcohólicas (que por sí solas pueden ser en ocasiones causa de obesidad).
- Se identificara la toma de fármacos de la persona.

Esto es con el objetivo de saber si existe o no la presencia de obesidad y así modificar la estrategia terapéutica para las enfermedades asociadas a la misma. Se registrarán todas aquellas situaciones de interés para evaluar el contexto en que se desarrolla la persona con obesidad:

- Limitaciones profesionales, familiares o interpersonales condicionadas por la obesidad.
- Situaciones personales que dificultan la realización de un tratamiento o la adopción de hábitos de vida saludables.
- Grado de apoyo externo y de motivación por parte de la persona.

Se hará una revisión por aparatos y sistemas para descartar complicaciones asociadas a la obesidad, así como causas de obesidad secundaria como síndromes genéticos, alteraciones neurológicas, alteraciones somáticas, trastornos de la visión, alteraciones hormonales, alteraciones por fármacos, abandono o hábito del tabaco, aumento de peso muy moderado o variable. Desde

la perspectiva médica también se indaga acerca de signos o síntomas de hipotiroidismo o diabetes mellitus tipo 2, síndrome de apneas del sueño, insuficiencia cardíaca o respiratoria o alteraciones en el ciclo menstrual que orienten al diagnóstico de síndrome de ovarios poliquísticos y/o sospecha de la existencia de un posible tumor en el cerebro.

Con relación a esto Katz (en Braguinsky, 1996) menciona que al evaluar a la persona con sobrepeso u obesidad, se investigue la posible presencia de trastornos clínicos asociados con el aparato digestivo, aparato cardiovascular, aparato respiratorio, aparato osteoarticular y aparato ginecológico, situaciones que se deben tratar con un médico especialista para realizar los estudios correspondientes y detectar alguna anomalía.

Entrevista clínica: se debe profundizar en la evolución de la obesidad: edad de inicio, evolución del peso (peso máximo y mínimo) y posibles causas desencadenantes (cambio de trabajo o de domicilio, estado civil, embarazo, lactancia, disminución del ejercicio, abandono de tabaquismo, cuadros ansioso-depresivos, ingesta de fármacos, etc.). También es preciso registrar los intentos de pérdida de peso, los tratamientos utilizados y su eficacia. Es importante conocer la percepción que tiene la persona del sobrepeso u obesidad y los posibles fracasos anteriores en relación al tratamiento, ya que las expectativas no realistas conducen a la frustración. Conocer todo el entorno relacionado con la alimentación, tener un registro alimentario de 24 horas, el número de comidas que se realizan, dónde se efectúan, con quién, el tiempo que se dedica a las comidas, presencia de hábitos compulsivos o costumbre de picar y sus preferencias alimentarias, son datos precisos para el tratamiento de la obesidad. En este apartado es importante descartar la presencia de trastornos en el comportamiento alimentario, especialmente el trastorno por atracón o la bulimia nerviosa. Los datos más importantes relacionados con el ejercicio serán aquellos que tengan relación con la actividad física cotidiana (caminar, subir o bajar escaleras, etc.), la actividad física programada (gimnasia, tenis, correr, etc.), así como también recabar

información en cuanto a las posibles dificultades que existen en la realización de cambios en el estilo de vida (limitaciones físicas, económicas, sociales, etc.).

Exploración física y estudios complementarios: la exploración física se dirige a observar el grado de obesidad y las consecuencias de la misma, se realizará una valoración de la presencia de signos vitales y se explorará la presencia de alteraciones óseas u osteoarticulares.

Evaluación de la adiposidad (IMC): la persona debe ser pesado sin zapatos y en ropa interior. Se procurará pesar siempre a la misma hora con una báscula de 100g. de precisión. A partir del peso y la talla se calculará el IMC (peso del individuo dividido por la talla al cuadrado (kg/m^2)).

Determinación del perímetro de la cintura: se calcula con una cinta métrica flexible, milimetrada, con la persona parada y relajada. Se debe localizar el borde superior de las crestas ilíacas (Figura 3) y por encima de ese punto rodear la cintura con la cinta métrica, de manera paralela al suelo, asegurando que la cinta esté ajustada sin comprimir la piel. Después se revisan los datos.

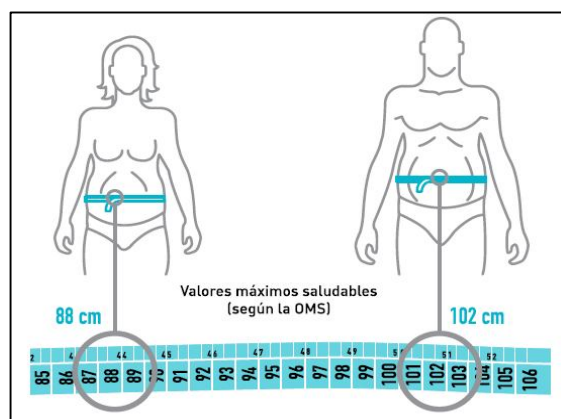


Figura 3. Medición del perímetro abdominal (Marzolo y Cuevas, 2010, p. 23).

En la práctica clínica diaria y en la mayor parte de los estudios epidemiológicos, la definición de la obesidad central se basa en el perímetro de cintura, tal y como se

ha comentado anteriormente. Posteriormente se realiza la determinación de la presión arterial.

Otras exploraciones complementarias: la solicitud de pruebas de laboratorio deben ser especificada por el médico y de forma individual. Se ha comprobado que con estas exploraciones complementarias la morbilidad asociada al sobrepeso y la obesidad se relacionan con diferentes alteraciones como la diabetes mellitus tipo 2, la dislipidemia, la hipertensión, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, el síndrome de apnea del sueño, algunos tipos de cáncer, alteraciones menstruales, la esterilidad y alteraciones psicológicas.

El desarrollo de una enfermedad crónico-degenerativa como el sobrepeso y la obesidad, se considera un problema de salud pública a nivel mundial que llega a presentar otras alteraciones relacionadas con el SM. Su etiología involucra aspectos genéticos, biológicos, ambientales y de calidad de vida que conducen a un trastorno. En el capítulo 2, el sobrepeso y la obesidad se enfocan a la construcción del significado de la obesidad a nivel social, cómo el tratamiento dispone la participación de un equipo multidisciplinar y cómo la psicología aplicada a la salud se integra a él. Su principal función es definir todas las conductas desadaptadas y promover conductas que mantengan un estado de salud y calidad de vida adecuados para la persona.

CAPÍTULO 2.

LA DIMENSIÓN PSICOSOCIAL DE LA OBESIDAD

Los países han logrado un desarrollo en escenarios como la tecnología y la economía, esta situación repercute también en las condiciones biológicas, sociales y psicológicas que contextualizan una enfermedad crónica como el sobrepeso y la obesidad. Su tratamiento debe implicar el trabajo de diferentes disciplinas, entre ellas se encuentra la dimensión psicológica aplicada a la salud.

2.1 La cultura y el significado de los alimentos

Actualmente en México se vive el curso de cambios a nivel cultural, social y económico, se puede decir que es un paso a la modernización; sin embargo dentro de estos cambios, se tienen que analizar los aspectos tanto efectivos como perjudiciales de ese bienestar. Un contexto relevante es la salud-enfermedad que se relaciona con la construcción de una calidad de vida poco saludable y las diferentes prácticas alimenticias en la población. En estudios recientes se ha observado que *“...la población mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes. Asociados a estos cambios se está observando un aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como es la diabetes y la obesidad, entre otros...”*, la costumbre de la alimentación no puede estar separada de la cultura porque son *“...los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables...”* (Fausto et al. 2006, p.92). Las preferencias de la alimentación son mediadas por la cultura y la sociedad, ejercidas a nivel individual y adoptan comportamientos específicos relacionados con el lugar, la edad y el género.

“En México la cultura alimentaria tiene un amplio mosaico de expresiones regionales y locales” (Fausto et al. 2006, p.93), pero actualmente se observan cambios en la dieta mexicana, relacionados con el fomento de la comida industrializada que incrementa el problema del sobrepeso y la obesidad, entre otros padecimientos.

Se han realizado estudios como el de Paul Rozin (en Bertran, 2010, p.53), en él describe que *“...las preferencias y las aversiones alimentarias muestran que hay características de orden biológico e innato (como el gusto por lo dulce y el rechazo a lo amargo), o psicológico, en la medida en que ciertos sabores pueden referir experiencias vividas...”*. Es importante señalar que el aprendizaje cultural llega a marcar el gusto por los alimentos, la distinción social a la que se pertenece o el anhelo por pertenecer a cierto grupo social; el individuo prefiere comer alimentos que lo incorporen a una sociedad moderna, un ejemplo son los productos industrializados. El significado de la comida se considera un elemento de unión y de convivencia, los tipos de alimento son una forma de identificarse y de pertenecer a un grupo, *“...la alimentación en el ámbito social se expresa en las normas sociales... que se manifiestan en qué, cómo, cuándo y con quién se come...”* (Bertran, en García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo, 2010, p.53). En nuestros días las normas tradicionales de alimentación ya no tienen validez porque la persona decide en qué momento realizar el acto de comer, las causas principales de esta situación son las diferentes obligaciones que realiza el individuo moderno y que favorecen el sedentarismo.

Otro ejemplo del significado alimentario es que *“México ocupa el segundo lugar a nivel mundial en el consumo de refresco per cápita, con cifras aproximadas de 150 litros por persona al año”* (Huesca, en Bertran, 2010, p.52). Se observa entonces, cómo las elecciones alimentarias son el resultado del proceso histórico donde se relacionan condiciones sociales, económicas y culturales. La necesidad que tiene el individuo de alimentarse, trae consigo un significado que se origina del contexto

y el desarrollo de un comportamiento a nivel de su salud. En la actualidad se manifiesta que la calidad alimentaria y la nutrición dan como resultado una serie de factores que se deben considerar, el más importante es el desarrollo de enfermedades como el sobrepeso o la obesidad, las causas y opciones preventivas son distintas por las características socioculturales. La obesidad no puede ser entendida sólo como un síntoma, sino como un proceso de construcción social donde los comportamientos que tiene un individuo que padece sobrepeso/obesidad se han convertido en una problemática (Solís, 2010).

2.2 La psicología aplicada a la salud en el caso de la obesidad

Los conceptos de salud y enfermedad desde una perspectiva psicológica se orientan hacia la conducta de un individuo cuando se ajusta o no a los cambios que acontecen en su contexto, y se desarrolla a nivel biológico y psicológico (Piña, 2008).

El estudio de la salud enfocado a nivel psicológico se inició después de la II Guerra Mundial, cuando los psicólogos empezaron a insertarse en el campo médico, enfocándose en el tratamiento y prevención de diferentes trastornos, pero en aquel momento los factores psicológicos no fueron tan importantes en la salud física. En los inicio del siglo XX, la psicología comenzó a estudiar la relación conducta-salud, utilizando conceptos psicológicos para hacer al individuo responsable de sus problemas de salud. Los primeros conocimientos de psicología en el campo de la medicina se impartieron a nivel universitario, se explicaba que en el proceso de la conducta de enfermar los factores sociales, conductuales, ambientales y biológicos eran importantes en el desarrollo de ciertas enfermedades que afectaban al individuo, Schofield acentúo *“...la necesidad de que los psicólogos se implicaran más en las enfermedades físicas, por cuanto los factores psicológicos jugaban un papel central en la etiología de la enfermedad, en la cooperación para el tratamiento y en la respuesta al tratamiento...”* (Joseph, Gierlach, Housley y Beutler, 2005, p.40).

Goldiamond (en Piña, 2003, p.69) señaló que *“...para restaurar el estado de salud que previamente tenía un individuo invariablemente hay algo que “eliminar” en su organismo... es mejor “dotar” al individuo de los recursos necesarios para que mantenga su estado de salud el mayor tiempo posible...”*. Como parte del tratamiento de la enfermedad y mantenimiento de la salud a nivel psicológico, nace formalmente la participación primordial de la psicología aplicada a la salud en Estados Unidos en los años setenta del siglo XX abordando la relación biológica, psicológica y social a nivel de atención, intervención y prevención de la salud (Piña y Rivera, 2006). En 1973 se forma un grupo de trabajo para la investigación enfocada a la salud llamada Asociación Psicológica Americana (APA), con el objetivo de *“...contribuir y entender la interacción entre variables conductuales y la enfermedad física...”* (Weiss, en Joseph, Gierlach, Housley y Beutler, 2005, p.40). Posteriormente se desarrollaron diferentes asociaciones que impulsaron y acreditaron el trabajo del psicólogo en el campo de la salud.

El desarrollo y la estructuración teórica de la psicología aplicada a la salud se da mediante diferentes modelos, Piña y Rivera (2006) refieren que el primero es el modelo biopsicosocial que engloba aspectos biológicos, psicológicos y sociales, se enfoca en la relación salud-enfermedad, proporciona conceptos y elementos que modifican la calidad de vida y facilita la comunicación entre las disciplinas involucradas. El siguiente modelo es conductual, supone que la serie de conductas que tiene un individuo es el objeto de estudio de la psicología así como la interacción de éste con el ambiente.

Con base a la personalidad de un individuo y su comportamiento, se plantean supuestos como la relación salud-enfermedad y sus variables a nivel biológico que son las reacciones que tiene el individuo internamente; y la sociocultural que es la relación que tiene el individuo con las situación de su medio, estos supuestos relacionan el comportamiento del individuo en diferentes situaciones donde se encuentran implicados objetos y eventos. Otro de los antecedentes de la psicología aplicada a la salud es el modelo que realza al psicólogo como

educador, el cual tiene como supuesto que la psicología aplica elementos teóricos y metodológicos para transferir el conocimiento a ámbitos no psicológicos.

Una de las teorías que desarrolla más ampliamente la dimensión psicológica aplicada a la salud, se desagrega en tres factores de acuerdo con Ribes (1990, p.20):

- 1) *“La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.”* Es decir que las interacciones conductuales influyen sobre los diferentes sistemas biológicos.
- 2) *“Las competencias que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.”*
- 3) *“Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.”*

En la modificación de los estados de salud se distinguen dos dimensiones, la primera es la medico-biológica que se refiere a la salud en términos de la enfermedad, acentuando las condiciones propias del organismo en el que se encuentra. La segunda es el socio-cultural que hace referencia al bienestar, la carencia de enfermedad y condiciones prácticas de vida, mostrando que el medio físico y las prácticas socio culturales son las responsables de alteraciones en la salud. Ambas dimensiones plantean prácticas efectivas de evaluación y prevención dependiendo de la calidad de vida individual. Es así que los supuestos del modelo psicológico aplicado a la salud los describe Ribes (1990) como:

- El proceso de salud-enfermedad depende de variables y factores biológicos del organismo que se desarrollan mediante acciones en el ambiente sociocultural.

- Los factores biológicos son las reacciones orgánicas que tiene el individuo formadas en su ambiente.
- Los factores socio-culturales son las características del individuo que se relacionan con los contextos de su ambiente.
- La dimensión psicológica entonces supone *“...que toda alteración del estado biológico del organismo es mediada frente al ambiente por la práctica social del individuo... en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implica la participación del individuo actuando. Esta es la dimensión psicológica enfocada a la salud...”* (Ribes, 1990, p.20).

Ribes (1990, p.29) planteó que *“...cuando un individuo actúa en una situación no lo hace “separado” de su cuerpo...”* porque las funciones del organismo regulan el comportamiento del individuo dando lugar a diferentes interacciones con el ambiente, si hay cambios en toda esta función, dará lugar o no, al desarrollo de una enfermedad.

“...Cuando con los modelos y los procedimientos psicológicos se pretenden entender, prevenir y/o rehabilitar el estado de salud-enfermedad de alguna persona, evidentemente no se está sustituyendo la práctica médica, sino cubriendo otras funciones de orden psicológico...” (Piña, 2008 p.24), es decir, que la situación biológica del individuo es un factor determinante y previo al diseño de las estrategias de intervención enfocadas a nivel psicológico, para esto se debe tomar en cuenta lo siguiente:

- a) *“Distinguir de modo muy claro entre “lo psicológico” y “lo biológico”.*
- b) *Identificar a qué categorías del modelo psicológico utilizado corresponden los términos de salud y enfermedad.*
- c) *Describir las relaciones funcionales entre “lo psicológico” y la salud y la enfermedad.*

d) *Justificar la pertinencia y viabilidad de la psicología en el cuidado de la salud y en la erradicación o disminución de enfermedades.*” (Piña, 2008 p.24).

La participación de la psicología se orienta hacia la prevención y disminución de enfermedades así como a la promoción de la salud. Interviene en el comportamiento de una persona en el proceso salud-enfermedad al aplicar distintas herramientas, es preciso iniciar con una evaluación para decidir el uso de métodos y procedimientos específicos para cada factor fisiológico, psicológico y cognitivo (Piña, 2008). El objetivo es intervenir en la relación de las conductas desadaptadas y el ambiente en diferentes contextos que afectan la condición de salud de la persona.

“Con base a las teorías que sustenta el desarrollo y estudio de la psicología aplicada a la salud, como una especialidad centrada –y esto es preciso subrayarlo- en la prevención de las enfermedades y en la promoción de la salud” (Holtzman, en Piña, 2003 p.72), es importante hacer hincapié en las conductas que el individuo tiene a partir de su propia historia y las opciones que obtiene del ambiente para lograr un mejor estado de salud. La psicología aplicada a la salud toma en cuenta definiciones enfocadas al estudio de la conducta, ideas, actitudes y creencias, con el supuesto de que los seres humanos son racionales y estos componentes regulan el comportamiento de las personas previo a/o durante el curso de una enfermedad (Piña y Rivera, 2006). Procurar un tipo de intervención para dotar al individuo de recursos que le permitan alcanzar un determinado nivel de capacidad y mantener su estado de salud el mayor tiempo posible, ocurre a través del empleo de procedimientos orientados a modificar ciertos comportamientos.

Estudios enfocados a la salud y enfermedades como sobrepeso y la obesidad, han reportado estados psicológicos. La psicología aplicada a la salud aporta el conocimiento del bienestar emocional en la salud física y se define *“...como las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la disciplina de la*

psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlaciones etiológicas y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunción relacionadas...” (Matarazzo, 1985, p.26). También especifica que las conductas que tiene el individuo y que repercuten en la calidad de vida se definen en dos tipos de acuerdo con Matarazzo (1985):

- **Los patógenos conductuales:** son conductas que favorecen el desarrollo de una enfermedad, por ejemplo, fumar, beber alcohol, sedentarismo, estrés, mala alimentación.
- **Los inmunógenos conductuales:** son conductas que reducen el riesgo de que el individuo padezca una enfermedad, por ejemplo las conductas para mantener un buen estado de salud son: dormir de 7 a 8 horas, desayunar todos los días, ingerir tres comidas al día sin picar entre ellas, mantener el peso corporal normal, practicar ejercicio físico habitualmente, usar moderadamente el alcohol o no beberlo y no fumar.

La conducta que se desarrolla como medio de ajuste también puede llegar a interponerse con la salud según Krantz, Grunberg y Gaum (en Joseph, Gierlach, Housley y Beutler, 2005), puesto que son arreglos biológicos que se presentan en situaciones psicosociales. El deterioro de la salud por hábitos y conductas negativas así como las reacciones de una persona ante la enfermedad son un ejemplo de ello.

Algunos objetivos importantes que debe llevar a cabo la psicología aplicada a la salud de acuerdo con Oblitas (2008, pp. 222 y 223) son:

- *Promoción de la salud:* son todas las acciones dirigidas a promover una calidad de vida saludable así como hábitos efectivos para la salud del individuo.

- *Prevención de la enfermedad:* modificar los hábitos que perjudican el estado de salud relacionados con el desarrollo de una enfermedad.
- *Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas:* el conjunto de las disciplinas enfocadas a la salud, entre ellos el psicólogo, diseñan el tratamiento más adecuado para intervenir, es un trabajo multidisciplinario.
- *Evaluación y mejora del sistema sanitario:* incluye todas las propuestas dirigidas a mejorar la atención sanitaria desde un contexto individual hasta social.

Este enfoque debe entenderse como un campo de actuación profesional en el que el psicólogo posee los conocimientos y competencias necesarias para cumplir con las funciones de evaluación, diseño, intervención y prevención, con el objetivo de aplazar la enfermedad y promover la salud, contando siempre con un modelo teórico y metodológico que permita plantear la hipótesis de intervención, tener los conocimientos que se requieren para evaluarla y qué tipo de intervención se necesita para conseguir el objetivo (Piña y Rivera, 2006). Los profesionales de la psicología tratarán con la salud, definirán con debida precisión qué hacer, cómo y porqué, mediante amplios conocimientos abordarán el problema de salud que tiene el individuo así como las circunstancias que presenta, es importante señalar que el psicólogo también aplicará sus conocimientos para transferir sus conocimientos a otros profesionales. Por eso es indispensable que el psicólogo disponga de herramientas que serán parte primordial de estudio de la dimensión psicológica aplicada a la salud tal y como originalmente fue planteado por Ribes (1990) será un conjunto de métodos y procedimientos que le permitan generar amplios conocimientos y un seguimiento adecuado.

2.3 Participación del psicólogo en el tratamiento de la obesidad

La participación del psicólogo en el tratamiento de la obesidad se debe enfocar concretamente en la interacción de la persona con su ambiente y los diferentes eventos que acontecen, refiriéndose siempre a la conducta individual construida a

través de su propia historia. Este proceso se vincula con el conocimiento científico y aplicado, un modelo que se basa en este supuesto es el propuesto por Ribes (en Rodríguez, 2003), en donde se describe la relación del modelo biológico y social con la conducta como mediador, la dimensión psicológica aplicada a la salud, identifica y estudia conductas que intervienen en el proceso de salud-enfermedad así como los efectos que tiene en la salud, para su prevención. El psicólogo debe definir su labor profesional mediante el sustento de teorías así como identificar su campo de aplicación, considerando la multidisciplinaria como enriquecimiento. Las bases propuestas para la aplicación del conocimiento psicológico enfocado a la salud son (Rodríguez, 2003):

- Definir el tipo de modelo que se desarrollará en el área a trabajar.
- Intervenir con el uso de procedimientos psicológicos para modificar el comportamiento individual que se reporta como problemática.
- Tener una metodología específica dependiendo de los objetivos.
- Disponer adecuadamente de los instrumentos que se aplicarán.
- Diseñar, planear y emplear estrategias de intervención preventivas en función del problema.
- Detectar y evaluar diferentes conductas así como tomar en cuenta los factores.
- Elaborar nuevas estrategias de acción profesional.

En el caso de la obesidad, considerada una enfermedad crónico-degenerativa, se requiere de evaluación, intervención y tratamiento, para obtener resultados favorables. El psicólogo se insertará a un equipo multidisciplinario donde debe mantener su actitud profesional para atender de forma adecuada la obesidad, a partir de indicaciones, objetivos y limitaciones del procedimiento a seguir. Definir la conducta problema requiere de una evaluación integral para identificar los antecedentes del padecimiento, causas, avance, implicaciones a nivel fisiológico y desarrollo de nuevas enfermedades, entre otros. El grupo multidisciplinario debe

conducir adecuadamente los objetivos del tratamiento a nivel biológico, psicológico y social, ya que son diferentes las actitudes y conductas previas y posteriores a la obesidad. No es adecuado enfocarse solo a bajar de peso, el objetivo primordial en la terapia debe guiarse a modificar las características que definen al individuo con obesidad, factores causales y de riesgo asociados, así como desarrollar herramientas adecuadas para su calidad de vida. Hay tres áreas principales de conductas a modificar que son:

Conducta alimentaria: el objetivo es mantener una dieta equilibrada que contribuya en la salud de la persona. El equipo multidisciplinario tiene que implementar actividades con el objetivo de orientar al individuo sobre una buena nutrición, desarrollar competencias que permitan adquirir, en forma progresiva, un mayor control sobre la conducta alimentaria que intentara mantener. *“La dieta es una de las herramientas más adecuadas a utilizar para lograr los cambios que requiere el tratamiento, por lo que debe ser personalizada, respetando los objetivos, hábitos sociales, laborales, gustos, religión y estrato socioeconómico”* (Grekin, 1997, p.27).

Actividad física: la actividad física es importante para lograr un peso estable, combinada con una dieta equilibrada cambia el metabolismo. Es importante efectuar una evaluación controlada de la capacidad física para detectar complicaciones que pudieran manifestarse durante el proceso del programa. Se deben dar indicaciones claras así como contar con la motivación y adhesión de la persona a las actividades, se puede organizar el trabajo individual o grupalmente, para mejorar la actitud.

Imagen corporal: el bienestar emocional y la autoestima, permiten que la persona mejore su capacidad física y percepción corporal. La metodología empleada para lograrlo considerará principalmente la historia de la persona, el contexto familiar, social y laboral en que se desenvuelve y el conocimiento detallado de los hábitos a modificar, por lo que debe brindar herramientas adecuadas para adaptarse a

nuevos escenarios. *“Uno de los objetivos fundamentales es quebrar las asociaciones adquiridas entre las señales ambientales y la ingestión de alimentos, modificando la conducta, de tal manera que permita controlar los estímulos y manejar el ambiente”* (Grekin, 1997, p.27).

La obesidad es un padecimiento complejo relacionado con factores ambientales que producen dos situaciones: las conductas a nivel psicológico del individuo y los factores del contexto que lo rodean (García, 2004). Las propuestas psicológicas aplicadas al tratamiento de la persona con obesidad se enfocan principalmente en cambios de la calidad de vida tales como el aumento de la actividad física, una disminución significativa y sostenida en el consumo de alimentos, así como modificación en los contextos donde el individuo interactúa.

2.4 Conductas del individuo con sobrepeso/obesidad

Las conductas que tiene un individuo con sobrepeso u obesidad se pueden abordar considerando relevante su etiología, que se caracteriza por factores cognitivos, afectivos y ambientales. En el caso de los factores cognitivos, se asume que la percepción del propio cuerpo es diferente para cada individuo y se define tanto física como socialmente. *“Las ideas sobre lo que es, lo que significa, su valor moral, el valor de sus partes constitutivas, sus límites, su utilidad social y valor simbólico... varían ampliamente de cultura a cultura y han cambiado dramáticamente en el tiempo. La palabra “cuerpo” puede entonces significar diferentes realidades o percepciones de la realidad”* (Synnott, en Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006, p.87). Una de las conductas problema que tiene la persona con obesidad, es la percepción de su cuerpo, ya que como consecuencia del incremento de peso, se pierde la forma y se desarrolla un sentimiento de protección hacia distintas amenazas. Friedman y colaboradores (en Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006) realizaron una investigación con la hipótesis de que la imagen corporal intervenía entre la obesidad y la angustia. Trabajaron con un grupo de hombres y mujeres que tenían obesidad. Los resultados arrojaron que la

insatisfacción de la imagen corporal en relación con el grado de sobrepeso, causa depresión y baja autoestima. El antecedente que utilizaron es que los individuos obesos que buscaban reducir peso demostraron alta prevalencia de angustia en comparación con individuos obesos sin tal interés.

En cuanto a la alimentación, las personas con sobrepeso u obesidad se refieren a ella como una protección, castigo o culpa. Voznesenkaya y Vein (en Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006) señalan que en ocasiones la ingestión de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre, sino con un malestar psicológico como aburrimiento, angustia o dificultad para resolver los problemas. La obesidad en este caso, se considera como consecuencia de un problema de ajuste psicológico y social (Lazarevich, en Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006). Es señalada socialmente y esto hace que el individuo se sienta discriminado trayendo consigo consecuencias como la baja autoestima y aislamiento. Diferentes trastornos también están implicados en la progresión de obesidad, es importante identificar dichas alteraciones de la conducta porque contribuyen a la etiología, mantenimiento o recaída de la enfermedad. Por ejemplo, en México, Gómez y Ávila (en Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006) señalaron, la relación entre la obesidad y la conducta alimentaria compulsiva, que es el trastorno más frecuente en individuos con obesidad.

Un estudio realizado por Shadle (en Alvarado, Guzmán y González, 2005), reportó que el estado emocional y el estilo de vida también son factores relacionados con la obesidad. Clava (en Alvarado, Guzmán y González, 2005, p.419) alude “...*que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desórdenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos, así como tristeza, infelicidad y depresión...*”

La autoestima es un importante factor que desequilibra a la persona cuando tiene obesidad. Goldberg (en Díaz, 2008, p.3) “...*menciona que una de las principales*

consecuencias de la obesidad, considerada de las más importantes es la pérdida de autoestima, lo cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla". Existen diferencias entre las sensaciones de apetito, hambre y saciedad. El hambre, generalmente es una sensación desagradable que induce a comer cualquier cosa, el apetito sólo incita a comer cosas especiales y la saciedad se consigue cuando el hambre es calmada. La obesidad es un problema que ha aumentado actualmente, enfrentarlo requiere adoptar nuevos hábitos que fomenten una calidad de vida saludable, así como afrontar efectivamente actitudes y problemas emocionales.

2.5 Calidad de vida de la persona con sobrepeso/obesidad

En la actualidad predominan las enfermedades crónico-degenerativas y el proceso de salud-enfermedad del individuo ha sufrido una gran transformación a lo largo de la historia debido al incremento de la demografía, el manejo de la tecnología y la disminución de labores físicas. Es vital conocer las condiciones de vida que tiene una persona, el progreso de otros padecimientos, las condiciones de su ambiente y las oportunidades para atender su salud, porque son los principales factores que determinan el riesgo de padecer una enfermedad. La calidad de vida se relaciona con la forma de vivir de cada persona, las conductas que tiene y cómo se realiza socialmente en situaciones específicas, es decir, su estilo de vida. Se ha sugerido que la familia, siendo un grupo de referencia primaria, es definitivo en el establecimiento del estilo de vida de cada uno de sus integrantes (Espinosa, 2004).

Al paso de todos estos cambios, el individuo ha desarrollado modificaciones en su estilo de vida, situación que indiscutiblemente repercutirá en su calidad de vida. *"...En la antigua Grecia se acostumbraba inculcar a los niños y jóvenes el principio de que para ser sanos debían efectuar actividad física que les permitiera fortalecer su cuerpo. Tenían muy claro que la manera de vivir podía cambiar el rumbo de las*

enfermedad, por lo que el estilo de vida-aunque no lo llamaran de esa precisa manera-era una herramienta..." (Pardío, en García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo, 2010, p.216). En la mitad del siglo XX, el concepto de calidad de vida comenzó a ser estudiado por la medicina, a partir de especificar el significado de salud y sus determinantes (Espinosa, 2004).

Después, el concepto de calidad de vida se fue modificando hasta que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la definió como *"la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses"* (Gómez, 2009, p.4). El significado involucra elementos de salud física, psicológica y social, así como el vínculo que hay entre el individuo y su medio. Desde la década de los 60 hasta la actualidad, es un concepto que se utiliza en diferentes ámbitos y comprende todas las áreas de la vida.

La calidad de vida es una definición psicosocial que se desarrolla desde la etapa temprana de la vida, los contextos sociales donde interactúa el individuo se relacionan con las conductas individuales. También se construye mediante la historia personal y los actos que realiza el individuo junto con otras variables (Pardío, en García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo, 2010), es decir, es la forma de vida individual o en grupo.

La calidad de vida también es ligada al conjunto de patrones conductuales que repercuten en la salud, estos son elegidos voluntaria o involuntariamente. Gómez (2009, p.5) define la calidad de vida como *"...la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les está negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas..."*. Para mantener una calidad de vida buena, se debe prevenir el desarrollo de alguna enfermedad así como promocionar hábitos saludables en cualquier situación en la que se encuentre la persona, integrando condiciones

objetivas de vivir. De esta manera la calidad de vida, al igual que la salud, se compara con el envejecimiento entendido como deterioro.

Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000, p.4) describen la calidad de vida en relación con la dimensión psicológica *“...como la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socioculturales y psicológicas de los individuos, estado que define el modo en que éstos se ajustan a las situaciones cotidianas en que su comportamiento, como modo de existencia práctica, tiene lugar, así como los resultados que dicho ajuste tiene sobre el ambiente y sobre el propio organismo...”*; todas las condiciones que intervienen en la vida de un individuo deben ajustarse y ser benéficas para alcanzar una calidad de vida persistente, tal es el caso de un individuo con sobrepeso/obesidad.

La dimensión psicológica enfoca la calidad de vida en la prevención y mantenimiento de conductas que promuevan la salud. Otro enfoque psicológico de la salud se ubica a nivel social y plantea que los grupos imponen el comportamiento a lo largo del desarrollo de un individuo mediante el conjunto de expectativas y demandas que debe realizar en relación con el grupo al que pertenece y los establece en cada situación donde el individuo participa. El ambiente se percibe y estructura con base en los criterios sociales que adoptan la forma de creencias, valores, hábitos y costumbres. La interacción familiar es esencial, puesto que la familia simboliza el grupo social ante el individuo, que le induce a la integración de normas y comportamiento, a base de acciones socialmente aceptadas. De acuerdo con Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2000, p.12), el individuo tiene que *“...ajustarse a las situaciones cotidianas de su existencia de un modo tal que los resultados de esos ajustes no afecten negativamente la salud biológica propia o de otros, y que tampoco altere las condiciones que definen su bienestar social...”*.

Robles (en Oblitas, 2004) enfoca la definición de calidad de vida a las enfermedades crónicas y terminales cuando menciona el cuidado que debe tener

una persona en su vida social, su actividad cotidiana, su salud e higiene pública. La calidad de vida en psicología es el conjunto de situaciones que tiene un individuo en su vida diaria, las cuales vivencia y se ve en la necesidad de efectuar cuando se enfrenta a problemas, como el desarrollo de una enfermedad en particular. Por consiguiente, se busca un estado de bienestar físico, psicológico y social, no solo la ausencia del síntoma.

Para que una persona tenga una calidad de vida positiva debe desarrollar diferentes conductas que van a incidir en su salud. Los beneficios de una calidad de vida adecuada se dan cuando se lleva a cabo actividad física, se disminuye el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco y drogas), se establecen horarios para alimentación y dietas balanceadas, además del respeto por los horarios de descanso. Es importante educar y desarrollar una calidad de vida más saludable, relacionada con la actividad de pares y redes efectivas de apoyo social (Gómez, Jurado, Viana, Marzo y Hernández, 2005).

Con relación a la calidad de vida de una persona con sobrepeso/obesidad, es importante la promoción de hábitos saludables que implica practicar comportamientos que mejoran la salud, se entiende que son las acciones realizadas por una persona que influyen en su bienestar. En la actualidad se conocen diferentes comportamientos relacionados con la salud, las principales actividades para mantener una adecuada calidad de vida son (Oblitas, 2008):

Practicar una actividad física: realizar una actividad física de modo regular como caminar es adecuado para prevenir el comienzo de una enfermedad o disminuir el grado de severidad cuando el individuo ya la presenta. Por ejemplo, los principales beneficios del ejercicio sobre la salud tienen que ver con la prevención de los problemas cardiovasculares, ayuda a controlar el peso y normaliza el metabolismo, también aporta beneficios psicológicos como la reducción de los efectos del estrés y la ansiedad.

Mantener una nutrición adecuada: una buena práctica nutricional es importante para lograr un estado saludable, ésta se caracteriza por una dieta equilibrada que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales, algunos hábitos recomendables son el aumento en el consumo de leche, verduras, frutas y alimentos de alto contenido en fibra; así como evitar la ingesta excesiva de alimentos como grasas, azúcares, dulces, harinas refinadas y evitar el consumo excesivo de alcohol.

Excluir emociones negativas: el más conocido es el Síndrome General de Adaptación de Selye (SGA) también denominado estrés, se presenta cuando una persona está en una situación estresante o bajo un estresor y debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que le resultan difíciles de realizar o satisfacer. Es decir, que el individuo al estar estresado, depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él o depende de las diferencias entre las demandas del medio, externo e interno, y la manera en que el individuo percibe que puede dar respuesta a esas demandas. El estrés desarrolla o mantiene conductas no saludables y emociones negativas, un individuo que viva bajo situaciones estresantes es más probable que incremente conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables. Los procesos de afrontamiento ante una situación, restablecen las conductas y recursos, es importante hacer frente al estrés y minimizar los efectos perjudiciales.

2.6 Características psicológicas de la persona con sobrepeso/obesidad

Las características psicológicas que puede tener una persona con sobrepeso/obesidad y la ponen en riesgo, se ubican principalmente a tres ámbitos que se describen a continuación:

2.6.1 Actividad física

Es importante hacer notar la diferencia de las definiciones entre actividad física, ejercicio y deporte, ya que dependiendo del grado de sobrepeso u obesidad que tenga la persona podrá realizar determinada actividad, siempre bajo la supervisión de un profesional.

La actividad física se define según la OMS como *“...cualquier movimiento producido por el músculo esquelético que resulta en un incremento del gasto energético...”* (Matsudo, en Bastos, González, Molinero y Salguero del Valle, 2005, p.145). La definición aduce que un individuo al no tener una actividad física cotidiana, no elimina las calorías consumidas, lo cual se va acumulando como tejido graso. Márquez, Rodríguez y Abajo, (2006, p.13) describen la actividad física como *“...la energía utilizada para el movimiento. Se trata, por tanto, de un gasto de energía adicional al que necesita el organismo para mantener las funciones vitales...”*, las actividades físicas que se pueden realizar cotidianamente son caminar, subir escaleras y hacer los quehaceres domésticos. Por otra parte, Vargas (2007, p.24) define la actividad física como el *“...conjunto de tareas motoras propias de una persona, realizadas como parte de su actividad doméstica, laboral, escolar y profesional...”*, son actividades cotidianas que realiza el individuo concebidas como movimientos corporales organizados.

El término ejercicio se describe como *“...movimientos diseñados y planificados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud...”* (Márquez, Rodríguez y Abajo, 2006, p. 13), un ejemplo de estas actividades son correr, hacer aeróbic y andar en bicicleta. Vargas (2007) describe el ejercicio como un proceso de entrenamiento que está destinado a desarrollar una condición física previamente definida y consiste en la repetición corporal de tareas físicas. Los ejercicios físicos logran un aumento en el rendimiento deportivo mediante el planteamiento de objetivos y un proceso de entrenamiento. Si el ejercicio físico se

realiza como competición y se rige por reglas determinadas, hablamos entonces de deporte.

La UNESCO define el deporte como “...*la actividad específica de competición en la que se valora intensamente la práctica de ejercicios físicos...*” (Salcedo, en Vargas, 2007, p.66), con el objetivo de que el individuo obtenga un progreso a nivel físico y psicológico para lograr un record, la superación de sí mismo y/o de su contrincante. El deporte es un sistema de competencias físicas enfocado a todo individuo, es también un sistema cultural que reconoce el progreso corporal al competir y ganar. El deporte es una actividad que favorece el trabajo físico, se define mediante reglas durante su práctica, su realización es sana para los participantes (Salcedo, en Vargas, 2007). La forma física que se obtiene al desarrollar cualquiera de las actividades mencionadas arriba, favorece en la salud de la persona.

Algunas de las alteraciones conductuales de una persona con sobrepeso/obesidad relacionadas con la ausencia de actividad física son:

Sedentarismo: se define como “... *la ausencia de la actividad física necesaria para que el organismo humano se mantenga en un estado saludable y lo ubica como un factor de riesgo y causa del incremento de la mortalidad, morbilidad y discapacidad en el mundo actual...*” (OMS, en Ramos, 2007, p.119), más en concreto, el sedentarismo se determina por los escasos movimientos en el individuo, situación que se torna un modo de vida y en consecuencia un comportamiento desfavorable para la salud. La inactividad física es un riesgo para la salud de la persona que tiene sobrepeso u obesidad, porque es el factor más importante que mantiene el padecimiento. Podemos ubicar dos factores que propician el sedentarismo, el primero de ellos se refiere a las comodidades de la vida moderna que fomentan el escaso movimiento de la persona en diferentes contextos, el segundo es la falta de organización del tiempo en la rutina para realizar una actividad física, situación que aumenta la probabilidad del tiempo de

ocio y promueve actividades como dormir, ver la televisión, utilizar videojuegos e internet, por mencionar algunas.

Ausencia de un proyecto de vida saludable: la falta de un proyecto de vida en general y saludable en particular se relaciona con la presencia de conductas identificadas como patógenos conductuales que proporcionan satisfactores a corto plazo; pero a largo plazo deterioran seriamente la salud. La falta de planeación para llevar a cabo un proyecto de vida saludable se caracteriza por la desorganización de actividades y horario, ausencia de información y participación activa en la promoción de una vida saludable así como la falta de motivación y presencia de emociones negativas para emprender acciones concretas enfocadas a conseguir un buen estado de salud y adquirir competencias necesarias para mantenerlo posteriormente.

2.6.1.1 Intervención hacia la promoción de actividad física

El estilo de vida activo promueve la salud, por lo tanto uno de los objetivos de la intervención psicológica será incorporar la actividad física como un hábito programado, siempre supervisado. Vargas (2007) sugiere algunas características para realizarla:

- Ejecutarla como parte de la vida misma en las diferentes actividades acostumbradas.
- No necesariamente es metódica ni dirigida.
- No busca aumentar el rendimiento, sólo realiza tareas para cumplir objetivos como el mantener la salud.

Al esbozar los objetivos específicos de la actividad física que realizará una persona con sobrepeso u obesidad, se considera a nivel cognitivo que el individuo aprenda a manejar adecuadamente situaciones que enfrenta en su contexto, a nivel motor que obtenga una adecuada formación física con base en la función de

su cuerpo y a nivel social que logre insertarse en su medio en forma activa y permanente (Albamonte, 1991). Tener un estilo de vida activo, una dieta balanceada y realizar una actividad física sencilla, previene la obesidad y el desarrollo de otras enfermedades. También proporciona bienestar en los estados emocionales y mejora la auto-percepción.

Para realizar una actividad física cotidiana se recomienda hacer ejercicios donde intervengan todos los grupos musculares durante 20 minutos tres veces por semana (Heyward, en Vargas, 2007). También se debe adaptar a cada persona, la intensidad debe ser moderada y conviene realizarla diario o casi todos los días con una duración de 30 minutos. Para la realización de actividades y ejercicios es importante consultar previamente a un especialista porque dependiendo del tipo e intensidad de la actividad mejorarán diversos componentes de la salud y la forma física (Márquez, Rodríguez y Abajo, 2006). Es necesario hacer notar que la duración de una actividad física que marcan los autores anteriormente citados, varía según el grado de sobrepeso u obesidad de una persona y el tipo de actividad física recomendada por el profesional de la salud.

Las actividades físicas recomendadas para que un individuo con sobrepeso u obesidad las practique son (Albamonte, 1991):

El ejercicio aeróbico moderado y continuo motiva los músculos y la actividad física, debe ser de intensidad suave, por ejemplo 20 minutos de trote lento o caminata. Para disminuir el sedentarismo se recomienda realizar una actividad física simple de acuerdo a un plan, donde se incluyen actividades como: hacer las compras a pie cerca de la vivienda, atenderse solo dentro del hogar, utilizar con mayor frecuencia las escaleras, caminar de vez en cuando, realizar diferentes actividades físicas invitando a la familia, si se tiene tiempo disponible, antes de desayunar y después de comer, se recomienda caminar ya que produce una sensación de bienestar, resistencia cardiovascular y elimina las tensiones.

Cuando una persona con sobrepeso u obesidad inicia una actividad física, es favorable comenzar lentamente; se debe tomar en cuenta llevar el propio ritmo, no competir con otros individuos con sobrepeso, obesidad o atletas; el comienzo de una actividad física puede ser caminar. Si falta el aire al realizar una actividad, es importante detenerse y reiniciar después, se sugiere caminar con ropa cómoda y con acompañantes en cualquier espacio, no intentar aumentar la velocidad y no comer mientras se camina, lo ideal es caminar lentamente entre 15 y 25 minutos entre 4 y 6 veces a la semana, se bebe agua antes, durante y después de caminar. Es básico llevar un reloj para controlar el tiempo total de la actividad física y el pulso, es importante consultar a un profesional de la salud antes de iniciar cualquier actividad.

Cuando la actividad física es correr, ésta mejora la respiración, la resistencia de piernas y músculos, circulación sanguínea y la postura corporal evita el sobrepeso y la obesidad, mejora aspectos psicológicos (nivel de autoestima, confianza, ayuda a combatir la depresión y las tensiones diarias), estimula la práctica de una vida sana y permite estar en contacto con la naturaleza.

En el caso de un adolescente con sobrepeso y obesidad, se puede resistir a realizar actividad física por su aspecto, ya que tiende a padecer discriminación y burlas por parte de sus compañeros en actividades deportivas en equipo, se percibe inhábil y en ocasiones manifiesta depresión. Es importante que toda la familia que rodea al adolescente con sobrepeso u obesidad, comprenda que su apoyo es necesario e importante durante el tratamiento, esta misma dinámica se recomienda llevar a cabo en casos de niños con sobrepeso u obesidad.

2.6.2 Hábitos alimenticios

En el estilo de vida sano, un componente primordial son los hábitos alimenticios, que se determinan por el tipo de alimentos, la disponibilidad de adquirirlos, la decisión de comprarlos y la intervención de factores a nivel social, económico y

cultural en el momento de consumirlos. Los estilos alimentarios se adquieren a partir del contexto de los individuos y se mantienen durante el desarrollo individual hasta transformarse en hábito. Cuando el hábito incluye alimentos o conductas que favorecen la ingesta excesiva de alimentos altos en grasa y con bajo contenido alimenticio, es menester del equipo de salud corregir esa costumbre.

Un hábito se define como “... *el modo de actuar adquirido por la práctica frecuente de un acto...*” (Botero, 2010, p.2), se entiende que los hábitos son conductas que se aprenden de la familia desde temprana edad, y es de gran relevancia enseñar hábitos saludables para la vida futura. En relación con lo anterior se define hábito alimenticio como “...*los alimentos que se consumen con mayor frecuencia, considerando las circunstancias en que se hace (cómo, dónde, cuándo, con quién)...*” (Botero, 2010, p.2). Todos los individuos nacemos con preferencias innatas de sabores, éstas se definen como conductas alimentarias, las cuales se van modificando por influencias sociales, culturales, raza, edad, educación y experiencias propias. Los cambios socioculturales observados en los últimos diez años, han repercutido en el contexto de los individuos que forman parte de una población con determinadas características económicas y geográficas, situación que ha deteriorado los hábitos alimenticios de las comunidades.

Actualmente el ritmo de vida ha cambiado la práctica alimenticia principalmente por el alto consumo de alimentos procesados, dentro y fuera de casa. El tipo de alimento, cómo se come, dónde se come, con quién se come, por qué se come y cómo se siente la persona al comer un alimento en específico; son elementos que se relacionan con la cultura y los diferentes significados que se crean al rededor de la alimentación, entre los cuales se encuentra satisfacer el hambre, nutrir al organismo, tener un físico deseado, prevenir enfermedades, proteger la salud, entre otros.

Cuando se tienen malos hábitos alimenticios desde la infancia, se tiende a desarrollar enfermedades crónicas entre las que destaca la obesidad. Los factores

que la desencadenan son el alto consumo de grasa, azúcar, sal, baja actividad física y herencia (Botero, 2010). Además del deterioro en la salud biológica, los hábitos alimenticios inadecuados pueden ser consecuencia o antecedente de alteraciones psicológicas. Vargas y Vázquez (en García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo, 2010) y Silvestri y Stavile (2005) describen algunas disfunciones características de una persona con sobrepeso u obesidad:

Diferentes trastornos de alimentación: se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria y por el tipo de hábitos alimenticios, por ejemplo bulimia, anorexia, trastorno por atracón, síndrome del comedor nocturno, entre otros.

Valor simbólico de los alimentos: muchos alimentos poseen además de sus nutrientes, un valor simbólico y emocional por estar asociados a recuerdos, situaciones, personas, etapas de la vida, entre otras situaciones. Cuando una persona no come alimentos adecuados a su dieta y come solo alimentos con valor afectivo y emocional, se está satisfaciendo una necesidad psicológica y no nutricional.

Evitación de situaciones deseables: la obesidad sirve como excusa ó justificación para interrumpir el logro de metas y objetivos de vida, justificar aislamiento social, evitar una vida afectiva en pareja y entrar a una nueva etapa de desarrollo.

La comida puede ser una vía de escape y una estrategia de evasión para no enfrentar problemas, de modo que comer también soslaya una situación incómoda y permite sentir alivio. Hay dificultad para identificar sentimientos y ponderar necesidades personales en comparación con las de terceros. Esta conducta no resuelve ni desaparece el problema, solamente mantiene la conducta de comer, para evitarlo.

Manifestaciones depresivas: una conducta que facilita la aparición y mantenimiento de la depresión es comer en exceso, es decir, algunas personas con ánimo decaído lo contrarrestan al consumir alimentos con alto contenido energético. Por otro lado, las personas obesas suelen estar insatisfechas con su imagen corporal, frecuentemente se aíslan del contacto social y establecen un círculo donde el comer se transforma en un acto privado de satisfacción. Diversas investigaciones han sugerido que los individuos con obesidad extrema experimentan mayor discriminación, por lo cual, un mayor grado de obesidad suele acompañarse de burlas y tiende a incrementar la depresión (Goodman, Dixon y Sánchez, en Vargas y Vázquez, 2010).

Ansiedad: la ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro y puede alcanzar niveles elevados. La mejor forma de reducirla es eliminar el peligro que la ha provocado, o incidir a nivel fisiológico. Algunas personas reducen la ansiedad comiendo y como consecuencia, aumentan de peso y generan preocupación, por lo que aparece de nuevo la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador.

2.6.2.2 Intervención hacia la promoción de hábitos alimenticios

Una vez que se ha evaluado la conducta y el contexto involucrados en hábitos alimenticios que favorecen la obesidad, hay condiciones para desarrollar la estrategia de intervención, que se orientara hacia los elementos seleccionados a partir de los datos obtenidos durante la evaluación. Dependiendo de la conducta blanco de intervención se elegirá la técnica.

Control de ansiedad: la ansiedad se concibe como el conjunto de respuestas a nivel motor, psicofisiológico y cognitivo que son provocadas por determinadas variables que anteceden a la conducta, estos pueden ser estímulos del ambiente o respuestas de la persona que funcionan como estímulo (Fernández, 1993). En este caso se tiene que evaluar el estilo de alimentación que tiene el individuo

mediante auto-registro diario sobre la cantidad ingerida, la calidad de los alimentos, la frecuencia del consumo, donde y cuando lo consume, y sobre todo los acontecimientos sociales y emocionales que influyen en la ingesta, también conocer si hay restricción alimenticia o seguimiento de una dieta. Junto con el control de la ansiedad se trabaja el desarrollo de habilidades para afrontar dichas situaciones y manejar adecuadamente el estrés.

Habilidades de afrontamiento: aprender a afrontar los problemas cotidianos evitando que la comida sea parte de una protección y resolverlos sin recurrir a actitudes que perjudiquen la salud, modificar las relaciones sociales así como mejorar la expresión y comunicación de las emociones.

Manejo efectivo del estrés: es la adquisición de habilidades para enfrentar de forma activa las situaciones estresantes que pueden provocar recaídas.

2.6.3 Percepción corporal

La percepción corporal también conocida como imagen corporal se define “...como la manera en que una persona se percibe, piensa, siente y actúa respecto a su propio cuerpo... se trata de un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones así como los comportamientos derivados de estas cogniciones y sentimientos...” (Raich, en Pérez, Gastañaduy, Portugal, Sánchez y Rodríguez, 2007, p.1). Se entiende que es la forma del cuerpo que cada persona tiene mediante un significado en particular. Silvestri y Stavile (2005, p.8) mencionan que “...la imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real... y según Slade se define como la representación que se tiene del tamaño, contorno y forma del cuerpo así como el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas...”. En las definiciones anteriores hay un concepto muy importante

que resalta la percepción que tiene el individuo de su propio cuerpo y que se construye con base en factores internos y externos que experimenta el individuo en su vida. Por otra parte, en una definición más general se describe la percepción corporal como “...una construcción de género y su significado difiere de hombres y mujeres...” (Smolak y Stein, en Marrodán et al. 2008, p.23). La percepción, evaluación, valoración y la vivencia del propio cuerpo están relacionadas con la personalidad del individuo, ésta se va construyendo por las diferentes etapas de la vida y las experiencias que la persona tiene.

La insatisfacción corporal desencadena conductas de riesgo como depresión, pensamientos obsesivos, preocupaciones, deterioro social y laboral, así como disgusto hacia el propio cuerpo, vestir ropa inadecuada, evitar determinado tipo de prendas, evitar el contacto físico, dejar el arreglo personal y evitar situaciones donde el cuerpo quede expuesto ante los demás, conduciendo al aislamiento (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007 y Pérez, Gastañaduy, Portugal, Sánchez y Rodríguez, 2007). Las alteraciones psicológicas más frecuentes en la percepción corporal de una persona con sobrepeso u obesidad son:

Problemas sexuales: se han realizado investigaciones que han tratado la presencia de problemas sexuales en las personas con sobrepeso/obesidad, como la dificultad para conseguir una posición, menor frecuencia en la actividad sexual y deterioro de la autoimagen.

Imagen corporal distorsionada: según Zukerfeld (en Silvestri y Stavile, 2005) la imagen corporal definida como la representación del propio cuerpo se realiza a nivel de forma, contenido y significado. La forma es la percepción que tiene el individuo de cada parte de su cuerpo en cuanto a su tamaño y movimiento, entre otras características, el contenido son las sensaciones que tiene la persona al percibir algo en su cuerpo y el significado es el concepto que construye la persona de su cuerpo. “La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, autoestima y al sentimiento de sí o identidad” (Quiles, en Silvestri y Stavile, 2005,

p.9). El individuo con sobrepeso/ obesidad tiene distorsión en cuanto al tamaño corporal y puede estar insatisfecha y preocupada con su apariencia física.

Con respecto al significado en la sociedad actual, la persona que tiene sobrepeso/ obesidad es juzgada físicamente y eso le lleva a desarrollar una imagen corporal negativa cuyas características son: preocupación, estrés por la apariencia, timidez, vergüenza en situaciones sociales, incomodidad y angustia, alteración de la imagen corporal, así como presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales y con la exactitud del tamaño corporal de determinadas partes del cuerpo. En los casos donde existen alteraciones de la imagen corporal, los síntomas se presentan en cuatro niveles de respuesta que tiene el individuo cuando se enfrenta a situaciones en las que es observado. A nivel fisiológico se dan respuestas como el sudor, temblor y dificultades para respirar, a nivel conductual se da la evitación, a nivel cognitivo se dan conductas de preocupación, creencias irracionales, distorsiones perceptivas, auto verbalizaciones negativas sobre el cuerpo, insatisfacción, asco, vergüenza y tristeza (Rosen, en Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007).

Formación de la imagen corporal negativa: en la formación de la imagen corporal negativa influyen los siguientes factores (Salaberria, Rodríguez y Cruz, 2007):

- Sociales y culturales: proponer un ideal estético que se relaciona con la autoestima, el atractivo y la competencia personal. La presión cultural sobre la mujer hacia la delgadez y en el hombre la fuerza asociada a potencia muscular.
- Modelos familiares y amistades: el modelado de figuras importantes como son los padres y comentarios negativos sobre la forma del cuerpo.
- Características personales: la baja autoestima, la inseguridad, las dificultades en el logro de la independencia y los sentimientos de incapacidad.

- Desarrollo físico: cambios en la pubertad, el desarrollo precoz o tardío, el IMC y las características del cuerpo.
- Otros factores: obesidad infantil, accidentes traumáticos, enfermedades, víctima de abuso sexual, haber fracasado en alguna actividad física y experiencias dolorosas con el cuerpo, entre otras.

Todos estos factores dan lugar a la construcción de la imagen corporal que incorpora actitudes, ideas, percepciones y emociones sobre el propio cuerpo de tipo negativo o positivo, las cuales pueden mantener el trastorno.

Existen creencias culturales acerca de la percepción corporal como los efectos que en el cuerpo tiene la alimentación, la estética que expresa y entabla la relación social, en ciertas poblaciones la obesidad en las mujeres es símbolo de reproducción, en cambio la delgadez puede significar un control al realizar una actividad física y alimentarse. Un cuerpo inaceptable socialmente es motivo de fracaso, malestar y falta de autoestima (Bertran, en García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo, 2010). Todas estas ideas implican que el sobrepeso y la obesidad no se reconozcan como un problema de salud y solo se quede como un ideal estético que todos deben tener.

Con relación a lo anterior Bertran (en García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo, 2010) realizó una investigación donde señaló que a la población mexicana le preocupa el peso por cómo se ve, más que por el riesgo de padecer una enfermedad; incluso cuando las personas se refieren a la salud, lo expresan como el ideal de una imagen y de un cuerpo saludable. Es decir, la salud no necesariamente es la ausencia de enfermedad, sino la expresión de una imagen corporal. La imagen, la estética y el cuerpo delgado como un cuerpo sano es la motivación para perder peso con rapidez más que de manera saludable.

En otra investigación realizada por Morán, Cruz e Iñarritu (2007), el objetivo fue valorar el estado de nutrición en una muestra de estudiantes de la Facultad de Medicina, utilizando el Índice de Masa Corporal (IMC) y el instrumento Percepción

de la Imagen Corporal (PIC) que evalúa la forma y tamaño del cuerpo. El diseño fue transversal y se estudió un total de 817 universitarios. El índice de masa corporal se calculó con los datos señalados por el estudiante. La imagen corporal percibida se obtuvo pidiendo al estudiante seleccionara la figura que, según su percepción, correspondiera a su imagen corporal actual, de entre nueve siluetas diferentes para hombres y mujeres. Entre los resultados se encontró que el estilo de vida de los alumnos no se ha modificado significativamente, aunque permanece el sexo femenino como el de mayor riesgo a desarrollar sobrepeso y obesidad. *“La imagen corporal es un concepto mental que tiene el individuo de sí mismo, relacionado con la tasa de crecimiento y el cambio en las proporciones del cuerpo. Varias investigaciones han puesto en claro la importancia de la alteración de la PIC como un factor de riesgo para trastornos de la conducta alimentaria. Para poder determinar si una persona tiene una imagen corporal que corresponde a sus dimensiones reales pueden utilizarse modelos anatómicos que muestran diferentes rangos de IMC”* (Madrigal, en Morán, Cruz e Iñarritu, 2007, p.77).

2.6.4 Intervención hacia la promoción de una percepción corporal sana

A nivel cognitivo se producen actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones del cuerpo por su tamaño, peso y forma. Por lo tanto se desarrollan pensamientos y creencias que el individuo presenta respecto a su propio cuerpo, lo que incorporan experiencias de placer o insatisfacción.

La intervención se orientará entonces, a favorecer objetivamente las percepciones positivas. La percepción corporal se evalúa mediante tareas de observación y selección de un estímulo que iguale el tamaño, peso y forma del cuerpo en su totalidad y sus partes.

Fomento de autoimagen positiva: se trabaja en la distorsión negativa que tiene la persona en cuanto a su percepción corporal, ya que se crea una imagen negativa del cuerpo o de algunas partes en específico que repercuten en autoestima y hábitos alimenticios.

Reestructuración cognitiva: el objetivo es modificar pensamientos pasivos a pensamientos activos para adquirir responsabilidad en el tratamiento que se emprenderá. También se modificarán los pensamientos distorsionados a pensamientos adaptativos, principalmente de la condición física, hábitos alimenticios y peso.

Terapia racional emotiva: con la intención de identificar y modificar los pensamientos automáticos irracionales por pensamientos más realistas y efectivos.

Actualmente se está creando una sociedad denominada como “*obesogénica u obesofobia*” en donde las personas con este padecimiento presencian una serie de situaciones negativas que traen consecuencias a nivel individual, entre ellas, una insatisfacción con su percepción corporal. El desarrollo de una imagen corporal es una labor intelectual y emocional que el individuo debe llevar a cabo conforme se va desarrollando físicamente, es propia y no precisamente debe ser igual al de los demás.

La participación de un psicólogo en el tratamiento de la obesidad se dirige a la modificación de conductas problema, el objetivo primordial es que el usuario adquiera las herramientas necesarias para fomentar un buen estado de salud y calidad de vida. Por consiguiente en el capítulo 3 se abordará el proceso de evaluación-intervención psicológica dirigida a personas con un Índice de Masa Corporal (IMC) de sobrepeso/obesidad esbozando las fases de la evaluación psicológica y ejemplificando diferentes técnicas a utilizar en ciertos casos.

CAPÍTULO 3.

CONSIDERACIONES EN EL PROCESO EVALUACIÓN-INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Es importante que el tratamiento diseñado por el equipo multidisciplinario para una persona con Índice de Masa Corporal (IMC) de sobrepeso/obesidad, considere las diferentes variables involucradas en esta alteración de la salud. Para iniciar con el tratamiento, el psicólogo planea y desarrolla cada fase. Este proceso involucra una primera etapa de evaluación, después se plantean los objetivos del programa a trabajar y se eligen las técnicas adecuadas al caso, siempre en un proceso congruente para obtener resultados favorables.

3.1 La evaluación psicológica perfilada a individuos con sobrepeso/obesidad

La evaluación psicológica es un proceso estructurado que tiene como propósito la obtención de información por medio de distintas metodologías y herramientas, útiles para la toma de decisiones. Incluye la consideración de variables específicas del individuo, de su ambiente y de la relación entre ellos. En cuanto a los instrumentos de medida, deben presentar ciertas características que justifiquen la confiabilidad de los datos obtenidos. La evaluación psicológica debe respetar una ética que lleva a decidir las técnicas a utilizar en todo el procedimiento. El objetivo es elegir y evaluar la mejor intervención, que tiene como objetivo prevenir y/o controlar el padecimiento mediante la modificación de conductas desadaptadas. El individuo debe desarrollar estrategias de enfrentamiento y eliminar comportamientos de riesgo para la recuperación y mantenimiento de su salud. El proceso de evaluación, además de adecuarse a las condiciones del individuo, debe hacerlo también a las características del ambiente, es importante la elección de instrumentos adecuados a la problemática del usuario. La evaluación psicológica es un proceso indispensable en la toma de decisiones sobre el

diagnóstico y tipo de tratamiento necesario, debe estar bien planeado para evitar riesgos durante la intervención (Nunes, García y Alba, 2006).

Como señalan Belar y Deardorff (en Nunes, García y Alba, 2006, p.154) “...*el tipo de servicio ofrecido, el objetivo del profesional, así como el área de actuación de éste son algunas de las variaciones que influyen directamente la manera como el psicólogo dispondrá su protocolo de evaluación psicológica...*” toda la información acerca del proceso que ha tenido el individuo con base a su enfermedad también es importante. Para llevar a cabo una evaluación psicológica enfocada en la salud se describen las metas a seguir:

- **Metas biológicas:** evaluación de procedimientos médicos.
- **Metas afectivas:** evaluación de los sentimientos del individuo con respecto a la enfermedad y su tratamiento.
- **Metas cognitivas:** conocimiento del individuo sobre la situación de su salud, enfermedad, y concepto.
- **Metas de comportamiento:** hábitos de riesgo o protectores y estilos de afrontamiento frente al tratamiento y la enfermedad.

La evaluación propuesta también debe tener en consideración el contexto social y familiar que rodea al individuo, con el objetivo de definir el tipo de evaluación e intervención más específica. Para esto Phares y Trull (2000) señalan los diferentes niveles de intervención que se pueden elegir con base en la evaluación psicológica previa, estos son:

- **“Prevención primaria:** ...*contrarrestar las circunstancias dañinas antes de producir una enfermedad*” (Caplan, en Phares y Trull, 2000, p.441), se modifican situaciones del ambiente y a nivel social así como las conductas que afectan la salud.

- **“Prevención secundaria:** *...acometer los problemas cuando aún se pueden manejar, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención”* (Caplan y Sanford, en Phares y Trull, 2000, p.441), es la intervención y desarrollo del tratamiento del padecimiento.
- **“Prevención terciaria:** *...reducir la duración y los efectos negativos de los trastornos mentales después de su ocurrencia”* (Phares y Trull, 2000, p.441), es la prevención para futuras complicaciones.

La intervención se da a nivel individual, grupal, familiar y comunitario (García, Piqueras, Rivero y Oblitas, 2008). La psicología aplicada a la salud reconoce que el ser humano se encuentra en permanente cambio en consecuencia de la variación de factores orgánicos, ambientales, psicosociales y ha enfatizado cada vez más su papel activo en el proceso de salud-enfermedad. Durante la evaluación, en el caso de un individuo con sobrepeso y obesidad, se observan todas las conductas que se relacionan con el trastorno y que influyen en su calidad de vida. Con esta información se plantean los objetivos, el procedimiento a seguir y se establece un programa de intervención adecuado para el trastorno.

La obesidad aparte de ser un padecimiento a nivel físico, también es un problema a nivel psicológico y social que afecta emocionalmente en la calidad de vida y las habilidades sociales, por mencionar algunas. Es así que el programa a implementar debe establecer las técnicas que ayuden a dotar al individuo de habilidades que le permitan identificar y controlar su propia conducta, mejorar los hábitos de alimentación y los niveles de actividad física. Se especifican diferentes conductas que desarrolla un individuo con sobrepeso u obesidad, las cuales pueden evaluarse e intervenirse con el objetivo de prevenir y mantener una buena salud. Wadden y Stunkard (en Vázquez y López, 2001, p.93) proponen *“...tres mecanismos fisiopatológicos para este abordaje: 1) la obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos; 2) puede ser un síntoma de otras condiciones*

patológicas y 3) puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas...”, las condiciones del ambiente en el que se desenvuelve una persona influirán en la percepción y función de su propio bienestar psicológico, físico y social, esto puede suceder en casos de persona con diagnóstico o padecimiento de una enfermedad crónico-degenerativa como el sobrepeso o la obesidad.

La intervención de la psicología aplicada a la salud, por medio del papel del psicólogo, permite al individuo entender y asumir la condición crónica de su enfermedad, así como las alteraciones que acontecen y que requieren de cuidados específicos, para evitar una alteración emocional y psicológica tanto en el individuo como en su familia, la cual se ve afectada por el padecimiento cuando se involucra en el problema (Branon y Feist, 2001).

El psicólogo enfocado a la salud consigue (Olvera y Soria, 2008, p.152):

- 1) *“La identificación precoz de personas en situación de riesgo definido en términos psicológicos, de comportamiento y socioculturales.*
- 2) *El desarrollo de programas efectivos de promoción de conductas saludables, considerando particularmente las cuestiones ambientales a las cuales normalmente se somete el individuo.*
- 3) *La investigación, el entendimiento y la intervención en cuanto a los factores que permitan una buena calidad de vida para personas portadoras de enfermedades crónicas.*
- 4) *La inclusión imprescindible de la perspectiva de realizar estudios e intervenciones en el campo comunitario y de salud pública en los esfuerzos de la psicología de la salud.*
- 5) *La necesidad urgente de enfocar los problemas de salud desde una perspectiva global.”*

Cuando el psicólogo logra desarrollar de manera eficiente y eficaz sus aptitudes en la evaluación e intervención del problema, puede llegar a cumplir con todos los

objetivos planeados, si es necesario reorganizar un nuevo programa tiene la capacidad de describirlo, siempre y cuando también se vincule el interés entre el psicólogo-usuario y el equipo multidisciplinario.

3.2 Fases del proceso de evaluación psicológica

El propósito de la evaluación psicológica es identificar los factores biológicos, psicológicos y sociales que son causa o consecuencia del sobrepeso/obesidad, con el objetivo de planear y desarrollar una propuesta de tratamiento. Lo que interesa identificar son dos factores: aquellos que pueden ser los causantes del sobrepeso o la obesidad y los que son consecuencias de ésta, en la obesidad, ambos factores están muy relacionados (Vargas y Vázquez, en García, Kaufer-Horwitz, Pardío y Arroyo, 2010).

Es así que la evaluación conductual se lleva a cabo por tres principales fases señala Godoy (en Caballo, 1991, p.91):

- a) *“Selección y descripción de las conductas problema.*
- b) *Selección de las técnicas de intervención con las que se incidirá sobre las conductas descritas en el paso anterior.*
- c) *Valoración de los efectos producidos por la intervención realizada.”*

Una cuarta fase que también interesa es la elección de los objetivos para llevar a cabo el tratamiento.

A continuación se describe cada fase del proceso de evaluación-intervención que el psicólogo enfocado a la salud puede ejecutar en casos de personas con sobrepeso/obesidad tomando como referencia las descritas por el autor Godoy (en Caballo, 1991). Es imprescindible distinguir que el psicólogo se encontrara ante un reto que es diseñar y proyectar una intervención objetiva para resolver lo mejor posible el problema junto con el usuario.

3.2.1 Primer contacto con el usuario

Para empezar a evaluar una enfermedad crónico-degenerativa como el sobrepeso u obesidad, es importante iniciar con una entrevista clínica para conocer todos aquellos datos básicos relacionados con el trastorno. En la primera entrevista se indagan los antecedentes tanto personales como biológicos y se revisan ámbitos (físico, psicológico, cultural y familiar) asociados al trastorno. Es preciso tomar en cuenta los conceptos que tiene la persona de la obesidad, algunas preguntas que se pueden realizar durante la primera entrevistas son (Kleinman, en Vázquez, 2004, p.139):

1. *“¿Qué es lo que considera que ha causado la obesidad?”*
2. *¿Cuándo empezó la obesidad y por qué cree que empezó en ese momento?*
3. *¿Qué efectos tendrá la obesidad sobre usted?*
4. *¿Qué tan mala cree que es su obesidad? ¿Cree que durará mucho tiempo o que mejorará pronto?*
5. *¿Qué tipo de tratamiento le gustaría tener?*
6. *¿Cuál es el resultado más importante que espera tener con el tratamiento?*
7. *¿Cuáles son los problemas más importantes que le ha causado la obesidad?*
8. *¿Cuál es el mayor temor que tiene acerca de su obesidad?”*

En la primera entrevista se debe sostener un diálogo tranquilo y no autoritario, una actitud empática y escuchar con atención, se deben establecer ciertas normas que se llevarán durante las sesiones, entre ellas respetar el horario establecido. Se debe empezar a establecer un vínculo con la persona y comentar que la consulta psicológica es un espacio donde se escucharán comentarios, inquietudes, dudas y sentimientos. El psicólogo planeará las sesiones con un programa específico encaminado a favorecer la modificación de ciertas conductas definidas con base a los datos obtenidos durante las entrevistas (Paz y Cuevas, 2010). Es importante

propiciar la alianza terapéutica y adherencia al tratamiento, esto permite al psicólogo comprender mejor lo que la persona piensa de la enfermedad y guiarlo para abordar el problema (Vázquez, 2004), de esta manera la participación del usuario y del psicólogo durante el tratamiento, será activa y encaminará a cumplir los objetivos propuestos.

3.2.2 Identificación de la adherencia terapéutica

La evaluación de la motivación es fundamental para establecer un contrato con el objetivo de desarrollar el tratamiento lo mejor posible. El psicólogo deberá trabajar con la persona en el sostenimiento y aumento de la motivación, haciendo hincapié en la necesidad y beneficio para alcanzar los objetivos satisfactoriamente.

Para evaluar la motivación que tiene la persona al iniciar el tratamiento, es importante identificar inquietudes o resistencias. Prochascka y DiClemente, (en Glanz, Rimer y Viswanath, 2008, p.98) propusieron un modelo que llamaron Transteórico donde ubica al individuo en niveles de motivación, previos a la toma de acción para el cambio conductual (tabla 7).

1.Precontemplación	No hay intención de cambio.
2.Contemplación	Hay conciencia de los problemas, se piensa en ellos, pero no hay intención de cambiarlos.
3.Preparación	Existe la intención de cambiar, pero no lo ha hecho en el último año.
4.Acción	Se cambian conductas, actitudes, experiencias o el entorno para superar el problema.
5.Mantenimiento	Ya se han modificado las conductas, se previene recaídas y se consolidan los logros.

Tabla 7. Modelo transteórico y etapas de cambio de Prochascka y DiClemente (en Glanz, Rimer y Viswanath, 2008, p. 98).

El psicólogo debe examinar las razones que tiene la persona para bajar de peso y sus expectativas, esto incluye evaluar el peso, los cambios en la salud y el estado psicológico (García, 2008). También se debe averiguar cómo se ve la persona,

cómo imagina llegar a su mejor peso posible, por qué no lo tiene y el impacto del sobrepeso en su vida. A partir de esto se evalúa la vida cotidiana en la cual está inmerso, la imagen corporal, sus justificaciones para llevar a cabo un tratamiento, cuánto está dispuesto a invertir en el tratamiento y cuál es el costo para el individuo ¿es fácil, es difícil, es un sacrificio o un esfuerzo?, además es relevante evaluar el entorno social de la persona como la familia, amigos y compañeros de trabajo, observar el conocimiento que tiene la persona acerca del sobrepeso y la obesidad, evaluar la actitud hacia la actividad física y la disponibilidad de horario para llevar adelante el tratamiento así como los obstáculos y/o excusas para realizarlo (Paz y Cuevas, 2010). Algunas de las posibles preguntas que se pueden realizar al respecto son (Gil, 2008, p.25):

- *“¿Cuáles son las razones y qué lo motivan para bajar de peso?”*
- *¿Cuál es el grado de disponibilidad del paciente para someterse a un largo período de reducción de peso en este momento de su vida?*
- *¿Qué piensa su familia/entorno acerca del tratamiento que va a emprender?*
- *¿Cuál es la actitud actual que tiene para realizar un compromiso de por vida para cambiar comportamiento/ hábitos/ estilo de vida?*
- *¿Qué factores fueron los responsables de los fracasos o logros previos en la disminución del peso o en el mantenimiento de un peso saludable?*
- *¿Tiene el paciente conciencia de enfermedad? ¿Percibe los peligros de la obesidad, cuáles son los más significativos para él?*
- *¿El paciente está dispuesto a realizar actividad física como parte del tratamiento?*
- *¿Está dispuesto el paciente a invertir el tiempo necesario para interactuar con los profesionales en una terapia interdisciplinaria de disminución de peso?*
- *¿Cuáles son los obstáculos que pueden interferir con la incapacidad del paciente de implementar las sugerencias para cambiarlo?”*

Mediante la evaluación multidisciplinaria se conocerá si el usuario está dispuesto o no a seguir el programa de tratamiento propuesto y brindarle la confianza de expresar el obstáculo que no le permite seguir.

3.2.3 Detección de expectativas de la consulta

El psicólogo debe indagar los motivos por los cuales la persona asiste a la consulta. Es importante conocer con exactitud y de forma completa las conductas que causan problema al individuo así como especificarlas, no solo se debe tomar en cuenta los primeros problemas que expresa la persona, sino seguir examinando otras conductas que pueden tener gran relevancia en el diseño del programa a implementar (Godoy, en Caballo, 1991). Algo recomendado es pedir a la persona que *“...ponga ejemplos del problema del que se queja, o de cosas que deberían ocurrir para que ese mejorara...”* (Nelson y Hayes, en Godoy, 1991, p.92). Por su parte Lazarus (en Godoy, 1991) propone que el individuo señale tres cosas las cuales su vida podría mejorar. Toda esta búsqueda es importante porque permitirá detallar el posible problema (s) a modificar y que influye en el aspecto particular así como en los diferentes contextos de la persona.

3.2.4 Delimitación de la(s) conducta (s) problema

Hay dos tipos principales de conductas problema que son el eje del análisis, las quejas y las demandas, que se relacionan con el motivo de consulta. Las quejas se refieren a conductas que causan problemas, en particular se consideran deficientes y se quieren eliminar. Las demandas se describen como la adquisición de recursos en forma positiva, sin embargo no siempre coinciden con la eliminación del problema. En una evaluación, lo que el individuo distingue como un sentimiento molesto se define como respuestas a nivel motor, cognitivo y fisiológico. Una conducta se describe como *“exceso o déficit”* con parámetros de frecuencia, duración o intensidad con la que ocurre. Si la conducta problema propuesta por el psicólogo se aleja de lo expresado por la persona, es porque el

psicólogo comienza a desarrollar su labor con base a las conductas relacionadas así como también pueden aparecer otros comportamientos importantes que dependen de la misma y que es necesario tratar. No se trata solo de eliminar la conducta, sino de dotar a la persona de herramientas con las que mejorará su calidad de vida (Godoy, 1991). El objetivo del psicólogo es definir las conductas problema, categorizarlas a nivel motor, cognitivo y fisiológico, plantear el objetivo y el posible tratamiento para intervenir proporcionando los recursos necesarios.

3.2.5 Selección de instrumentos de evaluación

El termino instrumento de evaluación “...se refiere a todos los elementos de un sistema de adquisición de datos de la evaluación psicológica...” (Fernández, 1993, p.161) y están “...diseñados para obtener rasgos de comportamientos definidos como conductas...” (Jay y Swerdlik, 2007, p.3). La evaluación psicológica se desarrolla mediante el diagnostico y análisis del comportamiento de un individuo, dentro del proceso a seguir se utilizan y aplican diferentes técnicas de medida y/o evaluación, su principal meta consiste en identificar, caracterizar y seleccionar la conducta problema, para después plantear objetivos, diseñar un tratamiento, intervenir, pronosticar, volver a evaluar y saber si los objetivos se lograron.

Diferentes estrategias, como distintos instrumentos psicológicos, deben estar presentes en el proceso de la evaluación psicológica, determinados por la persona, los objetivos particulares y las circunstancias específicas en el momento en el que se lleva a cabo así como otras variables generadas por el ambiente (Maloney y Ward, en Jay y Swerdlik, 2007). Por consiguiente se toma la decisión de aplicar algún tipo de prueba, técnica o instrumento de evaluación específico con el objetivo de cuantificar los comportamientos, características o propiedades del individuo así como conocer ampliamente y con mayor exactitud el problema psicológico de la persona.

La función de evaluar un problema psicológico mediante una prueba, técnica o instrumento es determinar el proceso de evaluación e intervención a desarrollar y las variables que intervienen en la conducta problema, “...*el carácter funcional del instrumento de evaluación es condicional y un parámetro a lo largo del cual varían los instrumentos de evaluación...*” (Fernández, 1993, p.164) porque los instrumentos de evaluación psicológica validados suministran información útil y difieren según el nivel de interpretación.

Cabe mencionar que los instrumentos de evaluación también difieren en su contenido, formato, procedimientos de aplicación, puntuación, contextos de interpretación y calidad técnica (Jay y Swerdlik, 2007).

Lo señalado anteriormente se ejemplifica en la siguiente situación:

El objetivo de una evaluación es desarrollar el análisis funcional de la conducta problema que se identifica en una persona con sobrepeso u obesidad con el propósito de diseñar un programa de intervención. El instrumento de evaluación que se elige después del proceso de análisis de la conducta, mide componentes importantes del trastorno como: frecuencia al comer, diferencias entre la imagen corporal real y la ideal, control de peso, sucesos relevantes que desencadenan conductas y evalúan. Después del tratamiento se realiza una nueva evaluación que revelará la modificación de la conducta o, dependiendo del caso, si se necesita intervenir de nuevo en alguna fase.

El interés que tiene el psicólogo al decidir cual instrumento de evaluación utilizará, es describir las conductas del individuo y las variables que desencadenan tales conductas, señalar las ocasiones en las que ocurren, qué las mantiene a través del tiempo y las situaciones que pueden mediar su magnitud y duración (Fernández, 1993). Además del instrumento de evaluación, es primordial considerar las estrategias de aplicación, la ética que debe tener el psicólogo

durante el proceso y el conocimiento previo del instrumento, todos estos requisitos deben enfocarse a los objetivos de la evaluación e intervención.

Es importante hacer notar en este apartado que la elección de la prueba, técnica o instrumento de evaluación para las personas con un Índice de Masa Corporal (IMC) con sobrepeso u obesidad, varía mucho con base en los datos obtenidos durante la evaluación psicológica previa.

3.2.6 Establecimiento de las conductas meta

Para una mejor elección de las conductas a tratar, el diseño del programa y la intervención, se toma en cuenta las siguientes consideraciones (Nelson y Hayes, en Godoy, 1991, p.99):

1. *“Deben cambiarse los comportamientos que son físico, sociales o económicamente peligrosos para el individuo o para los que le rodean.*
2. *Una conducta debe modificarse si es aversiva para el individuo porque se aparta de lo que se espera del él en ciertas situaciones o bien porque resulta impredecible.*
3. *Se debe cambiar una determinada conducta de tal forma que se aumenta el bienestar individual a largo plazo.*
4. *La conducta a implantar en lugar de la conducta problema se establece en términos positivos y en oposición negativa.*
5. *Deben obtenerse niveles óptimos de funcionamiento.*
6. *Para su modificación se seleccionan únicamente aquellas conductas que el contexto continuó manteniendo. Debe entenderse aquí por contexto, no sólo el entorno físico y social que rodea al individuo, sino también su sistema de valores y creencias, especialmente cuando se desenvuelven en el medio social.*

7. *Se consideran como conductas objetivo aquellas que son idóneas para ser tratadas con base a los recursos con que cuenta la persona y el psicólogo como son las técnicas e instrumentos psicológicos.”*

La conducta que será modificada se puede elegir con base a los siguientes puntos (Godoy, en Caballo, 1991, p.100):

1. *“La conducta que resulte más molesta para el individuo ya que de esta forma estará más motivado a continuar con el tratamiento si se beneficia con la intervención.*
2. *La conducta más fácil de modificar, ya que los resultados rápidos motivarán a la persona y lo llevará a esforzarse y a colaborar en los intentos terapéuticos.*
3. *La conducta que produzca la máxima generalización de los efectos terapéuticos.*
4. *La primera conducta de la cadena en el caso de que varias conductas estén encadenadas.”*

Se propone intervenir principalmente sobre las conductas que ocasionen mayor conflicto en la persona y su entorno o las que se consideren con un proceso de intervención más rápido (Godoy, 1991), así las sesiones estarán planificadas y organizadas, en todo caso si al finalizar el programa no se cumplió con algún objetivo se puede revisar los factores que se interpusieron y reorganizar ese apartado.

3.2.7 Planteamiento de los objetivos para la intervención

Para iniciar con el programa que modificará la conducta problema, se debe llevar a cabo la planeación del mismo con el fin de que las sesiones, ejercicios y tareas a seguir sean concretos y claros, principalmente cada fase de la intervención debe tener un objetivo específico. Es importante que el profesional de la salud

especifique ese objetivo para modificar el comportamiento a nivel fisiológico, cognitivo y motor así como inducir un cambio de vida. Algunos planteamientos básicos son (Monereo y Álvarez, 2000):

- La elección del momento más adecuado para intervenir, ya que se requiere de tiempo y esfuerzo.
- Marcarse objetivos realistas.
- No propiciar falsas expectativas, en el caso de una persona con sobrepeso u obesidad la vida no cambia solamente por estar delgado.

Una vez que se han alcanzado los primeros objetivos se continúa programando los siguientes. En algunos casos, es necesaria la colaboración de algún familiar o amigo que apoye a la persona, esta situación se define como apoyo social, el objetivo es buscar un apoyo familiar o de amistad para que coopere en tareas como registros y refuerzos hacia una conducta positiva. La familia es uno de los contextos más importantes para el individuo, el vínculo que se forma cuando interactúan entre sí, es parte del proceso que lleva a cabo la persona con el padecimiento, por eso el grupo multidisciplinario debe integrarla (Vázquez, 2004). Los objetivos son los resultados que producirán las conductas cambiadas durante el tratamiento. *“Estos cambios...deben alcanzar las metas deseadas, incidiendo en el comportamiento y el ambiente del individuo”* (Godoy, en Caballo, 1991, p.94).

3.2.8 Planeación del tratamiento para la intervención

Nelson y Hayes (en Godoy, 1991, p.101) proponen tres estrategias para diseñar el tratamiento más conveniente e intervenir son:

1. *“Estrategias del análisis funcional: relaciones estímulo-respuesta.*
2. *Estrategias de la conducta clave: parte del supuesto de que los trastornos conductuales están constituidos por clases de conductas que se interrelacionan en los tres sistemas de respuesta: motor, cognitivo y*

fisiológico... el modifica alguna clase de conductas, o algunas conductas de una determinada clase, a su vez ésta modifica otras clases o la clase entera.

- 3. Estrategia diagnóstica: una vez que se le ha asignado a la persona un diagnóstico determinado, se elegirá el tratamiento que se ha encontrado más adecuado para ese tipo de trastorno, suponiendo que tal tratamiento exista.”*

En el caso de las personas con sobrepeso u obesidad se tiene la necesidad de evaluar, planear e intervenir con el tratamiento así como dar seguimiento, considerando nuevas estrategias de intervención. Es importante que el psicólogo utilice diferentes estrategias para preparar al individuo cuando se inicie el tratamiento, entre ellas comentar el tratamiento elegido con la persona aclarando las posibilidades de lograr los objetivos así como el papel activo que debe tener para realizar cada una de las actividades planeadas y comunicar todo lo que piensa al respecto. Para que la persona proyecte una actitud efectiva durante el tratamiento es importante, aumentar la empatía entre el grupo multidisciplinario y el individuo, explicar la situación real de la enfermedad a la persona y su familia así como los posibles resultados del tratamiento mediante los objetivos planteados y la actitud activa que tenga (García, 2008). La valoración de los resultados del tratamiento se realiza tras la terminación de la intervención o durante el periodo del procedimiento para observar si se han logrado las metas (Godoy, en Caballo, 1991) y definir que el tratamiento se ha logrado con éxito.

1.3 Desarrollo del programa de modificación y técnicas de uso frecuente

Las técnicas de intervención que el psicólogo elige e implementa en un programa para un individuo con sobrepeso/obesidad depende específicamente de la o las conductas problema a modificar, cabe mencionar que la evaluación psicológica realizada es esencial para la elección de la técnica así como el examinar las variables específicas que se relacionan con el procedimiento, dependiendo del

caso. El objetivo principal de las técnicas de intervención es que el psicólogo enseñe al individuo nuevas habilidades efectivas y eficaces para el control de su vida cotidiana, y examine si producen una mejoría en la conducta problema de la persona. A continuación se ejemplifican y desarrollan algunas técnicas de intervención psicológica que se pueden utilizar en casos de personas con sobrepeso/obesidad, nuevamente remarcando que la decisión de las técnicas depende del análisis y definición previa de la conducta problema a nivel motor, cognitivo o fisiológico y los objetivos a conseguir.

3.3.1 Técnicas Cognitivas

Las técnicas cognitivas “...centran su atención en la percepción y en la interpretación que el individuo hace de los acontecimientos externos, más que en la influencia directa de sus circunstancias ambientales...” (Kazdin, 1989, p.251), es decir, se da una modificación interna y de pensamiento del individuo.

3.3.1.1 Técnica de autocontrol

Son procedimientos con el objetivo de enseñar a la persona estrategias para controlar o modificar su propia conducta a través de distintas situaciones, con el propósito de alcanzar sus metas a largo plazo (Godoy, en Caballo, 1991). Las técnicas de autocontrol dotan al individuo de habilidades que le permiten identificar y controlar su propia conducta mediante la manipulación de antecedentes y consecuencias de la misma, se desarrolla una serie de estrategias que facilita el control y las respuestas alternativas para evitar dicha conducta (Saldaña, en Vázquez y López, 2001). Un ejemplo de las conductas de autocontrol en individuos con sobrepeso/obesidad son: comer despacio, dejar los cubiertos en la mesa después de cada bocado, no ingerir grandes cantidades de alimento, masticar despacio, disfrutar lo que se está comiendo, establecer un horario fijo de comidas, comer en la mesa, no almacenar alimentos, saber diferenciar entre el

deseo producido por hambre y el que produce ansiedad. Respuestas alternativas: desarrollar actividades creativas, sociales y ejercicio físico.

La técnica de autocontrol es de gran apoyo, tanto para la persona como para el equipo multidisciplinario porque permite un mayor autocontrol, evita auto-engañarse y proporciona información de nuevos factores no considerados que pueden interferir con el tratamiento (Paz y Cuevas, 2010). También se utiliza la técnica de auto instrucciones que es la modificación y sustitución del dialogo interno desadaptativo y perturbador que el individuo elabora al enfrentarse a una situación difícil, por auto verbalizaciones concretas y adaptativas que le permitan guiar su conducta antes de realizar una tarea o enfrentarse a una situación.

3.3.1.2 Solución de problemas (D`Zurilla, 1993)

El objetivo es identificar medios efectivos para solucionar conflictos propios de la vida cotidiana (D`Zurrilla y Nezu, en D`Zurilla, 1993). Se comienza por explicar de forma sencilla las cinco fases de la técnica, utilizando para ello, continuos ejemplos de la vida diaria:

- Orientación hacia el problema: evaluar el problema ¿quién está implicado?, ¿qué sucede para que sea un problema?, ¿por qué me molesta?, ¿por qué sucede el problema?, ¿cómo sucede?, ¿estados de ánimo que implica?
- Definir el problema: ¿dónde se presenta?, ¿cuándo y cómo se presenta?, ¿qué hago ante él?, ¿qué me gustaría conseguir?
- Elaboración de alternativas: se utiliza la estrategia de lluvia de ideas con el objetivo de generar el mayor número posible de alternativas de solución sin valorar aún su eficacia ni llevarlas a cabo.
- Toma de decisiones: una vez elaborado el listado de posibles soluciones se debe elegir una de ellas teniendo en cuenta las consecuencias positivas y negativas derivadas.

- Implementación de la solución y verificación: aplicar la solución elegida, mediante la vigilancia y valoración de los resultados de dicha solución. Si no es posible llevar a cabo la solución escogida se puede volver a las etapas anteriores para buscar otra alternativa.

La persona debe practicar la técnica con sus problemas cotidianos, exponiendo el procedimiento y sus resultados.

3.3.1.3 Reestructuración cognitiva

Se define como los pensamientos negativos, irracionales y/o deformados asociados a una conducta y la técnica es utilizada con el objetivo de aprender a detectar, analizar y cambiar dichos pensamientos. Se utiliza para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, ayudando al individuo a identificar actitudes relacionadas con expectativas excesivamente optimistas, poco realistas y otras conductas que se hayan definido (Vázquez y López, 2001).

En primer lugar se explica la importancia de los pensamientos deformados y cómo estos influyen en la conducta de ingesta. Para llevar a cabo esta tarea se utilizarán como ejemplo algunos de los pensamientos negativos más comunes, en el caso de las personas con sobrepeso/obesidad: *"Me estoy sacrificando y estoy perdiendo muy poco peso"*, *"No tengo fuerza de voluntad"*, *"Me he comido un dulce, lo he estropeado todo"*, en adelante el individuo debe detectar sus propios pensamientos irracionales para trabajar con ellos, discutiendo su naturaleza irracional y restituyéndolos por otros más realistas y positivos (Mahoney y Mahoney, en Casado, Nuria, Navlet, Sánchez y Vidal, 1997, p.7). Para el manejo efectivo de la ansiedad y depresión se pueden utilizar Desensibilización Sistemática de Wolpe y Terapia Cognitiva de Beck. Para el trabajo con las creencias y pensamientos irracionales se utiliza la Terapia Racional Emotiva de Ellis (Bas y Andrés, en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

3.3.2 Técnicas Conductuales

Las técnicas conductuales se centran en el trastorno psicológico como el resultado de experiencias inadaptadas de aprendizaje que se dan en el ambiente, se mantienen como conductas inconvenientes y se definen mediante la frecuencia y/o duración (Kendall y Norton-Ford, 1988).

3.3.2.1 Habilidades sociales

Es una técnica que se enfoca fundamentalmente en la eficacia de los comportamientos de un individuo y las interacciones sociales que tiene en su vida cotidiana. *“Es un conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”* (Caballo, en Caballo, 1991, p.407). Estas se adquieren por medio de las experiencias que vive una persona, se expresan mediante conductas específicas, aprendidas previamente en las diferentes situaciones sociales, de tal manera que la persona puede ser competente en determinadas habilidades dependiendo de cómo las ejecute (Megías y Serrano, 2002).

En el entrenamiento se incluye un conjunto de técnicas orientadas a algunos objetivos como: aprender a decir "no" en situaciones sociales, responder a las críticas y a un cumplido, mantener conversaciones y expresar opiniones, estas son:

Modelado: es el entrenamiento y la adquisición de conductas nuevas, la inhibición o desinhibición de conductas existentes y la facilitación de conductas que el individuo no practica en su vida cotidiana, son representadas por el terapeuta en vivo o pueden ser grabadas.

Ensayo Conductual "Role-playing": consiste en que la persona practique y ensaye las conductas que anteriormente fueron llevadas a cabo por el terapeuta.

Retroalimentación: el individuo debe recibir información inmediata sobre la ejecución manifiesta de sus conductas de manera que se vaya adquiriendo progresivamente un nivel de ejecución más eficiente y eficaz.

Refuerzo: está destinado al incremento de motivación, aumentar las respuestas adecuadas y mantener los logros alcanzados hasta el momento.

Tarea para casa: consiste en que el individuo practique las distintas habilidades aprendidas en su ambiente y utilice un autoregistro.

3.3.2.2 Información acerca del sobrepeso y la obesidad

El individuo recibe información con material bibliográfico y/o discurso didáctico acerca del trastorno y de las variables asociadas al mismo, con el objetivo de fomentar la adhesión al tratamiento, incrementar su motivación, responsabilidad e implicación activa en la prevención y control del trastorno. La información se centra en los siguientes aspectos:

- Información sobre la obesidad y tipos de tratamientos que existen tanto médicos como psicológicos.
- Explicación sobre la influencia de las distintas variables cuando se adquiere la obesidad como emociones, afrontamiento de situaciones en la vida cotidiana, hábitos de vida poco saludables (sedentarismo) y otros que se identifiquen.
- Educación nutricional.
- Explicación detallada de las distintas técnicas del programa, dando importancia a los objetivos, planeación procedimiento e intervención.

3.3.2.3 Actividad física

La actividad física es fundamental para prevenir el aumento de peso y para mantener el peso corporal después de un tratamiento, ya que la actividad física constante se asocia con un menor riesgo de enfermedad. Se debe realizar 30 minutos diarios de actividad física y se recomienda iniciar paulatinamente el ejercicio, de preferencia ejercicios aeróbicos y de bajo impacto (caminar, nadar, bicicleta, baile) (Paz y Cuevas, 2010).

“...Las características del ejercicio físico en un programa según Fernández y Valero (1995) deben ser: (1) Actividad Física claramente definida, (2) No debe suponer una carga extra, (3) Ha de estar adaptada al sujeto, teniendo en cuenta su experiencia previa, gustos y disponibilidad, (4) Se realizarán deportes o actividades aeróbicas, (5) Se recomiendan como mínimo tres sesiones semanales de 20 minutos...” (Salmerón, 2006, p.17).

3.3.2.4 Modificación de hábitos alimenticios

Al iniciar un tratamiento para el sobrepeso y la obesidad, el control de la alimentación es fundamental. Lo primero es realizar una evaluación de la ingesta que permita conocer los hábitos alimentarios, su cuantificación así como determinar las características que definen el patrón de alimentación de cada persona: aspectos religiosos, laborales, entre otros. Además se debe conocer cuáles son los requerimientos de la persona y las posibles enfermedades asociadas. Como estrategia de tratamiento dietético se recomiendan los planes de alimentación bajos en calorías, estos asesorados por el equipo multidisciplinario (Paz y Cuevas, 2010).

3.3.2.5 Auto-registro y auto-observación

El individuo observa y registra su propia conducta, sus antecedentes situacionales, las consecuencias, frecuencia, duración intensidad y calidad con el objetivo de que el psicólogo observe que la conducta deseada aumenta y la conducta problema disminuye, el diseño del auto-registro debe ser manejable. Por ejemplo:

Auto-registro del consumo de alimentos y situaciones en las que se consumen: el objetivo es observar los distintos parámetros en relación a la conducta de comida, que se come en cada momento y las variables que controlan la ingesta.

Auto-registro de actividades: el objetivo es distinguir las diferentes actividades tales como domesticas, laborales y recreativas, con base a la reducción de la ingesta de calorías se establecerá la actividad física.

Auto-registro semanal del peso: el individuo debe llevar la anotación semanal de su peso y la elaboración de gráficas de seguimiento.

Auto-registro de situaciones, auto frases o pensamientos: el individuo identificará y especificará los sentimientos negativos en relación con determinadas conductas de ingesta, así aprenderá a identificar pensamientos negativos y posteriormente sustituirlos por otros positivos (López y Godoy, 1994).

Auto-observación: es el registro diario y detallado de una conducta específica y de ciertos eventos privados que interesen y se necesiten constatar, el procedimiento es observar las circunstancias bajo las que ocurrió, contexto, ocurrencia y frecuencia, esto proporciona información esencial para seleccionar e implementar estrategias de intervención, es importante enseñar al individuo a ser observador.

3.3.2.6 Control de estímulos

Evita la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso. La persona es instruida a separar sus comidas de otras actividades, ver televisión, arreglar asuntos de negocios o de otra índole mientras se ingieren alimentos, para estar completamente conscientes del acto de comer sin distractores (Vázquez y López, 2001). También está dirigido tanto al consumo de alimentos como a la situación misma de la ingesta como: comer despacio, en bocados pequeños, llevar a la mesa el plato ya servido, utilizar platos pequeños, comer siempre sentado, levantarse de la mesa al terminar, entre otros (Casado, Nuria, Navley, Sánchez y Vidal, 1997).

Otro de los objetivos es establecer un control de todos los estímulos del contexto donde la persona se alimenta para esto se puede llevar acabo la disminución o exclusión de lugares asociados a comer sin control, optimizar todos los tipos de alimentación enfocados al beneficio e implementar nuevo hábitos de alimentación fortalezca el control relacionado con el físico y disminuir la aparición de eventos externos que mantengan la conducta indeseada. Algunas de las acciones a realizar son comprar alimentos nutritivos y evitar las golosinas, guardar la comida en un solo lugar, comer en la mesa, comer en compañía, preparar la comida en casa, mantener los registro indicados por el profesional de la salud, llevar la dieta con supervisión, preparar alimentos llamativos, pegar figuras corporales deseadas en el refrigerador así como pegar una lista de actividades de agrado, observar y reforzar los cambios logrados. Otra situación es crear un ambiente agradable y cómodo durante la hora de ingerir alimentos (Carnwath y Miller, 1989).

Auto-percepción: algunas de las técnicas que se pueden utilizar para la auto percepción corporal se enfocan en la autoestima, satisfacción del propio cuerpo, pensamientos y creencias irracionales no solo del cuerpo sino también de la alimentación, la percepción que tiene la persona de su cuerpo, los juicios valorativos y la estimación del tamaño corporal distorsionada. Todas incorporan

actitudes, esquemas, ideales y emociones que la construyen. El objetivo principal es intervenir en cuanto a la percepción correcta y realista que tiene el individuo de su cuerpo o de cada una de sus partes, ésta puede estar distorsionada o idealizada. Algunos ejercicios son:

Visualización en el espejo: consiste en visualizar cada una de las partes del cuerpo, colocando mayor atención en las zonas que producen mayor insatisfacción, en este ejercicio se trabajan los sentimientos, las emociones y los pensamientos que aparecen durante la visualización.

Ejercicio de precisión perceptual: se le pide a la persona que marque en una cinta la amplitud de diferentes partes de su cuerpo vistas de enfrente (hombros, cintura, cadera y muslos) y con un calibrador corporal se mide exactamente la amplitud y se compara con la señalada en la cinta, se pregunta cómo se siente en el caso de que haya una percepción distorsionada y se trabaja con las respuestas.

Ejercicio de corrección de tamaño: se le pide a la persona que elija una parte de su cuerpo con la que se sienta insatisfecha y repita en voz alta todo aquello que piensa en ese momento, después junto con el psicólogo se comienza a reemplazar ciertas verbalizaciones, incluyendo sentimientos.

3.3.2.7 Asertividad

La técnica de asertividad se enfoca en el incremento de expresión de las emociones de forma apropiada, grata y socialmente segura. La conducta asertiva permitirá que la persona actúe para su propio interés, se defienda a sí misma sin ansiedad, exprese sus derechos sin destruir los derechos de otros y obtener la habilidad para establecer relaciones cercanas y significativas. Un individuo con sobrepeso/obesidad, al dotarlo de habilidades asertivas, tendrá la capacidad de reconocer e identificar sus necesidades y hacérselas saber a otras personas con firmeza y claridad, tener la iniciativa para resolver problemas, por ejemplo

aprender a comer en situaciones sociales y pedir menús adecuados. Un ejercicio que se realiza es el ensayo de la conducta, se define cuando la persona y el psicólogo personifican una escena cotidiana relacionada con el trastorno el cual debe de enfrentar con las habilidades adquiridas durante la terapia. Para el manejo efectivo del estrés, las técnicas a utilizar son: Inoculación al Estrés de Maichenbaum (Caballo, en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996) y Estrategias de afrontamiento de Lazarus y Folkman (Bas, en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

3.3.3 Técnicas Fisiológicas

Las técnicas fisiológicas se centran en las reacciones que tiene el cuerpo en relación a la conducta problema, actúan como una señal de que probablemente ocurrirá el suceso, estas son controladas por diferentes técnicas.

3.3.3.1 Relajación

El objetivo es dotar al individuo una forma alternativa de reducir la ansiedad, la propia conducta de ingesta o la pérdida de control sobre la misma, para esto se utiliza la técnica de Relajación Muscular Progresiva. Se entrena al individuo en la relajación por medio de ejercicios de tensión-relajación de los músculos. Un punto importante es motivar a la persona para la práctica diaria en casa consiguiendo que la relajación se convierta en un hábito y forme parte de sus actividades diarias, de forma complementaria se entrena al individuo con la técnicas de respiración (Casado, Nuria, Navley, Sánchez y Vidal, 1997).

3.4 Educando generaciones con visión hacia un proyecto de vida saludable

Hoy en día la sociedad no tiene el interés por cuestionarse qué tan larga será su vida y en qué situación la vivirá, por lo tanto se soslaya la responsabilidad y participación que cada persona tiene en su salud. Para el ser humano, vivir cada

momento con una buena calidad de vida es esencial. Si tan solo un instante de la vida "apresurada", cada individuo se frenara para reflexionar si el cuerpo con el que se mueve día con día, realmente está sano o necesita ser atendido.

Es de gran relevancia asegurar que el proceso de salud individual se vuelva un escenario constantemente vigilado, para lograrlo hay que trascender el nivel de la información, es decir, conocer nuevos programas preventivos y creativos así como información actualizada y relevante acerca del sobrepeso y obesidad. La gente necesita involucrarse activamente en un estilo de vida sano con todas las implicaciones que ello conlleva, al adquirir competencias para prevenir enfermedades. A continuación se planteará una propuesta dirigida a la construcción de un proyecto de vida saludable como una meta a seguir, promovida desde las instituciones educativas de nivel básico.

Desde la infancia se viven una serie de experiencias, necesidades y aspiraciones que van determinando una personalidad, éstas son influenciadas por normas y modelos sociales, principalmente de los padres. Ciertas acciones se eligen y continúan a futuro para establecer hábitos que llevan a una buena calidad de vida. Es decir, durante el proceso de desarrollo, el individuo va formando su identidad mediante actitudes, anhelos, motivaciones y acciones. En ese momento el individuo tiene la oportunidad de crear un proyecto de vida significativo sustentado por valores, planteamiento de objetivos ordenados y orientados, para cumplir metas en los diferentes contextos de la vida cotidiana. Los principales responsables de esta tarea son los educadores tanto naturales (padres y familiares) como formales (instituciones educativas).

Un proyecto de vida se define como *"...un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real de desarrollar algo apropiado hacia el futuro con sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo, su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada..."*

(D'Angelo, 2000, p.270). El proyecto de vida se vuelve eficaz cuando el individuo tiene condiciones adecuadas durante su proceso de desarrollo, adquiere y utiliza competencias para su bienestar, evalúa continuamente los sucesos con sus consecuencias, visualiza el repertorio de posibilidades y oportunidades para tomar decisiones. Se forma mediante las funciones personales y metas que se desarrollan en los diferentes contextos como el individual, familiar, social, laboral y de pareja. Desde esta postura se plantea una cuestión importante, ¿También puede entrar el estado de salud como un proyecto de vida a desarrollar?

La formación de un proyecto de vida está integrada por aspectos a nivel emocional, profesional, social y físico; es importante también incluir la salud como una meta sustancial para la vida, establecerla desde temprana edad y dirigirla hacia el futuro. La buena salud es un factor que ayudará a cumplir con los demás objetivos, si se proyecta de manera apropiada, aumentará la probabilidad de una larga vida y de cumplir propósitos personales de otra índole.

Algunos elementos primordiales para construir un proyecto de vida son: la formación de una identidad en particular, aprender a manejar el repertorio de competencias que se tiene interna como externamente, tomar la decisión de plantearse objetivos relevantes y diseñar un proyecto de vida estable siempre con visión a futuro; con la oportunidad de renovarse dependiendo de las metas nuevas que se planteen, las posibilidades de satisfacer necesidades y condiciones primordiales y el ambiente donde se interactúa cotidianamente. El resultado de un proyecto de vida saludable es equivalente a una buena calidad de vida.

La adquisición, conjugación y manejo apropiado de las competencias conforman el desarrollo integral del proyecto de vida saludable caracterizado por distintos componentes que regulan el comportamiento, como señala Ribes (1990, p.20) son *“...conductas que tiene el individuo a partir de su propia historia y las opciones que obtiene del ambiente para lograr un estado de salud...”*, así como también puede lograr una proyecto de vida saludable.

El siguiente apartado esboza un programa preventivo de sobrepeso y obesidad mediante la construcción de un proyecto de vida saludable dirigido a los alumnos de una institución educativa de nivel básico.

La participación del psicólogo enfocado a la salud dentro de esta labor es importante, porque es un profesionalista capaz de implementar todas las competencias necesarias para desempeñar debidamente el reto de dotar al individuo de recursos que le permitan alcanzar un estado de salud satisfactorio. Algunas de las características importantes para ejercer en el ámbito educativo con el objetivo de promover un proyecto de vida saludable son: conocimientos de diferentes teorías psicológicas, diseño, planeación e implementación de procedimientos a nivel educativo, por ejemplo, al esbozar un proyecto de vida se necesita de múltiples competencias efectivas, saber cómo usar cada una de ellas y aprender a conjugarlas para mejores resultados, elaboración de manuales y otros materiales de apoyo, manejo y difusión de información completa y actualizada con materiales creativos, evaluación, intervención y uso de técnicas eficaces.

Programa de prevención dirigido al sobrepeso/obesidad en alumnos de educación básica mediante un proyecto de vida saludable.

Objetivo general:

Proponer un programa de prevención orientado al sobrepeso y obesidad así como el uso de competencias adecuadas desde la infancia para una buena calidad de vida, en el ámbito de una institución educativa de nivel básico.

Objetivos específicos:

1. Crear una materia nombrada “Educación Saludable” en la cual se estudie el significado de salud y enfermedad en la vida del ser humano.

2. Enseñar tipos y causas de las enfermedades más comunes, haciendo énfasis en enfermedades crónico-degenerativas, principalmente el sobrepeso y la obesidad.
3. Enseñar y efectuar las conductas primordiales y competencias para obtener un buen estado de salud con diferentes actividades didácticas.
4. Instruir conductas saludables a seguir en un futuro.
5. Educar al alumno con el diseño de un proyecto de vida saludable a futuro utilizando las competencias aprendidas y necesarias.

Sujetos: Alumnos que cursen educación primaria (sin importar el grado).

Materiales:

- Instrumento de evaluación de sobrepeso y obesidad

Para medir las conductas específicas que se van a instruir en el programa de prevención se aplicará un instrumento de evaluación con el objetivo de indicar si las estrategias llevadas a cabo están alcanzando el objetivo general o en todo caso se deben modificar.

En la actualidad se observa que la nueva y moderna tecnología se utiliza para transmitir información, sin embargo, la mayoría de la información suele ser nociva para la población. Independientemente de esta situación, la tecnología también contribuye en el ámbito de la educación en salud y esta propuesta es un ejemplo en la medida que describe la construcción de un instrumento de evaluación para prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños de nivel escolar básico, empleándola al desarrollar competencias mediante la interacción, innovación, diversificación y digitalización. Como es una población infantil, se utilizará un videojuego activo y/o programa virtual, que rompa con la rutina del sedentarismo e invite al niño a participar. El objetivo es evaluar el aprendizaje del niño mediante la adquisición de

competencias para el cuidado de su salud, en prevención de enfermedades como el sobrepeso y la obesidad.

El videojuego será mediante un soporte llamado Wii (consola y control inalámbrico con el que se puede apuntar a la pantalla y detectar la aceleración de los movimientos en tercera dimensión), es decir, el niño tendrá una interacción física mediante los movimientos que realice con su cuerpo y vivirá experiencias útiles en una realidad virtual para aprender a tomar decisiones y construir un proyecto de vida saludable. Las características que debe tener el videojuego activo son:

- Posible nombre del instrumento de evaluación para prevenir el sobrepeso/obesidad en niños de nivel escolar básico es “Aventura saludable”.
- Interacción de diversas temáticas enfocadas a la salud (datos personales, información de enfermedades (familiar/individual), medidas, nivel de actividad física, factores ambientales (familiar/escolar), alimentos consumidos, conductas de alimentación (familiar/individual), proyecto de vida a futuro, habilidades propias, entre otros).
- Reproducir los movimientos del niño, por ejemplo, bailando, saltando, entre otros.
- Ser atractivo en música, luz, colores, imágenes y situaciones.
- Adaptado para población de niños (6 años en adelante).
- Aplicar individual o en equipo (amigos, familia y profesores) de forma participativa.

Es importante recalcar que su elaboración y aplicación deben estar enfocadas exclusivamente a la salud, revisado por el equipo multidisciplinar y usado de manera responsable, siempre respetando el objetivo del instrumento.

- Cinta métrica
- Expediente multidisciplinario
- Papelería en general
- Proyector
- Computadora

Escenario: Institución educativa nivel primaria, salón de clases y patio.

Procedimiento: el programa constará de las siguientes fases:

Fase 1. Presentación al grupo educativo de la institución (director, supervisor y maestros) la propuesta del programa preventivo a implementar.

El psicólogo será el profesionalista que presentara la propuesta “Programa de prevención primaria enfocada al sobrepeso/obesidad en niños de educación básica mediante un proyecto de vida saludable”. Expondrá al grupo educativo que desde la infancia se debe cultivar el mantenimiento de una calidad de vida apropiada, previniendo el padecimiento de enfermedades como el sobrepeso y la obesidad. Por lo tanto se propone implementar una materia llamada “Educación Saludable” impartida por un grupo multidisciplinario que enseñará al alumno a conocer, adquirir y practicar todo el repertorio de competencias primordiales para tener un buen estado de salud, implementando el concepto de proyecto de vida a nivel personal y la salud. Si un niño adquiere y utiliza las competencias para tener una buena calidad de vida, a futuro sabrá cómo mantener su salud para cumplir con otras metas que se proponga, esta situación se denominará proyecto de vida saludable.

Fase 2. Organización del equipo multidisciplinario

El equipo multidisciplinario requiere organización, coordinación y motivación al desarrollar con creatividad cada una de las actividades enfocadas a prevenir el sobrepeso y la obesidad. Debe estar formado por:

Director y supervisor: realizarán los trámites correspondientes para la autorización y supervisión del programa.

Maestro: cursará y estudiará los conceptos básicos de salud y enfermedad para dar inicio al programa, será relevante explicar a los alumnos que los siguientes temas serán impartidos por otros profesionales.

Psicólogo: principalmente impartirá temas relacionados con la adquisición y promoción de competencias para el mantenimiento de la salud, la construcción de un proyecto de vida saludable, el manejo efectivo del estrés y promoverá la adherencia terapéutica.

Médico pediatra: el médico pediatra impartirá temas enfocados a los tipos de enfermedades, causas, conductas apropiadas para mantenerse sanos como el medirse constantemente (IMC) y realizará exploraciones en casos que lo ameriten.

Enfermera: la función de la enfermera principalmente será el cuidado del alumno mediante la promoción y prevención de la salud. Si se presenta un caso durante el período escolar, estará capacitada para orientar y dialogar con el alumno y su familiar sobre las practicas saludables que evitan el desarrollo de una enfermedad.

Nutriólogo pediatra: impartirá temas relacionados al aprendizaje de hábitos alimenticios adecuados como tipos de alimentos, preparación, obtención, de donde vienen, contenido, cantidades a comer, cómo comer los alimentos, lectura de etiquetas, entre otros.

Maestro de educación física: enseñara e impartirá clases de actividad física básica, tipos de ejercicio y distintos deportes por competencia.

En períodos determinados, el equipo multidisciplinario tendrá reuniones para evaluar la eficacia y/o deficiencia del programa en general.

Fase 3. Implementar el programa preventivo en la institución educativa con las actividades determinadas a cada tema.

El diseño, desarrollo e implementación de las actividades se describen en una carta descriptiva con los siguientes apartados:

- **TEMA:** nombre del tema a impartir.
- **OBJETIVO:** objetivo específico de cada actividad, dependiendo del tema.
- **ACTIVIDAD DEL PROFESIONAL:** descripción específica de la actividad que efectuara el profesional.
- **ACTIVIDAD DEL ALUMNO:** descripción específica de la actividad que debe cumplir el alumno.
- **RECURSOS Y MATERIALES:** especificar los recursos y materiales necesarios que utilizara el profesor y el alumno para realizar la actividad.
- **DISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO:** especificar el espacio donde se realizara la actividad.
- **TIEMPO:** duración de la actividad.
- **OBSERVACIONES Y COMENTARIOS.**

La propuesta puede contribuir al diseño, desarrollo e implementación de futuros programas de prevención de sobrepeso/obesidad en futuras generaciones, interviniendo en cualquier nivel educativo.

CONCLUSIONES

Actualmente se contempla la problemática del sobrepeso y la obesidad, orientada exageradamente hacia la percepción del peso como una estética corporal exterior (el cuerpo ante la sociedad). Esta circunstancia es promovida en los medios de comunicación que favorecen conceptos psicológicamente riesgosos para el grupo blanco, por ejemplo, el plantearse un peso “ideal”, situación que conduce a soslayar la estética corporal interior (el cuerpo sano) y en consecuencia el cuidado de la salud a nivel individual. Tanto los componentes genéticos como la exposición a influencias del medio ambiente son factores que se suman al riesgo de desarrollar sobrepeso y obesidad, junto con otras enfermedades crónico-degenerativas.

El conocer los antecedentes históricos del sobrepeso y la obesidad referidos en los primeros estudios permite establecer la definición, clasificación, etiología, estadísticas, factores involucrados y cambios ambientales que repercuten en el contexto donde interactúa el individuo, con el objetivo de ampliar la perspectiva de prevención de la enfermedad y promoción de la salud mediante múltiples intervenciones específicas.

La forma de alimentarse es un factor primordial que se ha visto influenciado directa o indirectamente por los progresos que se dan en la sociedad, tales como la cultura, economía y tecnología. Además, la dieta se relaciona con el proceso de salud-enfermedad que tiene un individuo, en la elección y consumo de alimentos. En México existe una enorme riqueza gastronómica y es responsabilidad de cada persona asumir un comportamiento nutricional no establecido por modas, sino por la selección y consumo de alimentos nutritivos. Esta es una competencia que se puede adquirir desde una edad temprana mediante la influencia del contexto familiar y las prácticas alimenticias orientadas a evitar el desarrollo de enfermedades como el sobrepeso y la obesidad, que hoy en día se señalan como una epidemia a nivel mundial.

El exceso de peso es un fenómeno complejo que necesita participación de un equipo multidisciplinario que plantee estrategias de prevención e intervención. Una aportación importante en este equipo es la perspectiva psicológica de la salud enfocada en el estudio y desarrollo de competencias que promueven la salud. Sus aportaciones en el tratamiento se basan en la contribución del individuo en su proceso de salud-enfermedad y las condiciones sociales del contexto en el que se desenvuelve. En el caso del sobrepeso y la obesidad, el psicólogo interviene a nivel individual con el diseño e implementación de una metodología que modifique hábitos de alimentación y actividad física que las prevengan. El psicólogo tiene funciones profesionales específicas y las realiza manteniendo siempre valores éticos; a su vez el usuario debe involucrarse en la intervención con una actitud dinámica para alcanzar las metas planeadas. El conjunto de competencias a desarrollar en el usuario del servicio psicológico es amplio y se logra mediante habilidades, conocimientos y valores.

La psicología aplicada a la salud enfrenta el desafío que significa intervenir exitosamente en casos de sobrepeso y obesidad, para lo cual existen diferentes estrategias, una de ellas en el nivel preventivo es involucrar la promoción de la salud como parte de un proyecto de vida saludable desde la infancia. Al considerar la salud como una meta fundamental a seguir, el individuo tendrá que actuar de manera responsable y activa, crear un modelo y elegir las condiciones en las que pretende vivir. Dentro del proyecto de vida pueden interactuar la identidad personal y el estado de salud que en un futuro propiciarán una vida plena.

Puesto que la mayoría de las conductas saludables son aprendidas durante la infancia, ya sea en el contexto familiar o escolar, se pretende intervenir en la etapa de formación escolar, mediante el desarrollo de competencias para la salud. El objetivo es trabajar con futuras generaciones desde nivel básico para convertir el fomento de la salud en un hábito, mediante aprendizaje, elección y práctica de hábitos saludables. La salud ha de incluirse como parte de una meta a seguir en el proyecto de vida individual, es decir, formar una identidad saludable en donde el preescolar se plantee las siguientes preguntas ¿Qué quiero ser y hacer cuando

sea adulto? ¿Cómo lo lograré?. Lo importante es iniciar desde una etapa temprana la planeación del repertorio que se ejecutará, que estará encaminado no solo al buen funcionamiento del cuerpo en el presente, sino también al logro de anhelos a futuro.

Implementar la propuesta de prevención del sobrepeso y obesidad en una institución de educación básica mediante un proyecto de vida saludable, es una estrategia que requerirá analizar la situación actual, planificar exhaustivamente el programa y tomar la decisión de intervenir principalmente en la población infantil porque es el periodo donde el individuo inicia su etapa de formación y desarrollo en diferentes ámbitos. Con base en la combinación de diversas estrategias de aprendizaje orientadas a la salud, se manifestará la adquisición de un comportamiento saludable y su mantenimiento mediante la práctica posterior.

El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública que repercute en la sociedad, la estrategia de prevención desde una edad temprana es ideal para combatirlos a partir de instituciones educativas de nivel básico. Entonces se propone que un grupo multidisciplinario se encargue del diseño e implementación de programas dirigidos a la adquisición de comportamiento saludable a partir de la planeación de un proyecto de vida, donde se incorporen métodos creativos en los que participen el uso de materiales interactivos y tecnología de punta, que instruyan al niño a realizar las acciones que le permitan alcanzar su meta hacia el cuidado de su salud y proponerse otras más.

La educación es un proceso donde se integran diferentes estrategias para adquirir, desarrollar y mantener conocimientos y habilidades efectivas, así como para adoptar hábitos en beneficio propio. Por lo tanto, alcanzar una calidad de vida sana, se puede conseguir mediante diferentes recursos que a su vez tendrán la posibilidad de modificarse dependiendo de las necesidades que requiera el contexto y se ajustarán en las diferentes etapas de desarrollo posterior. Implementar el concepto de educación saludable desde el nivel básico tiene como objetivo enseñar y cultivar la conducta de salud con visión hacia el proyecto de

vida individual; utilizar métodos educativos, exigir participación y compromiso de los padres de familia, la comunidad escolar, el grupo multidisciplinar y el grupo de infantes, para lograr que la salud sea un derecho real en la educación del ser humano.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, S. A. M., Guzmán, B. E. y González, R. M. T. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad (Versión electrónica), *Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 10 (2), 417-428. Recuperado el 03 de noviembre de 2009, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/292/29210214/29210214.html>
- Albamonte, A. (1991). *Actividad física para obesos*. Buenos Aires, Argentina: Albatros.
- Bas, F. y Andrés, V. (1996). Evaluación de procesos y constructos psicológicos de la depresión. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (cap. 10). Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Bastos, A. A., González B. R., Molinero G. O. y Salguero del Valle, A. (2005). Obesidad, nutrición y actividad física (Versión electrónica), *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 5 (18), 140-153. Recuperado el 03 de noviembre de 2009, de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad11.htm>
- Bertrán, V. M. (2010). Cultura alimentaria y obesidad. En E. G. García, M. H. Kaufer-Horwitz, J. Pardío y P. Arroyo (Eds.), *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp.51-56). México: Panamericana.
- Botero, L. J. E. (2010). Hábitos de alimentación y vida saludable. *Boletín del grupo de puericultura de la Universidad de Antioquia. La crianza humanizada*, (119). Recuperado de <http://www.tuytubebe.com/doc/Crianzahumanizadaalimentaci%F3nestilossaludable.pdf>

- Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: Paraninfo.
- Caballo, E. V. (1991). *Manual de técnicas de terapias y modificación de conductas*. España: Siglo XXI de España, Manual de Psicología.
- Caballo E. V. (1996). Evaluación de las habilidades sociales. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (cap. 15). Madrid, España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Cantú, M. y Moreno, G. (2007). Obesidad: una perspectiva epidemiológica y sociocultural (Versión electrónica), *Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición*, 8 (4), 1-5. Recuperado el 16 de diciembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2007/spn074g.pdf>
- Carnwath, T. y Miller, D. (1989). *Psicoterapia conductual en asistencia primaria: Manual Práctico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. y Canales, C. (2000). Calidad de vida: un análisis de su dimensión psicológica (Versión electrónica), *Revista Sonorense de Psicología*, 1 (1,2), 3-15.
- Casado, Ma. I., Nuria, C., Navlet, R., Sánchez, B. y Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación (Versión electrónica), *Revista Electrónica de Psicología*, 1 (1), 1-10. Recuperado el 29 de julio de 2010, de http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1444/1/psicologia.com_1997_1_1_4.pdf
- D'Angelo, H. O. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social (Versión electrónica), *Revista cubana de psicología*, 17 (3), 270-275. Recuperado el 04 de mayo de 2011, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43222000000300008&script=sci_arttext

Díaz, G. M. C. (2008). Obesidad y autoestima (Versión electrónica), *Revista Electrónica Cuatrimestral de Enfermería*, 13, 1-11. Recuperado el 03 de noviembre de 2009, de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/16131/15541>

D'Zurilla, T. J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos. Competencia social, un nuevo enfoque en la intervención clínica*. España: Desclée de Brouwer.

Espinosa, G. L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad (Versión electrónica), *Revista Cubana Estomatología*, 41, (3), 1-7. Recuperado el 20 de enero de 2010, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7507200400030009

Fausto, G. J., Valdez, L. R. Ma., Aldrete, R. Ma. G. y López, Z. Ma. C. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México (Versión electrónica), *Investigación en Salud*, 8 (2), 91-94. Recuperado el 14 de enero de 2010, de http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg_062fpdf

Fernández, B. R. (1993). *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*. Madrid, España: Pirámide.

Ferrer, L. B. J. y Dalmau, S. J. (2008). Reflexiones sobre el síndrome metabólico (Versión electrónica), *Acta Pediátrica España*, 66 (3), 130-134. Recuperado el 14 de diciembre de 2009, de [http://www.gastroinf.com/SecciNutri/66%20\(3\)_Marzo%202008.pdf](http://www.gastroinf.com/SecciNutri/66%20(3)_Marzo%202008.pdf)

- Gallar, M. (2001). El peso histórico de la obesidad. En F. M. Bermudo y E. R. Collado (Eds.), *Obesidad. Algo más que un problema de peso* (cap.7). España: C.E.E. Limencop S.L.
- García, G. E. (2004). ¿En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad? (Versión electrónica), *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12 (4). Recuperado el 03 de noviembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043o.pdf>
- García, G. E. (2008). La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión (Versión electrónica), *Acta Pediátrica de México*, 29 (4), 227-246. Recuperado el 15 de diciembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2008/apm084h.pdf>
- García, L. L. J., Piqueras, J. A., Rivero, R., Ramos, V. y Oblitas, G. L. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud (Versión electrónica), *Revista CES Psicología*, 1(1), 70-93. Recuperado el 29 de marzo de 2010, de <http://revistapsicologia.ces.edu.co/panorama.pdf>
- Gil, L. (2008). Problemática de la obesidad. Abordaje interdisciplinario (Versión electrónica), *Revista Obesidad Síndrome Metabólico y Trastornos Alimentarios*, 19 (2), 23-30.
- Godoy, A. (1991). El proceso de la evaluación conductual. En V. E. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapias y modificación de conductas* (cap. 5). España: Siglo XXI de España, Manual de Psicología.
- Gómez, M. E. (2009). Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS (Versión electrónica), *Revista TOG*, 6 (9), 1-10. Recuperado el 20 de enero de 2010, de <http://www.revisatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>

Gómez, R. J., Jurado, R. I. Ma., Viana, M. H. B., Marzo, E. D. S. y Hernández, M. A. (2005). Estilos y calidad de vida (Versión electrónica), *Revista Digital, Lecturas EF y Deportes*, 90, 1-16, Recuperado el 11 de abril de 2010, de <http://www.efdeportes.com/>

Grekin, G. C. (1997). Manejo de la obesidad a través de un programa multidisciplinario. *Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile*, 26 (1). Recuperado de <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/obesidad/obesidad07.html>

Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS (2008). Dirección de prestaciones médicas, de <http://www.imss.gob.mx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía INEGI (2009). *Mujeres y hombres en México 2009*. México: Instituto Nacional de las Mujeres, (13° ed.), pp. 140,143, 148, 149.

Jay, C. R. y Swerdlik, E. M. (2007). *Pruebas y Evaluación psicológicas. Introducción a las pruebas y a la medición*. México: Mc Graw Hill.

Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J. y Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la psicología clínica de la salud (Versión electrónica), *Papeles del Psicólogo*, 26, 39-46. Recuperado el 02 de febrero de 2010, de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/778/77809107/77809107.html>

Katz, M. (1996). Clínica de la obesidad. En J. Braguinsky y colab. (Eds.), *Obesidad: patogenia, clínica y tratamiento* (2a ed.) (cap.7). Buenos Aires, Argentina: El Ateneo.

- Kazdin, A. E. (1989). *La modificación cognitiva de la conducta y el autocontrol. En historia de la modificación de conducta*. España: Descleé de Brower.
- Kendall, P. C. y Norton-Ford, J. (1988). Intervenciones con individuos: terapias conductual, cognoscitiva y cognoscitivo-conductual. En C. P. Kendall (Ed.), *Psicología Clínica: Perspectivas científicas y profesionales* (557-602). México: Limusa.
- López, T. F. y Godoy, G. J. (1994). Estrategias cognitivo- conductuales para el tratamiento de la obesidad (Versión electrónica), *Revista Psicothema*, 6 (3), 333-345. Recuperado el 29 de julio de 2010, de <http://www.psicothema.com/pdf/929.pdf>
- López, A. M. G. y Rodríguez, C. M. (2008). Epidemiología y genética del sobrepeso y la obesidad. Perspectiva de México en el contexto mundial. *Boletín Medico Hospital Infantil*, 65. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086c.pdf>
- Madrid, J. (2001). La clínica de la obesidad. En F. M. Bermudo y E. R. Collado (Eds.), *Obesidad. Algo más que un problema de peso* (cap. 2). España: C.E.E. Limencop S.L.
- Márquez, R. S., Rodríguez, O. J. y Abajo, O. S. (2006). Sedentarismo, y salud: efectos beneficiosos de la actividad física (Versión electrónica), *Apuntes Educación Física y Deportes*, 1, 12-24. Recuperado el 30 de mayo de 2010, de http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/lecturas/083_012-024ES.pdf
- Marrodán, M. D., Montero, R. V., Mesa, M. S., Pacheco, J. L., González, M., Bejarano, I., Lomaglio, D. B., Verón, J. A. y Carmenate, M. (2008). Realidad, percepción y atractivo de la imagen corporal: condicionantes biológicos y socioculturales (Versión electrónica), *Revista Zainak*, 30,15-28.

Recuperado el 24 de abril de 2010, de http://www.ucm.es/info/epinut/publicaciones/08_Marrodan_Zainak.pdf

Marzolo, P. M. y Cuevas, A. (2010). *El peso de la obesidad en el siglo XXI*. Chile: Valente.

Matarazzo, D. J. (1985). Conducta y salud: integración de la ciencia y la práctica en psicología y medicina, un siglo después. *Psicología contemporánea*, 2 (1), 16-31.

Megías, L. F. y Serrano, P. Ma. D. (2002). *Enfermería en psiquiatría y salud mental (2a ed.)*. Madrid, España: Difusión Avances de Enfermería (Grupo Paradigma).

Monereo, M. S. y Álvarez, H. J. (2000). *Obesidad. La epidemia del siglo XXI (2a. ed.)*. Madrid, España: Díaz de Santos.

Móran, A. I. C., Cruz, L. V. e Iñarritu, P. M. del C. (2007). El índice de masa corporal y la imagen corporal percibida como indicadores del estado nutricional en universitarios (Versión electrónica), *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, (50) 2, 76-79. Recuperado el 03 de noviembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2007/un072f.pdf>

Nunes, B. M., García, C. C. y Alba, S. S. (2006). Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales (Versión electrónica), *Revista de Investigación Científica*, 15 (28), 137-161. Recuperado el 01 de noviembre de 2010, de <http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v14n28/v14n28a5.pdf>

Oblitas, A. L. (2008). El estado del arte de la Psicología de la Salud (Versión electrónica), *Revista de Psicología (Lima)*, 26 (2), 219-254. Recuperado el

04 de enero de 2010, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rp/v26n2/v26n2a02.pdf>

Olvera, M. J. y Soria, T. Ma. R. (2008). La importancia de la psicología de la salud y en el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH (Versión electrónica), *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11 (4), 149-158. Recuperado el 01 de noviembre de 2010, de <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol11num4/Vol10No4Art9.pdf>

Organización Mundial de la Salud OMS (2010), de <http://www.who.int/es/>

Palacios, R., Munguía, M., y Ávila, L. (2006). Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar (Versión electrónica), *Rev Méd Ints Mex Seguro Soc*, 44 (5), 449-453. Recuperado el 15 de diciembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im065i.pdf>

Pardío, J. (2010). En E. G. García, M. H. Kaufer-Horwitz, J. Pardío y P. Arroyo (Eds.), *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp.215-217). México: Panamericana.

Paz, M. M. y Cuevas, A. (2010). *El peso de la obesidad en el siglo XXI*. Chile: Valente, cap.1-7. Recuperado el 29 de julio del 2010, de http://www.bio.puc.cl/downloads/pdf/Libro_El_peso_de_la_Obesidad.pdf

Perea, M., López, P., Bárcena, S., Greenawalt, R., Caballero, R., Carbajal, R., Rodríguez, H., Zarco, R. y Barrios, F. (2009). Propuestas para la atención continua de niños y adolescentes obesos (Versión electrónica), *Revistas Médicas Mexicanas, Acta Pediátrica de México*, 30 (1), 54-68. Recuperado el 24 de agosto de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2009/apm091i.pdf>

Pérez H. J., Gastañaduy, T. M. J., Portugal, F. R., Sánchez, H. M. I. y Rodríguez, M. M. E. (2007). Ganancia ponderal e insatisfacción corporal en pacientes tratados en un hospital de día de trastornos de conducta alimentaria (Versión electrónica), *Revista Psiquiatría.com*, 11(4), 1-8. Recuperado el 30 de mayo de 2010, de <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psiquiatria.com/article/view/238/223/>

Phares, J. E. y Trull, J. T. (2000). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

Pineda, C. A. (2008). Síndrome metabólico: definición, historia, criterios (Versión electrónica), *Revista Colombiana Médica*, 39 (1), 96-106. Recuperado el 14 de diciembre de 2009, de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1657-95342008000100013&script=sci_arttext&lng=pt

Piña, L. J. A. (2003). Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud (Versión electrónica), *Suma psicológica*, 10 (1), 67-80. Recuperado el 31 de marzo de 2010, de <http://openjournal.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/185/152>

Piña, J. y Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué (Versión electrónica), *Revista Universitas Psychologica*, 5 (3), 1-9. Recuperado el 15 de abril de 2010, de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1657-92672006000300019&script=sci_arttext&lng=es

Piña, L. J. A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo (Versión electrónica), *Revista Universitas Psychologica*, 7 (1), 19-32. Recuperado el 02 de febrero de 2010, de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672008000100003&lng=en&nrm=iso. ISSN 1657-9267.

- Pardío, J. (2010). El estilo de vida: consideraciones sobre el concepto. En E. G. García, M. Kaufer-Horwitz, J. Pardío y P. Arroyo (Eds.), *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp. 215-217). México: Panamericana.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A. y Evers, K. E. (2008). The transtheoretical model and, stages of change. En K. Glanz, B. K. Rimer y K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (4a ed.). (cap. 5). E.U.A: Jossey-Bass.
- Ramos, P. M. (2007). Enfoque para justificar la promoción y prevención como medios en la erradicación del sedentarismo desde el ámbito laboral (Versión electrónica), *Salud de los trabajadores*, 15 (2), 119-128. Recuperado el 13 de marzo de 2011, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1315-01382007000200006&script=sci_arttext&tlng=es
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Robles, G. R. (2004). Manejo de enfermedades crónicas y terminales. En L. A. Oblitas (Coord.), *Psicología de la salud y calidad de vida* (cap. 9). México: Thomson.
- Rodríguez, C. Ma. L. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado (Versión electrónica), *Revista de Psicología y Ciencia Social*, 5 (1), 11-19.
- Romero, E., Velarde, E. M. y Vázquez, G. (2008). La obesidad en el niño, problema no percibido por los padres. Su relación con enfermedades crónicas y degenerativas en la edad adulta (Versión electrónica), *Bol Med Hosp Infant Mex*, 65, 519-527. Recuperado el 03 de noviembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bmhim/hi-2008/hi086j.pdf>

- Rubio, H. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica (Versión electrónica), *Rev. Esp. Obes*, 5 (3), 135-175. Recuperado el 23 de diciembre de 2009, de <http://www.seedo.es/portals/seedo/RevistaObesidad/2007-n3-Consenso.pdf>
- Salaberria, K., Rodríguez, S. y Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Revista Osasunaz*, 8, 171-183. Recuperado el 14 de enero de 2010, de <http://www.euskomedia.org/PDFAnlt/osasunaz/08/08171183.pdf>
- Salmerón, S. M. (2006). Aplicación de la técnica de autocontrol a la obesidad utilizando la modificación de hábitos alimenticios y de actividad física (Versión electrónica), *Revista digital, Lecturas EF y Deportes*, 100, 1-19. Recuperado el 10 de noviembre del 2010, de <http://www.efdeportes.com/>
- Serralde, Z. E. A. y Olgúin, C. G. (2010). Obesidad en los niños y adolescentes. En E. G. García, M. Kaufer-Horwitz, J. Pardío y P. Arroyo (Eds.), *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp.103-116). México: Panamericana.
- Shamah, L. T. (2008). La obesidad, ¿Qué nos espera? (Versión electrónica), *Revista Salud Pública y Nutrición*, 9 (2), 1-4. Recuperado el 11 de noviembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2008/spn082b.pdf>
- Silvestri, E. y Stavile, A. E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Tesis de posgrado, Universidad Favaloro, Córdoba, Argentina. Recuperado el 08 de julio de 2010, de <http://www.nutrinfo.com>

- Solís, F. A. L. (2010). Obesidad, más que un problema de alimentación. *Gaceta Iztacala -UNAM*, (358), 4.
- Tapia, C. L. (2007). Síndrome metabólico en la infancia. (Versión electrónica), *An. Pediatr (Barc)*, 66 (2), 159- 166. Recuperado el 11 de noviembre de 2009, de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13098934&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=163&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v66n02a13098934pdf001.pdf
- Vargas, M. A. y Vázquez, V. V. (2010).Trastornos de la conducta alimentaria. En E. G. García, M. Kaufer-Horwitz, J. Pardío y P. Arroyo (Eds.), *La obesidad. Perspectivas para su comprensión y tratamiento* (pp.149-157). México: Panamericana.
- Vargas, R. (2007). *Diccionario de teoría del entrenamiento deportivo* (2a. ed.). México: UNAM, Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas, Dirección General de Publicaciones y Fomento Editorial.
- Vázquez, V. V. (2004). ¿Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? (Versión electrónica), *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12 (4). Recuperado el 29 de julio del 2010, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2004/ers043m.pdf>
- Vázquez, V. V. y López, A. J. C. (2001). Psicología y la obesidad (Versión electrónica), *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 9 (2), 91-96. Recuperado el 29 de julio de 2010, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>

Villaseñor, B. S. J., Ontiveros E. C. y Cárdenas, C. K. V. (2006). Salud mental y obesidad (Versión electrónica), *Investigación en salud*, 8 (2), 86-90. Recuperado el 03 de noviembre de 2009, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062e.pdf>