



UNIVERSIDAD INSURGENTES

Plantel Xola

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CON
INCORPORACIÓN A LA UNAM CLAVE 3315-25

“EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PARA UN
GRUPO DE ADULTOS DE 30 A 50 AÑOS QUE PADECEN
OBESIDAD”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
C. KARLA LEPE GONZÁLEZ

ASESORA: MTRA. YOLANDA SANTIAGO HUERTA



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.

AGRADECIMIENTOS

Ya que este logro no solo me pertenece, quiero enlistar a todas aquellas personas que durante mi vida han sido una pieza fundamental en mi desarrollo académico y personal, y que directa o indirectamente recibí el apoyo que necesitaba para elaborar la presente tesis.

A Dios, por cuidarme y darme la salud que tanto necesita para hoy disfrutar de tantas dichas y adversidades.

A mis padres: M^a del Carmen y Armando, quienes además de darme la vida, soy dichosa de recibir siempre su amor, apoyo y consejos. Gracias por contribuir incondicionalmente al logro de mis metas, sin ustedes no sería posible este logro.

A mi pareja: Maritza Triay, por llegar a mi vida, por convertirte en mi amiga y compañera de aventuras. Sin tu apoyo, comprensión, amor y paciencia no lo habría conseguido. Gracias por brindarme la fortaleza que me impulsó a conseguir este logro.

A mis hermanos: Paola y Armando, por acompañarme en el camino. Gracias por su cariño, por las llamadas de atención y porque sé que siempre podré contar con ustedes.

A mis abuelos: Ascención y Arnulfo, por enseñarme que la constancia y la fuerza son básicos para llegar a la meta. Gracias por mostrarme que la dicha de la vida no está en la edad sino en el corazón.

A mi psicóloga: Virginia Archundia, porque estas páginas estarían vacías de no haber tenido la luz que necesitaba para mirarme. Descubrí que para admirar a alguien no necesito levantar la mirada al cielo, basta con mirar frente al espejo y saber que tengo derecho a merecer. Estoy eternamente agradecida.

A mi profesora: Rosalía Castro, quien es parte fundamental de la base de mi formación profesional. Gracias por transmitirme tu enseñanza y ser un apoyo constante. En tu aula descubrí mi tema de vida y también a salir de mi frontera de contacto aunque el proceso no ha sido nada fácil.

A mis amigos: Josefina Peña, Irma González, Edith Estrada, Daniel Ramírez y Christian Acosta, porque ustedes son la familia que escogí y su compañía, apoyo y cariño ha ido más allá de la compañía, del tiempo o la distancia.

A coordinadora de carrera y asesora: Yolanda Santiago por su orientación durante el desarrollo y conmemoración de la presente tesis.

A la Universidad Insurgentes, por la formación académica, haciendo especial mención a los siguientes profesores: **Teresa Bolaños, Josué Tinoco y Enriqueta Zarza**, quienes me enseñaron que la vida es una cadena de favores. Gracias por sus consejos y apoyo.

Por último quiero agradecer a todas las personas que se convirtieron en mi fuente de inspiración para realizar esta tesis. Gracias por brindarme la oportunidad de conocerlos, compartir sus experiencias y aprender de ustedes.

Karla Lepe González

ÍNDICE

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. INVESTIGACIONES RECIENTES EN MÉXICO	10
MARCO TEÓRICO	14
CAPÍTULO 2. LA OBESIDAD	14
2.1 La obesidad	14
2.2 La gordura como antecedente histórico de la obesidad	15
2.3 Obesidad en el mundo	24
2.4 Obesidad en México	26
2.5 Obesidad en adultos	27
2.6 Obesidad en el sector salud	28
2.7 Obesidad desde el DSM-IV-TR	30
2.8 Causas de la obesidad	32
2.8.1 Factores socioculturales	32
2.8.2 Factores físicos	35
2.8.3 Factores psicológicos	36
2.9 Secuelas en la obesidad	40
2.9.1 Secuelas socioculturales	40
2.9.2 Secuelas físicas	42
2.9.3 Secuelas psicológicas	43
CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL	48
3.1 Programa de intervención grupal	48
3.2 Intervención de la psicología en grupos	50
3.2.1 Procesos grupales	53
3.2.2 Fases del desarrollo grupal	54
3.3 Modelos de intervención psicológica	57
3.3.1 Psicoterapia de apoyo	61
3.3.2 Psicoterapia constructiva	62
3.3.3 Terapia psicoeducativa	63

3.4 Instituciones que abordan la obesidad en grupos terapéuticos	80
CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA	82
4.1 Justificación	82
4.2 Planteamiento del problema	85
4.3 Objetivos	85
4.3.1 Objetivo general	85
4.3.2 Objetivos específicos	86
4.4 Hipótesis	86
4.4.1 Hipótesis de trabajo	86
4.4.2 Hipótesis nula	87
4.4.3 Hipótesis alterna	87
4.5 Variables	87
4.5.1 Variable independiente	87
4.5.2 Variable dependiente	87
4.6 Tipo de estudio	90
4.7 Diseño de investigación	90
4.8 Instrumento de recolección de datos	90
4.9 Escenario	92
4.10 Población	92
4.11 Muestra	92
4.12 Procedimiento	93
4.13 Análisis de datos	94
CAPÍTULO 5. RESULTADOS	95
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN	105
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	120
BIBLIOGRAFÍA	126
ANEXOS	135

RESUMEN

México, al igual que otros países enfrenta una problemática de salud pública debido a problemas de sobrepeso y obesidad principalmente en adultos, aspecto que afecta a diversos sectores y tiene implicaciones económicas, sociales y de salud a mediano y largo plazo.

Diferentes organizaciones tanto privadas como gubernamentales, así como medios de comunicación han percibido el problema real que representa la obesidad, favoreciendo su atención, por lo que han lanzando campañas que fomentan la sana alimentación y el incremento de la actividad física; sin embargo le han restado importancia a la influencia que tiene el aspecto emocional para el desarrollo y mantenimiento de este padecimiento.

Debido a la importancia de este fenómeno social, clínico y psicológico, se realizó una investigación de tipo experimental, en la que durante un periodo de 16 sesiones semanales se observó la implementación del programa de intervención (manipulación de variable independiente) a una muestra conformada por 15 sujetos de sexo indistinto, que poseían una acumulación anormal o excesiva de grasa, por lo que se esperaba encontrar diferencias al iniciar y al concluir el estudio en los resultados del cuestionario de sobreingesta alimentaria (efectos sobre la variable dependiente).

El objetivo de esta investigación era demostrar que existe una mejoría en los resultados del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ, aplicado al grupo de adultos que participaron en el programa de intervención. A dicho grupo se le aplicó el cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ al iniciar y al concluir el estudio, debido a que este mide los hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad, y mediante un enfoque cuantitativo encontramos que al concluir el estudio el grupo mejoró sus hábitos, pensamientos y actitudes claves relacionadas con la obesidad, lo que nos indica que el programa de intervención utilizado en el grupo favoreció su relación con la comida, consigo mismos y su alrededor.

INTRODUCCIÓN

Algunas décadas atrás no existía el término obesidad, no obstante se hablaba de gordura para referirse al exceso de grasa corporal. La gordura en épocas antiguas era un símbolo de belleza y alto estatus en la sociedad, incluso se tenía la creencia de que una persona con obesidad era fuerte y saludable. Con el avance de la ciencia hubo una evolución descriptiva de la gordura, se observó que en realidad no era sinónimo de “saludable”, todo lo contrario, ya que resultaban ser más propensos a sufrir enfermedades físicas y trastornos emocionales como consecuencia de este padecimiento, definiendo entonces la obesidad mediante una clasificación clínica (Foz, 2004).

La obesidad vino a convertirse en un problema al que las personas han tenido que adaptarse como consecuencia de las limitaciones físicas y los problemas psicológicos que implica, sin dejar de lado el peso que le otorga la sociedad, ya que si bien la gordura no es sinónimo de obesidad, coloquialmente a las personas con este padecimiento no se les llama “obesos mórbidos”, más bien se les sigue denominando “gordos”, con un tinte discriminatorio y de rechazo (Saldaña y Rossell, 1988).

Teniendo como base investigaciones que sugieren factores causales externos asociados al desarrollo de la obesidad, como la ingesta excesiva de calorías y patrones de conducta sedentarios, desde hace algunos años el tratamiento para esta enfermedad se ha apoyado en dos grandes pilares, el primero incluye los planes de alimentación hipocalóricos y el segundo se refiere a la incorporación de la actividad física (Secretaría de Salud, 2010); sin embargo, no debe olvidarse que el ser humano es un ser bio-psico-social, esto obliga a que todas las terapias deban enfocarse desde esta perspectiva, eso incluye por supuesto al tratamiento para la obesidad.

El manejo exitoso del paciente con obesidad, requiere de un abordaje de estrategias múltiples centradas fundamentalmente en la modificación de su estilo de vida, incluyendo el área nutricional, física y psicológica (Vannini, 2009).

Siendo que la psicología tiene las herramientas necesarias para su tratamiento, la modificación de las conductas inherentes al estilo de vida constituyen una piedra fundamental del tratamiento. Gran parte de los abordajes psicoterapéuticos no solo deben enfrentarse a las consecuencias psicosociales del prejuicio y la discriminación que ha sido y es objeto la obesidad, sino que también requieren encontrar el significado o significados que tiene la comida en la vida del paciente para darle un sentido y lograr los cambios.

Considerando lo anterior, en los siguientes capítulos se expondrán los aspectos físicos, sociales y psicológicos que influyen en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad en personas adultas. También se describirá la perspectiva terapéutica y psicoeducativa utilizada en el programa integral mediante el cual un grupo puede modificar sus pensamientos y conductas asociadas con su obesidad.

El presente trabajo está distribuido en siete capítulos. El primer capítulo abarca algunas investigaciones recientes en México sobre la obesidad.

En el segundo capítulo se aborda el tema de la obesidad, concepto y categorías de obesidad, antecedentes históricos, su evolución en el mundo y en México, obesidad en adultos, percepción en el sector salud y el DSM IV, causas socioculturales, físicas y psicológicos que originan la obesidad, así como las secuelas socioculturales físicas y psicológicas que genera este padecimiento.

En el tercer capítulo se explica qué es un grupo, se abordan los conceptos utilizados en el programa de intervención grupal, mediante el abordaje de la psicología reeducativa.

Durante el cuarto capítulo se despliega la metodología que se empleó para esta investigación, el planteamiento del problema, la pregunta clave para llevar a cabo el estudio, los objetivos, las hipótesis, las variables, el tipo de estudio, el escenario, la población, la muestra, el diseño de investigación, además del instrumento aplicado y el procedimiento de evaluación.

En el quinto capítulo se muestra el análisis de los resultados mediante gráficos que representan las variables sociodemográficas del grupo, sexo, edad, nivel socioeconómico, estado civil, grado escolar, peso, índice de masa corporal, alimentación y ejercicio físico. Por otro lado, se presenta el comparativo inicial y final de la muestra en función de la frecuencia de hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad. Además se muestra la correlación entre las variables sociodemográficas y los resultados obtenidos durante la pre y post aplicación del cuestionario de sobreingesta alimentaria. Por último se describe la adherencia al programa de intervención.

Durante el capítulo seis se sustentan teóricamente los resultados, a través de una discusión, donde lo más importante fue conocer que, la obesidad es un fenómeno que no solo afecta la condición física de quien la padece, sino que también atañen a aspectos psicológicos y sociales importantes. Y que el trabajo de un programa de intervención logró que el grupo mejorara sus hábitos, pensamientos y actitudes claves relacionadas con la obesidad.

Finalmente en el capítulo siete se presentan las conclusiones de la presente investigación, así como algunas sugerencias para posteriores estudios.

CAPÍTULO 1. INVESTIGACIONES RECIENTES EN MÉXICO

Gracia (2011) en su artículo *“La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social”* indica que los programas creados para la obesidad, tanto locales como regionales; se han centrado básicamente en considerarla como una enfermedad que requiere diagnóstico temprano, atención oportuna y tratamiento adecuado, pero en pocas ocasiones se ha mencionado el problema social y cultural que desencadenan el exceso de peso y exceso de grasa en los grupos humanos.

Al final de su artículo, Gracia reflexiona *“es tan difícil discriminar en los discursos biomédicos qué hay de interés por la salud y qué por el lucro”*, y se pregunta *“¿por qué para combatir la obesidad no se bajan los precios de los alimentos saludables o aumentan los salarios de los más pobres? ¿Por qué no se evitan las largas jornadas laborales cada vez más sedentarias?”*. Estamos ante una enfermedad transnacional que podría evitarse, en buena medida aprendiendo a comer bien y/o aumentando la actividad física. El diagnóstico parece correcto si se comprende la obesidad como fenómeno generalizado, pero es insuficiente o no lo suficientemente preciso si se matiza su carácter global y las personas a quienes afecta. Las exigencias diarias de muchas personas, no permiten un régimen nutricional más saludable, equilibrado y más conveniente para su salud, al menos en la medida que quisieran las autoridades sanitarias, porque para cambiar de dieta es necesario cambiar de vida, lo cual no sólo es siempre difícil, sino que puede llegar a ser para determinadas personas imposible.

Por otra parte, Szekely (2007) en su artículo *“Como curar la obesidad”* señala que al parecer, de nada sirven esas letras blancas que indican *“aliméntate sanamente”* o *“come frutas o verduras”* mientras bolsas de papas gigantes acosan el deseo del transeúnte desde los espectaculares.

En el mismo artículo, el Dr. Rafael Álvarez Cordero presidente de la Federación Internacional para la Cirugía de la Obesidad y de la Clínica para el Control de Peso y Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad del Hospital Ángeles -, menciona que ninguna de las técnicas farmacéuticas o quirúrgicas funcionan sin los elementos clave que nadie - ¡aún! – ha podido colocar en tubos de ensayos o jeringas: voluntad, disciplina y educación. Es importante tener en cuenta esto, ya que por más avanzadas que sean las propuestas médicas, son las emociones y los hábitos en su consecuencia, los que definen si se está dentro o fuera de los estándares de sobrepeso.

Las causas más frecuentes de la obesidad son conocidas: exceso de calorías y poca actividad física – indica Álvarez Cordero, por supuesto que también pesan costumbres como repetir platillos, cocinar con mucha grasa y abusar de las harinas. Además, el ejercicio se toma a veces como castigo. Adicional a la presión que ejercen los productores y distribuidores de alimentos para que compremos sus productos, con propaganda en todos los medios de comunicación, y la creación de envases o platos cada vez más grandes contribuye a la obesidad que estamos padeciendo”.

Se pregunta Álvarez “¿Cómo combatir un problema tan arraigado? Con educación. No hay de otra; la señora (y el señor) tienen que aprender a comprar en el mercado alimentos sanos y evitar la chatarra; a cocinar los alimentos y servir raciones normales; los niños tienen que aprender a comer sano y a hacer deporte o ejercicio diariamente. La manera como un papá educa a su hijo influye en su obesidad. Los límites claros y el seguimiento paterno pueden ayudar a controlar la epidemia de obesidad”.

Szekely (2007) concluye, “El problema reside en que la comida representa muchas cosas para las personas con obesidad; protección, seguridad, escape, escondrijo o amor por mencionar algunas; y si esto no se estudia, el paciente que conscientemente quiere bajar, en realidad saboteará su tratamiento. Por eso el

tratamiento de la obesidad, científico y ético, supone lo que se llama un manejo Integral, con la presencia del internista, el psicólogo, el nutriólogo, el terapeuta físico, el cirujano, todos trabajando en conjunto con un solo objetivo: ayudar a un paciente con obesidad a cambiar su estilo de vida”.

Por otro lado, Carrillo, Ruiz y Maldonado (2011) en su artículo *“El arte de curar la obesidad”* afirman que, al estudiar el origen de la obesidad, en primera instancia se revela con seguridad, que una persona de bebé no fue amamantada de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida (como recomienda la Organización Mundial de la Salud). Factor que, al privarlo de la leptina, le impidió programar su cerebro respecto al sentido de saciedad, haciéndola altamente elegible a padecer esta enfermedad.

También señala que esta condición revela la atmósfera en la que creció. Los kilos sobrantes de la sociedad actual son resultado de un ambiente obesigénico, esto es, creció y vivió como millones de niños mexicanos, una infancia estimulada en forma constante para ingerir comida rica en grasas y carbohidratos, no hacer ejercicio, adquirir hábitos sedentarios, y vivir bajo la influencia negativa del grupo de trabajo, la escuela y los ambientes familiares.

Por otro lado un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Ciencias Médicas de Nutrición (citado por Carrillo, Ruiz y Maldonado), encontró un factor exclusivo en la química cerebral de los mexicanos, es un gen transportador denominado R230C que sugiere la susceptibilidad genética de la población exclusiva de los mexicanos mestizos para el desarrollo de la obesidad y la diabetes.

Por último, Carrillo, Ruiz y Maldonado dicen “para otros la respuesta no está en la química cerebral sino en las emociones”. Según los psicólogos, la condición mórbida podría ser el reflejo de una canalización de emociones negativas a través de la comida, y la generación de una protección inconsciente del mundo interno a

través de la grasa que rodea su cuerpo. Larissa García (citada por Carrillo, Ruiz y Maldonado, 2011), de la Sociedad Psicoanalítica de México, explica “simbólicamente la grasa protege de las agresiones externas; muchas veces esconde un abuso sexual o la incapacidad de ejercer la sexualidad”. Ayudar a restablecer una sana relación simbólica con los alimentos implicaría una reorganización de sus códigos emocionales. Por su parte, Arcelia Solís (citada por Carrillo, Ruiz y Maldonado, 2011), expone “para algunos, comer y hacerlo en exceso es la manera de ‘anestesiarse’ la parte emocional”.

Otro artículo llamado “*Obesidad, epidemia global*”, escrito por Newman (2004) menciona que “Vivimos en un ambiente tóxico. Es como pretender darle tratamiento a un alcohólico en un pueblo donde haya un bar cada 10 pasos”. La comida chatarra es barata, muy promocionada y elaborada para que sepa muy bien; mientras que la comida sana se vuelve por ende difícil de conseguir, no se promueve y es cara.

Por su parte Barbara Rolls (citada por Newman, 2004), profesora en Ciencias de la Nutrición de la Universidad del Estado de Pensilvania reflexiona “comemos como autómatas”. “No damos importancia a la necesidad real de la comida”, afirma. Durante un experimento ella y sus estudiantes dieron de comer pasta a varias personas. Algunos días ofrecían una porción normal, otros días les ofrecían porciones un 50% mayor por el mismo precio y si les servían 50% más, se lo comían, sencillamente, seguían comiendo.

Newman (2004) concluye “Traicionados por nuestros genes, confundidos por los debates entre los especialistas, maravillados o decepcionados por las dietas y los productos milagro para perder peso, crecemos en campos infinitos de comida, mientras las estadísticas son cada vez más aterradoras”.

CAPÍTULO 2. LA OBESIDAD

2.1 La obesidad

La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en el aumento del peso corporal (Saldaña y Rossell, 1988). Por otro lado, Díaz (2011) agrega que la obesidad es una enfermedad que se manifiesta por la acumulación de exceso de grasa corporal, con implicaciones para la salud de los individuos.

Para la Organización Mundial de la Salud (2012) la obesidad se presenta cuando el índice de masa corporal (IMC) es igual o superior a 30 kg/m². El cual se calcula mediante la siguiente fórmula $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$, en donde se divide el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su estatura en metros (kg/m²).

De acuerdo a Díaz (2011) los límites y categorías de peso que se emplean en la actualidad, con base en el IMC (índice de masa corporal), fueron establecidos por la OMS, y son aplicables para la población adulta, independientemente de la edad. Los cuales clasifican de la siguiente manera:

	Peso bajo (IMC menor de 18.5)
Delgadez severa	Menos de 16
Delgadez moderada	16 – 16.99
Delgadez aceptable	17 – 18.49
	Peso ideal
Normal	18.5 – 24.99
	Sobrepeso (IMC igual o mayor a 25)
Preobesidad	25 – 29.99
Obesidad tipo I	30 – 34.99
Obesidad tipo II	35 – 39.99
Obesidad tipo III	≥40

La obesidad se ha clasificado en base a diferentes parámetros. Para Bastos, González, Molinero y Salguero (2005) la obesidad es catalogada desde su origen, como exógena o endógena. Siendo la primera causada por una ingestión calórica excesiva a través de la dieta, mientras que la endógena, se produce por disturbios hormonales y metabólicos.

Moreno, Monereo y Álvarez (2005) también clasifican la obesidad pero en función de su etiología y de acuerdo a la disposición topográfica de la acumulación de grasa. La primera es la más frecuente debido a una alteración de la regulación del ajuste de peso, o bien a una alteración en el control homeostático del peso corporal humano. La disposición topográfica de la acumulación de grasa se refiere a la distribución de la acumulación de grasa que puede tener un predominio en alguna parte del cuerpo; este puede ser androide, tipo manzana o central, es más frecuente en los varones, la grasa se acumula sobre todo en la cara, región cervical, tronco y supraumbilical, también aumenta de modo notable la grasa abdominal profunda. O puede ser ginoide, tipo pera o periférica, propia en las mujeres, en donde la grasa se acumula en la parte inferior del cuerpo, región infraumbilical del abdomen, caderas, región glútea y muslos.

2.2 La gordura como antecedente histórico de la obesidad

A continuación se abordará el tema de la gordura como antecedente histórico de la obesidad; el enfoque social y cultural que se le ha dado al exceso de peso en diferentes épocas, así como los avances de la medicina en materia de la obesidad.

De acuerdo a Foz (2004) el hombre prehistórico no gozaba de una dieta equilibrada, ya que pasaba por periodos de ayuno total como resultado de los hábitos alimenticios obligados por su actividad como cazador-recolector.

En la edad antigua, Foz (2004) señala que para la cultura egipcia el exceso de grasa corporal era signo de riqueza, estado gozoso de salud, poder, y en

consecuencia, un estado deseable por todos. No obstante, durante el imperio egipcio, existen datos que revelan actitudes de condena y estigmatización frente a la glotonería. En la cultura griega, se da la primera asociación de la gordura con la muerte. Hipócrates fue quien señaló que “la muerte súbita es más común en aquellos que son naturalmente gordos que en los delgados”, mientras que Platón aseguraba que “la gordura se asocia con la disminución de la esperanza de vida”. Mientras que en la antigua Roma, Galeno elaboró algunos conceptos juiciosos de valor clínico identificando dos tipos de gordura: moderada e inmoderada, la primera la considera como natural y la segunda como mórbida y con un estilo de vida inadecuado”. Por último señala Foz que en esta época, los espartanos eran estrictos con respecto a las personas con exceso de grasa, para ellos no existía mayor afrenta que la gordura, tanto así que desterraban a cualquiera con signos manifiestos de esta enfermedad.

En la Edad Media la gordura era más común entre los nobles, quienes la consideraban un signo de bienestar. Vigarello (2011) señala que en esta época se apreciaban algunas anatomías macizas, pues denotaban poder e influencia, la fuerza estaba asociada a las comilonas, el privilegio social se traducía en abundancia de las carnes.

No hay que olvidar que durante esta época la alimentación y todos los aspectos relacionados con la misma, contribuían a definir la clase social de los sujetos. En este sentido, aspectos como la naturaleza de los alimentos, la cantidad de los mismos e incluso los modos de preparación contribuían para definir la clase a la que se pertenecía y con ello la cualidad de la persona (Montanari, 2004).

En contraste, Foz (2004) señala que en esta época la concepción cristiana de la gordura estaba asociada al consumo excesivo de alimento. Menciona que “fue San Pablo quien afirmó: Los enemigos de la cruz de Cristo cuyo final es la destrucción, cuyo dios es su barriga”.

De acuerdo a Vigarello (2011) en la edad moderna, en Europa denigraban simultáneamente a «gordos y perezosos», lo grande era simplemente gordo, y se asociaba a la indolencia y a la decadencia. “Los modelos de prestigio han cambiado: aquellas antiguas mesas con alimentos amontonados ya no son objeto de deseo, la abundancia de alimentos ya no constituye un signo de fuerza, sino más bien de abandono y de ordinariéz”.

En esta misma época, señala Foz (2004) que en Europa se dan las primeras aportaciones médicas respecto de la obesidad, y aunque estos textos todavía eran influenciados por el pensamiento de Hipócrates y de Galeno, introducían ya nuevas ideas sobre aspectos físicos y químicos que constituían una base teórica para la comprensión de la función del organismo, “considerando al cuerpo como una máquina orgánica cuyo funcionamiento se podría explicar mediante las leyes de la mecánica”.

Algunos de los factores causales de enfermedad, solían considerarse válidos en el momento actual: tipo y cantidad de alimento ingerido, tipo de evacuaciones, cantidad de reposo y ejercicio, cantidad y calidad del sueño y estado de la mente: estos factores deberían depender del control individual, por lo tanto la gordura era una alteración con una responsabilidad individual, una atribución moral del paciente (Foz, 2004).

Para Foz (2004), la gordura ha sido objeto de mucho interés a través del tiempo, tan solo en el siglo XVIII se publicaron al menos 30 tesis doctorales en relación con este tema. De acuerdo a este autor, “en 1727 Thomas Short describe como causa de gordura el sedentarismo y la ingesta de algunos alimentos como dulces, grasas y sustancias ricas en aceite”.

Foz (2004) señala que en 1770 Malcolm Flemmyng publica una monografía sobre la corpulencia: *A discourse on the nature, causes and cure of corpulency*. Flemmyng, al igual que Short no duda en considerar la gordura como una enfermedad ya que

disminuye la vida de los sujetos a través de peligrosas alteraciones orgánicas. Entre las causas que Flemmyng cita como responsables de la aparición de este cuadro destaca: exceso de comida, especialmente de tipo graso, aunque describe, con acierto, que no todos las personas con gordura son glotonas. Las otras tres, condicionadas por teorías vigentes en la época: alteración en la textura de la membrana celular, un anormal estado de la sangre que facilitarían el depósito de la grasa y una evacuación defectuosa.

Para Vigarello (2011) basta señalar el hecho de que en el Diccionario de medicina (1827) se afirma que la gordura «presenta multitud de grados». De modo que el trabajo sobre la evaluación de las apariencias y su explicitación está atravesado de parte a parte por la historia del cuerpo. Es precisamente este aguzamiento de la mirada el que permite que se generalice la indicación del peso y que, a finales del siglo XIX, el cálculo del peso se sistematice, coincidiendo con una visión cada vez más diligente de los cuerpos y de las anatomías.

Foz (2004) señala que a finales del siglo XIX, algunos textos médicos refieren intuiciones acerca del equilibrio calórico, de la importancia de la producción de calor y de la consideración de la gordura como una enfermedad. Así E. Rugby, en 1785 afirma que la principal causa de la gordura es un exceso de ingesta en relación a las necesidades del organismo, ya sea por glotonería, por mayor aprovechamiento de los alimentos o por circunstancias que alteran el equilibrio entre necesidades y aporte. Por otra parte, en 1793, Beddoez afirma que la “corpulencia” se debía a un defecto en la oxidación de la grasa y recomendaba el incremento de aporte de oxígeno durante el ejercicio para facilitar la utilización de la grasa. Por último, en 1799, Tweedie, delimita el término de enfermedad para la obesidad extrema, no obstante, la totalidad del conocimiento referente a la obesidad de la época se encuentra estructurado por Hufteland en 1842 en su obra denominada *Textbook of Medicine*.

De acuerdo a Foz (2004) en el ámbito de la medicina belga, se destaca la figura del estadístico, matemático y sociólogo Adolphe Quételet, quien en 1871 plantea que el peso corporal debe ser corregido en función de la estatura (Kg/m^2), siendo su aportación reconocida hasta el siglo XX.

En la primera mitad del siglo XX, ya en la edad contemporánea se producen importantes acontecimientos en relación con el desarrollo de nuevos conocimientos y perspectivas terapéuticas para la obesidad. Así, entre la comunidad científica se acepta como método de clasificación de la obesidad, dos tipos básicos según su origen (endógenos y exógenos), identificándose factores como el sedentarismo, el exceso de ingesta y hormonales pero predominando los factores genéticos. Un hecho relevante para el tema que nos ocupa se da en la España de 1926, Gregorio Marañón publica su libro “Gordos y Flacos”, admitiéndose por primera vez la multifactorialidad, aunque se persiste en demasía la importancia del factor endocrino (Foz, 2004).

Para la segunda mitad del siglo XX esta vez en el arte, encontramos que como en tiempos remotos ésta se caracteriza por la representación de personas y animales siempre como figuras corpulentas, incluso claramente obesas. Fernando Botero, uno de los representantes más importantes de la época, según menciona José de la Colina (2001) exhibe personajes “gordos pero trágicos de un modo latente. “Inconscientes de la tragedia que viven de manera un tanto somnolienta, pueden hasta celebrar fiestas y adoptar posturas sublimes o plácidas, pueden hasta insinuarnos una biografía, una historia, pero no son, no viven, solo están”. No obstante, para Magaña (2003) las pinturas de Botero testimonian una pasión de la forma, del volumen y del color. “Son una fiesta visual antes que la glorificación del deseo, canto a los apetitos o defensa del instinto, son sensuales. Es una forma de acercarnos a saber sentir, a saber degustar y por lo tanto, disfrutar lo que nos conviene, y desechar aquello que sentimos contrario a nuestro alimento, tanto físico como mental”.

De acuerdo a Foz (2004) en el campo científico se tienen avances en cuanto al factor genético de la enfermedad, descubriéndose en 1994 el gen ob, como aquella proteína que codifica la leptina. Declarando que cuando la cantidad de grasa almacenada en los adipocitos aumenta, se libera leptina en el flujo sanguíneo, constituyendo una señal para el hipotálamo de que el cuerpo tiene suficientes reservas y que debe inhibir el apetito. Desde este descubrimiento se han encontrado más de cuatrocientos genes relacionados con la obesidad. Este hallazgo ha construido un gran avance en la comprensión de esta enfermedad y los factores genéticos que la originan, y también ha permitido aumentar el conocimiento sobre la regulación del peso corporal y las funciones hormonales que por supuesto varían en cada individuo.

Para Foz (2004) un aspecto importante a destacar en nuestra época, es la concepción de la obesidad como la “Epidemia del Siglo XXI”. Resultado de la Declaración de Milán en 1999, en la que los países pertenecientes a la Unión Europea asumieron que la obesidad constituye un trastorno básico a partir del que se desarrollan comorbilidades de todo tipo (cardíacas, digestivas, endocrinas, etc.) a la que siguió una resolución de la Organización Mundial de la Salud (2002), que desarrolla la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física, y Salud, etiquetándose así a la Obesidad como una epidemia.

Moreno, Monereo y Álvarez (2005) mencionan que, en todo el planeta existen más de mil millones de adultos con sobrepeso y al menos 300 millones de habitantes que padecen obesidad, cifras que han ido en incremento en los últimos decenios. En el siglo XXI los datos relativos al incremento de la prevalencia de obesidad resultan preocupantes, el exceso de peso es un problema mundial, y quizá lo más preocupante es que no sólo aumenta en la población adulta, sino que también lo hace en la población infantojuvenil.

Por último, si nos detenemos a observar los estudios realizados en el campo de la alimentación en México, Fuentes y Soto (1993) destacan que los hábitos

alimentarios han dependido fuertemente de cambios y características económicas, sociales y culturales.

Los estudios realizados del tipo de alimentación de los pueblos indígenas, encontramos que Ruz (1993) define la dieta de los grupos mayas. Para el autor, en la actualidad como en el pasado, hablar de la alimentación maya es hablar de una nutrición centrada en el maíz, combinando las técnicas de agricultura extensiva e intensiva con prácticas de caza, pesca y recolección, los mayas complementaban la dieta habitual del maíz-chile-frijol-calabaza con diversos nutrimentos provenientes de animales, frutos y raíces.

Rius (1973) menciona que el imperio maya, vivía poderoso y floreciente alimentado sin carne, no obstante fue destruido por el español, de brutos y mediocres comedores de carne. Destruídos y olvidados los antiguos hábitos alimenticios, España y su absurda comida hicieron en pocos siglos, de un pueblo fuerte y con un gran desarrollo cultural, un pueblo apático, dominado, lleno de complejos agresivos, inútil para cualquier esfuerzo cultural. La colonización española, empeñada en explorar las minas, desequilibró la economía indígena y por consiguiente sus hábitos alimenticios y desembocó en una de las economías mas vampirescas que existan en el mundo.

A partir de los años treinta, y a lo largo de cuatro décadas, en México se orientó a cubrir la creciente demanda urbana de alimentos baratos, contribuyendo así al afianzamiento de un “modelo de crecimiento bimodal”, con un sector privado moderno en el uso de insumos y tecnología, por un lado, y una economía campesina en el trabajo familiar y el uso de tecnología tradicional, por el otro. (Appendini, 2001).

Dentro de este enfoque resalta la obra de Torres (1997), en la cual hace un interesante análisis de la evolución del patrón a partir del desarrollo de la industria alimentaria. En los años cuarenta del siglo pasado, la expansión de los sistemas

comerciales y de los medios masivos de alimentación provocó una profunda transformación de los hábitos alimentarios al incrementarse la disponibilidad de alimentos industrializados. No obstante, la adopción de estos hábitos no se realiza de manera homogénea en todos los estratos sociales, de ahí que, para las siguientes décadas la alimentación en México, se clasifique de acuerdo al grado de aceptación que los alimentos industrializados tienen entre la población, con los que surgen tres dietas principales.

Primero, la dieta indígena, centrada en el consumo de maíz, frijol, chile, pulque y algunas verduras como nopal o quelites, a los cuales se añaden alimentos como el azúcar, café y pequeñas cantidades de carne o huevo. En segundo lugar se encuentra la dieta mestiza (consumida por la clase media), caracterizada por un incremento en el consumo de frijol, verduras, leche, carne, huevos y la adopción cotidiana de algunos alimentos industrializados como pastas para sopas, harinas de trigo y refrescos. Por último, está la dieta denominada variada, la cual es propia de las poblaciones con mayor poder adquisitivo y que se caracteriza por añadir a la alimentación mestiza productos más variados y seleccionados, adoptando hábitos de países desarrollados, con especial tendencia al consumo de alimentos industrializados (Torres, 1997).

Como menciona el magazine de Excélsior: “Las necesidades masivas de alimentación, a la par de la imperiosa necesidad de diversificar y ampliar las industrias en general, produjeron que los alimentos tuvieran que ser envasados, tratados químicamente para evitar su rápida descomposición. Por otra parte, el uso de insecticidas y fertilizantes para los productos agrícolas, así como el de otras sustancias para engordar artificialmente el ganado y mantener fresca por más tiempo su carne, ha hecho que lo que habitualmente ingerimos sea una especie de coctel químico” (Rius, 1973).

En el 2006, Fausto junto con un grupo de colaboradores, realizan un análisis en la evolución del fenómeno de la obesidad en nuestro país y ellos constatan que,

históricamente, el principal problema de salud está relacionado con la nutrición hasta principios y mediados del siglo pasado. “Era la desnutrición”, así lo confirman los primeros antecedentes publicados en México que hacen referencia a los padecimientos de la obesidad como problema médico epidemiológico (Ávila, 1990). Como menciona Rius (1973) “la gran mayoría de los mexicanos están en esta categoría: gordos y desnutridos, unos porque no tienen dinero para comer bien, pero los más porque no saben comer”

También se le ha relacionado con cambios demográficos, ya que antes la población rural del país era del 75 al 80% del total y la urbana era sólo del 20 al 25%. Para la mitad del siglo XX hubo una transición demográfica, por lo que estas condiciones se habían invertido, y cuando mucho el 20% de los habitantes del país actualmente viven en zonas rurales (González, 2002).

En los últimos años se han asociado otros factores, como lo es la adopción de estilos de vida poco saludables, y los acelerados procesos de urbanización, coincidiendo con las modificaciones con el perfil epidemiológico y de los patrones alimentarios; advirtiéndose que el incremento de la obesidad tiende a desplazarse hacia los grupos con nivel socioeconómico bajo (Peña y Bacallao, 2000).

México, -dice Juan Rivera- está experimentando efectivamente una transición nutricional que ha destrozado mitos y paradigmas. Existen pruebas de un aumento del 20% en la ingestión dietética de grasas y un aumento en la adquisición de alimentos ricos en azúcar, como las gaseosas embotelladas y, al mismo tiempo, una disminución en las compras de frutas, vegetales y legumbres, en el periodo de 1988 a 1999. A ello debe sumarse, la disminución comprobada en las actividades físicas, explica el especialista (Newman, 2004).

Para Rius (1973) la industrialización alimenticia en manos de monopolios gringos ha venido degenerando la comida mexicana, desde la tradicional tortilla hasta las bebidas de antaño nutritivas y hoy desnutritivas. México come hoy peor que hace

cuatro siglos, y las campañas norteamericanas, fabricantes de pastelitos, dulces, refrescos, galletas y latería son en gran parte culpables.

2.3 Obesidad en el mundo

Estudios realizados por Guillen, Hernández y Delgado (2011), hablan sobre el crecimiento en el índice de sobrepeso y obesidad en personas adultas en el mundo. Señalando que en el 2010, solo por debajo de los Estados Unidos y arriba de Nueva Zelanda, México ocupaba el segundo lugar de población con sobrepeso u obesa, a nivel de los 34 países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

Cinco meses después, la misma organización declara que México ocupa el primer lugar mundial, al representar el 69% de adultos con sobrepeso u obesidad, colocando a los Estados Unidos en segundo lugar (Figura 1).

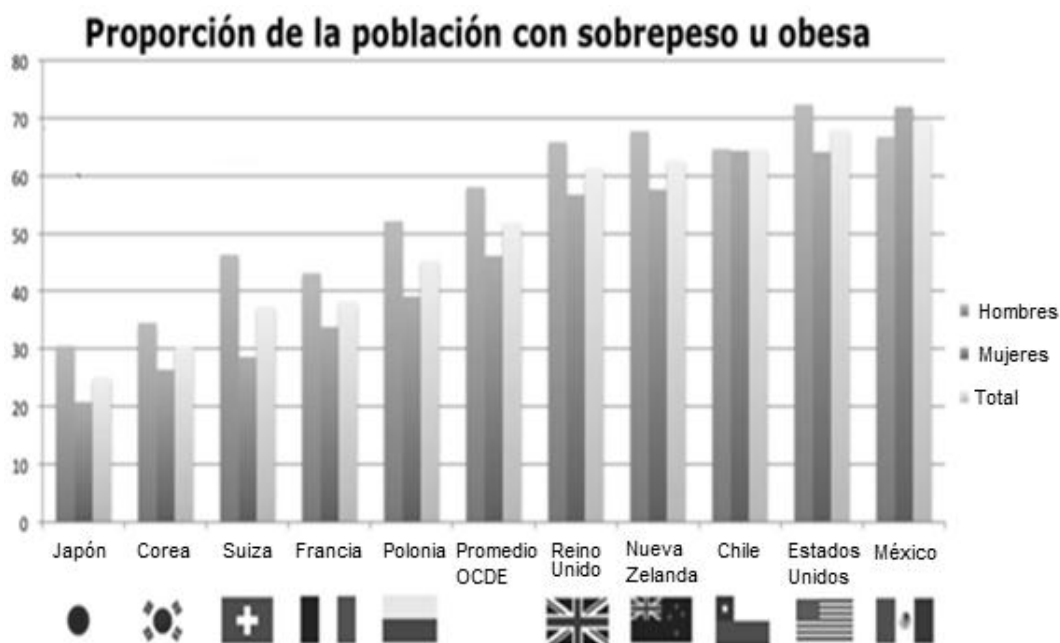


Figura 1: México ocupa primer lugar a nivel mundial de acuerdo con el índice de obesidad en personas adultas en los países de la OCDE. Fuente: OECD 2011

Por otra parte, a Newman (2004) le preocupa que cada día se hace más familiar el encabezado: “la obesidad no es ya un problema exclusivo de los países desarrollados, su presencia en los países en desarrollo va en alarmante aumento”.

Newman hace énfasis en la situación que cada continente vive con relación a la obesidad, encontrando que, en América del Norte (México y EUA), en los últimos años el número de casos de obesidad aumentó considerablemente y con ello la disminución de la actividad física. También expone que, desde la década de 1970, en estos países las porciones de comida rápida han crecido de dos a cinco veces desde su introducción al mercado. Asimismo en América del Sur, específicamente en América Latina (países en desarrollo), proliferan los supermercados abarrotados de alimentos procesados; ello ha traído un aumento en las ventas de alimentos al por menor que va de un 20% en la década de 1980 a un 60% en 2000.

En el continente Europeo, los dulces, comida rápida y cereales endulzados representan más de 50% de los anuncios de comida en 10 naciones de la Unión Europea. En Gran Bretaña el consumo de bocadillos creció casi 25% en un periodo de cinco años.

En algunas partes de África la obesidad afecta más a los niños que la desnutrición. En Túnez, la población urbana está cambiando su consumo de los saludables panes tradicionales de grano entero a pan blanco.

En las calles de Shanghái ubicado en Asia, antes llenas de peatones y ciclistas, ahora se ven congestionadas por automóviles. En Beijing, restaurantes de comida rápida se han instaurado a partir del 2002, contemplándose su expansión.

Los isleños del Pacífico, en Oceanía, han valorado siempre los físicos robustos. El cambio de las comidas locales a una dieta occidental alta en grasas, los ha convertido en una de las poblaciones con mayor obesidad del mundo.

2.4 Obesidad en México

Según los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición acerca del estado nutricional de la población mexicana adulta por entidad federativa, existen variaciones poco importantes en los porcentajes de población distribuida en las categorías del IMC (Díaz, 2011).

Como se aprecia en la Figura 2, son cinco entidades federativas de México con mayor prevalencia de obesidad, tanto en hombres como en mujeres mayores de 20 años, y se puede destacar que, en primer lugar todas las entidades federativas se encuentran en la región norte, en su mayoría en la frontera con Estados Unidos, o en la región sur-sureste del país. En segundo lugar, sólo el estado de Tabasco se encuentra entre las cinco entidades federativas con mayor prevalencia de obesidad tanto en mujeres como en hombres. Y un último aspecto que destaca es que, entre las entidades federativas con mayor prevalencia de obesidad femenina los porcentajes son superiores a 40%, mientras que entre los hombres los porcentajes son inferiores respecto de los de las mujeres, pues se ubican alrededor de 30%.

ENTIDADES FEDERATIVAS CON MAYOR PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON OBESIDAD, POR SEXO, 2006

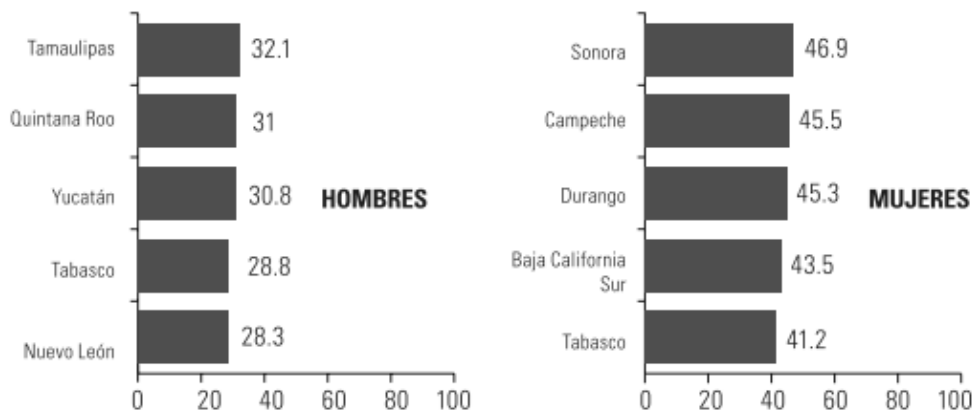


Figura 2: Entidades federativas con mayor porcentaje de población con obesidad. Fuente: Este País, con base en: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006).

2.5 Obesidad en Adultos.

Las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Figura 3) indican que cerca del 30% de la población mexicana adulta mayor de 20 años de edad está en su peso adecuado, mientras que 69.4% de los mexicanos adultos tienen exceso de peso corporal (40% sufre preobesidad y 29.4% obesidad) (Díaz, 2011).

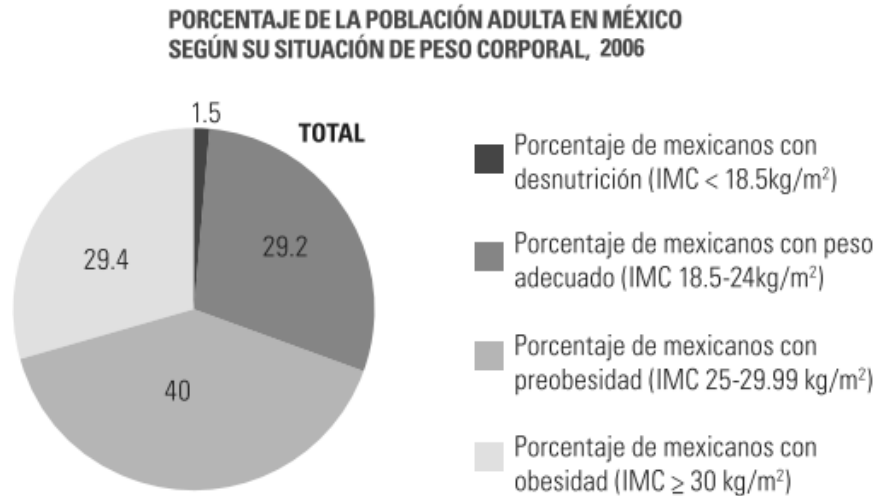


Figura 3: Porcentaje de la población adulta en México según su situación de peso corporal. Fuente: Este País, con base en: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006).

En la Figura 4, se observa que en la preobesidad o sobrepeso, la prevalencia es mayor entre hombres (42.5%) que en las mujeres (37.4%). Sucede lo contrario en la categoría de obesidad donde la proporción es mayor entre las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2%). Por lo tanto, si sumamos las dos condiciones de exceso de peso, el 71.9% de las mujeres y el 66.7% de los hombres padecen preobesidad u obesidad en el país.

**PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA EN MÉXICO
SEGÚN SU SITUACIÓN DE PESO CORPORAL, POR SEXO, 2006**

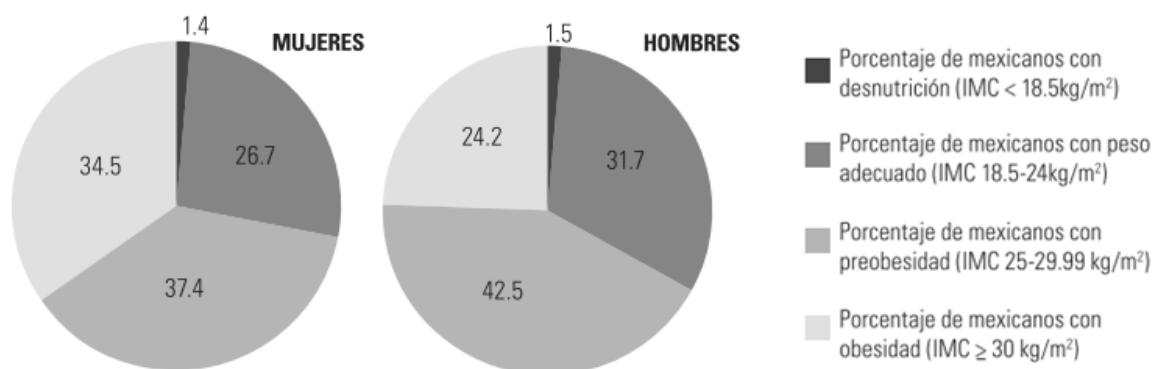


Figura 4: Porcentaje de la población adulta en México según su situación de peso corporal, por sexo. Fuente: Este País, con base en: INSP, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006).

2.6 Obesidad en el sector salud

Desde hace varios años, la obesidad ha dejado de ser sólo una preocupación estética o un asunto privado, y se ha convertido en un problema de salud pública, debido al incremento de padecimientos asociados con el exceso de peso (Díaz, 2011).

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de Salud Pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece.

La obesidad, también llamada epidemia global implica costos significativos no sólo para el sistema de salud pública, también afecta la sustentabilidad del régimen de pensiones y la estabilidad económica y social de la población, especialmente de los sectores más pobres (Secretaría de Salud, 2010).

Szekely (2007) señala que la Secretaría de Salud gasta más en los pacientes con obesidad que en los desnutridos y, según proyecciones de expertos, para el año 2015 todo su presupuesto tendría que ser usado en ellos.

En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la Organización Mundial de la Salud promovió una Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en 2004 (Secretaría de Salud, 2010).

Esta estrategia tiene el propósito de contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que enfrenta el país, derivadas del sobrepeso y la obesidad, a través de un apoyo integral de Estado, con acciones dirigidas especialmente a los menores de edad, en forma individual, comunitaria y nacional, que permitan mejorar la oferta y el acceso a alimentos y bebidas favorables para la salud, así como la promoción de la práctica de actividad física constante a lo largo de las diferentes etapas de la vida.

Sus objetivos fueron determinados mediante la revisión de la magnitud y trascendencia del problema en México, de la evidencia científica internacional, de diversos programas realizados en este país y de intervenciones que se han llevado a cabo en otras naciones. Entre los objetivos de este acuerdo se encuentran fomentar la actividad física en la población en los entornos escolar, laboral, comunitario y recreativo con la colaboración de los sectores público, privado y social; aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua simple potable; disminuir el consumo de azúcar y grasas en bebidas y alimentos; incrementar la disponibilidad, accesibilidad y promoción para el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta; mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta a través de un etiquetado útil, de fácil comprensión y del fomento del alfabetismo en nutrición y salud; disminuir el consumo de grasas saturadas en la

dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial; orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos; disminuir el consumo diario de sodio; entre otros.

Las dependencias y entidades públicas federales que participan para con el logro de estos objetivos son: la Comisión Federal para la Protección de los Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), la Comisión Nacional del Agua (CONAGUA), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (SAGARPA), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), la Secretaría de Economía (SE), la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Comisión Nacional del Deporte (CONADE), la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Secretaría de Marina (SEMAR), la Secretaría de Salud (SS) y la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS).

Actualmente la Secretaría de Salud (2012) realiza diversos programas, entre los que se incluyen “5 Pasos por su Salud” para vivir mejor, enfocado a que la población adapte hábitos sencillos para tener una vida saludable, ellos son: muévete, toma agua, come frutas y verduras, mídete y comparte con la familia y amigos.

2.7 Obesidad desde el DSM-IV-TR

Es interesante saber que todavía no es clara la relación entre la obesidad y alguna alteración psicológica o conductual de características propias; por lo que ésta ha sido excluida de los trastornos de la conducta alimentaria en la clasificación de la American Psychiatric Association en el DSM-IV y por la OMS en el CIE-10 (Vázquez y López, 2001).

De acuerdo a Osorio y colaboradores (2002) la conducta alimentaria es el comportamiento relacionado con los hábitos de alimentación, la selección de alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas de ellos.

Por lo tanto los trastornos de la conducta alimentaria son diferentes entidades que se caracterizan por presentar alteraciones en relación con la ingesta de alimentos. Los trastornos más conocidos son los relacionados con alteraciones de la ingesta de sólidos, como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa (Miján, 2004).

En el DSM-IV-TR la obesidad es reconocida como un trastorno de la conducta alimentaria no específico, el cual se refiere a los trastornos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. En esta categoría se agrupan, sin posibilidad de diferenciarlos, a las personas con obesidad y comedores compulsivos que no pueden ser diagnosticados como bulimia nerviosa, ya que no presentan mecanismos compensatorios tras el episodio de ingesta voraz (López y Aliño, 2005).

Para Miján (2004), la obesidad, o al menos gran parte de los trastornos que cursan con obesidad, son trastornos de la alimentación que a su vez pueden estar relacionados con otros trastornos, como la bulimia o los trastornos afectivos. Presentan, además, implicaciones biopsicosociales que causan un gran sufrimiento e incluso invalidan a las personas que los padecen. La participación psicopatológica es en etiología clínica, y las implicaciones familiares, sociales, laborales y afectivas son innegables. El tratamiento debería ser, además de pluridisciplinar, posterior a la valoración adecuada de los trastornos psiquiátricos que se asocian, acompañan o surgen a lo largo de la evolución. Por ende la obesidad es un trastorno que afecta a un instinto primario siempre influye en el conjunto de la vida, actividades y relaciones de la persona. Son trastornos con recaídas frecuentes, la duración del tratamiento suele ser larga y costosa, las

consecuencias para la salud física, psíquica y social son importantes y los fracasos terapéuticos, muy frecuentes.

2.8 Causas de la obesidad

El peso corporal está determinado por la interacción entre factores socioculturales, físicos y psicológicos que actúan como mediadores fisiológicos de la ingesta y el gasto energético, mismos que se abordarán en este apartado.

2.8.1 Factores Socioculturales

No hay duda de que la obesidad es un problema mundial creciente, reflejo de cambios profundos en las sociedades y por ende en los patrones de conducta. El crecimiento económico, la modernización y la globalización de la industria alimentaria, favorecen la accesibilidad y el elevado consumo de alimentos calóricamente densos, así como la disminución de la actividad física cotidiana condicionada por el actual mundo laboral, la tecnología doméstica y a los patrones de ocio “pasivo” que subyacen como germen de la obesidad (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005).

Saldaña y Rossell (1988) señalan la relación entre obesidad y nivel socioeconómico, la cual fue establecida por primera vez en un riguroso estudio realizado en 1962 con 1,660 personas seleccionadas como representantes de los 110,000 habitantes del área residencial de la ciudad de Nueva York. Los resultados de este estudio mostraron una sorprendente relación entre la obesidad y el nivel socioeconómico de origen. La prevalencia de la obesidad fue siete veces mayor entre las mujeres que provenían de una clase social baja frente a las que procedían de la clase social alta, es decir, el 30% de las mujeres del nivel socioeconómico más bajo eran obesas, y este porcentaje tendía a decrecer a medida que aumentaba el estatus socioeconómico, observándose solamente el 4% de mujeres obesas en la clase social más elevada. Consideramos que estos datos son en sí mismos suficientemente elocuentes pero, ¿porque existe esta mayor prevalencia entre las clases socioeconómicas con menos recursos?

Algunos autores han estudiado este fenómeno, y ya en 1966 Lewis (citado por Saldaña y Rossell) planteaba que se debía a que la clase baja consume mayor cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono que aportan más calorías que los alimentos ricos en proteínas, debiéndose al menor precio de estos alimentos. Adicional a ello, Rius (1973) menciona que la comida en las áreas marginadas escasea o es disfrazada la carencia con antojitos y comestibles sin ninguna propiedad nutricional”.

De acuerdo a las teorías psicológicas, la elección de la dieta reconoce factores individuales que influyen en la conducta de comer, haciendo hincapié en el aprendizaje, las creencias, las actitudes y la constitución psicofisiológica de la persona. Se basa en la premisa de que la elección de la comida no es sólo producto de contenido nutricional del alimento de que se trate, la selección de los alimentos se produce dentro de una red de significados sociales (Ogden, 2005).

La comida siempre ha sido una forma de comunicación, esa que se produce en el contexto social más amplio y puede decirse que la alimentación está inherente a la identidad cultural, ya sea religiosa, de poder social o como delimitación simbólica entre cultura y naturaleza.

Asimismo, nuestra interacción social es fácilmente asociada con comida; por ejemplo Saldaña y Rossell (1988) mencionaron que la mayoría de las celebraciones de los adultos (homenajes, bodas, bautizos, exposiciones, triunfos, etc.) van acompañadas de grandes banquetes o recepciones que incluyen abundante ingestión de comidas y bebidas alcohólicas con altas contribuciones calóricas. Este modelo adulto es rápidamente traspasado al *modus vivendi* infantil, de forma que sus acontecimientos importantes, como cumpleaños, bautizos, comuniones, éxitos escolares o deportivos, son celebrados con un gran acopio de comida y golosinas.

Ogden (2005) señala que tampoco podemos dejar de mencionar la importancia de que la alimentación, especialmente en los países latinos, es signo de amistad y de acontecimiento social.

Rius (1973) menciona que en México hay desnutrición y obesidad por tradición, y si en lugar de comer carne, corn flakes, pan blanco, twinkys, submarinos, aguas puercas embotelladas, tamales de dudoso contenido, dulces, galletas, helados cremosos, sopitas de fideo, arroz o espaguetis, tortas y tacos de mil porquerías, nos alimentáramos bien, con alimentos naturales se puede prescindir sin problema de la carne, pastas, refrescos, bolillo, y mil porquerías que venimos comiendo más por costumbre que por necesidad, y podemos dejar eso sin debilitarnos o desnutrirnos.

Ogden (2005) indica que la comida es un instrumento corriente de comunicación en la familia. Con frecuencia, el comedor es el único lugar en el que ésta se reúne y la comida familiar puede convertirse en el foro para poner en común las vivencias de la jornada. Además los tipos de alimentos que se tomen y la forma de cocinarlos pueden crear un sentido de identidad al grupo, como en “la fiesta de cumpleaños” y “la comida del domingo”.

También la publicidad y la televisión tienen un gran potencial intrínseco y extrínseco para promover cambios en los hábitos de la población. El ciudadano se ve sometido a un bombardeo publicitario que más de una cuarta parte del tiempo está relacionado con productos alimenticios aunque no siempre dietética y nutricionalmente sanos. Algunos teóricos estudiaron los anuncios alimentarios de cuatro cadenas televisivas de Chicago, encontrando que casi el 70% del tiempo se utilizaba en anunciar productos con índices elevados de grasas y solamente el 3% del tiempo estaba dedicado a anuncios de frutas y verduras. Asimismo, durante los fines de semana, el 85% de la publicidad alimentaria correspondía a productos con altos índices de grasa, colesterol, azúcar y sal, mientras que no aparecía ningún anuncio sobre vegetales o frutas (Saldaña y Rossell, 1988).

2.8.2 Factores físicos

Moreno, Monereo y Álvarez (2005) indican que la obesidad no puede ser contemplada únicamente como un problema endócrino o de comportamiento, ya que es sabido que si sometemos a un grupo de individuos al mismo régimen de ingesta de energía y ejercicio físico, aparecerán variaciones interpersonales en cuanto a la ganancia o pérdida de masa corporal que se deben a los factores genéticos que los determinan.

Los avances tecnológicos han permitido en los últimos años identificar alrededor de 300 genes incluido el gen ob, marcadores y regiones cromosómicas involucrados en el mantenimiento del balance energético y en el desarrollo de la obesidad. Se trata en general, de genes con efectos mínimos a nivel individual, que actúan de manera conjunta en los distintos pasos de las rutas metabólicas.

Guillen, Hernández y Delgado (2011) señalan que las investigaciones recientes sugieren que en término medio la influencia genética contribuye en aproximadamente un 33% al peso del cuerpo pero esta influencia puede ser mayor o menor entre individuos.

Por otro lado, se han realizado experimentos de estimulación eléctrica en la obesidad, los cuales confirman un daño en dos centros reguladores de la ingesta, el centro del hambre ubicado en el hipotálamo lateral y el centro de la saciedad situado en el hipotálamo ventromedial. Se ha probado que, si el sistema nervioso central no regula el balance energético y el peso corporal esto puede dispararla (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005).

También se ha probado científicamente que el aumento en el consumo de chocolate, alimentos estimulantes, carne y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono está asociado a la necesidad de aumentar los niveles de serotonina, recordando que este neurotransmisor se encarga de regular el apetito,

la sensación de hambre y saciedad y que en el caso de la obesidad sus niveles disminuyen (Silvestri y Stavile, 2005).

De igual forma existen alteraciones endócrinas como el hipotiroidismo; y otras situaciones metabólicas que pueden desencadenar la acumulación adiposa, como lo son el embarazo, la lactancia, la menarquía, la supresión de la actividad física, el abandono del tabaquismo, o después de una intervención quirúrgica. Así como (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005).

2.8.3 Factores Psicológicos

Aunque actualmente se reconoce la participación de factores genéticos, hormonales y metabólicos en el desarrollo de la obesidad, Moreno, Monereo y Álvarez (2005) afirman que el principal trastorno fisiopatológico obedece a un desequilibrio entre el incremento de ingesta calórica y un reducido gasto de energía, que conduce a un balance energético negativo que se manifiesta como un aumento del comportamiento adiposo (acumulación adiposa), promoviendo hábitos poco saludables.

Para Saldaña y Rossell (1988) existen estímulos antecedentes de la conducta de sobreingesta que están influenciados por estímulos externos e internos. De estos últimos existen las respuestas cognitivas y fisiológicas, la primera se refiere al estado de ánimo que desencadena la conducta de ingesta, por ejemplo, sentirse aburrido, tenso, deprimido, ansioso, enfadado o pesimista; y las fisiológicas describen la presencia o ausencia de sensación física de hambre o saciedad. Por otro lado, en los estímulos externos actúan las respuestas ante las características inherentes a los alimentos como el olor, sabor o apariencia externa, los hábitos de compra, disponibilidad y lugar de consumo de los alimentos, actividades que se realizan simultáneamente con la ingesta como leer, ver tele, etc.

Se han realizado hipótesis en relación a los hábitos alimenticios que afirman diferencias entre las personas con normopeso y obesidad, señalando que en estas

últimas se observa un ritmo de ingesta más acelerado, adquiriendo grandes bocados a intervalos más frecuentes y masticando menos en cada bocado. Eugen, Lipsitt y Robinson (1978) realizaron una interesante investigación avalando las hipótesis que parecen estar presentes desde el nacimiento, pues evaluaron 96 neonatos cuyos pesos oscilaban entre 2,8 y 5kg, los resultados fueron sorprendentes ya que se encontró una correlación moderada pero significativa entre el ritmo de chupar y el peso de los bebés (Saldaña y Rossell 1988).

Para Saldaña Y Rossell (1988) la característica diferencial en el estilo de alimentación de las personas con obesidad, es la elección de alimentos en función de su valor calórico y propiedad nutritiva. Algunos autores han indicado que los alimentos ingeridos no difieren con lo que comen las personas de peso normal según en el porcentaje de calorías que provienen de proteínas, grasas y carbohidratos; sin embargo Dodd y cols., en 1976 (citado por Saldaña y Rossell) encontraron que las personas con obesidad consumían alimentos con una proporción significativamente mayor en carbohidratos y menor en proteínas que las personas sin obesidad.

En 1951, Hamburger descubrió cuatro factores causales para identificar el papel que juegan las variables psicológicas en la sobrealimentación: ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas, como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables, ingesta como síntoma de enfermedad mental subyacente y adicción a la comida (Saldaña y Rossell, 1988).

Complementando lo anterior, Moreno, Monereo y Álvarez (2005) señalan que los pacientes con obesidad, sin darse cuenta, comen para calmar la ansiedad que les producen situaciones cotidianas. Pero también ante acontecimientos vitales muy estresantes o incluso ante frustraciones personales, pueden llegar a presentar cambios en el apetito. Esto puede hacer que el paciente no sea capaz de separar el hambre de otras sensaciones de malestar, o no reconozca el estado de saciedad, lo que le lleva a un aumento de la ingesta. Silvestri y Stavile (2005)

mencionan que el comer como recurso antiansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se forma un círculo vicioso, donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende aumentar de peso, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come. Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2008) refiere este círculo como un circuito recompensa o de gratificación del cerebro, en donde se conectan varias estructuras cerebrales que controlan y regulan nuestra capacidad de sentir placer. “El hecho de sentir placer nos motiva a repetir comportamientos como comer, es decir, acciones esenciales para nuestra existencia”.

Alonso, Blanco y Carballal (2009) afirman que muchos alimentos tienen además de sus cualidades alimenticias, un valor simbólico y emocional. “Como señaló Todhunter en 1973, la comida tiene un complejo conjunto de símbolos, la comida es prestigio, estatus y riqueza. Es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, simboliza fuerza, abundancia, éxito. Es un medio de placer y gratificación personal, y un alivio a la tristeza o al estrés, es una expresión de individualidad y sofisticación, un medio de expresión personal y una forma de sublevación. Sobre todo es tradición, costumbre y seguridad”.

Aunado a esto, Hirschmann y Munter (1988) señalan dos tipos de hambre, la fisiológica que está vinculada con nuestra necesidad de reponer combustible y por lo que se sostiene la vida, y el hambre bucal o emocional, que nada tiene que ver con el sustento de la vida, sino mas bien con el intento de atenuar un estado de insatisfacción emocional. Por lo tanto, con el hambre bucal se está tratando de llenar un vacío existencial, aunque fisiológicamente se haya saciado el hambre.

Para Silvestri y Stavile (2005) lo verdaderamente preocupante, es que a algunos individuos se les dificulta discriminar las necesidades emocionales de las fisiológicas, y como consecuencia comen excesivamente en respuesta a la

activación emocional. Incluso estas personas utilizan la comida como una estrategia evasiva, de modo que comer anestesia el dolor o la angustia, y permite que se sientan temporalmente mejor.

Si bien, los hábitos alimenticios influyen en el desarrollo de la obesidad también los cambios observados en el estilo de vida, específicamente una vida más sedentaria ha modificado notablemente la estimulación fisiológica de respuestas saludables promovidas por el ejercicio físico. La OMS en su informe del 2003 sobre el sedentarismo estima que más del 60% de la población adulta de todo el mundo realiza actividad física insuficiente para obtener resultados que beneficien a la salud (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005).

Adicional a lo anterior, Barceló y Borroto (2001) comentan que este estilo de vida sedentario o por lo menos inferior al consumo excesivo de ingresos calóricos son favorecidos en muchas ocasiones por la disminución progresiva del esfuerzo físico, resultado del desarrollo de la alta tecnología, que ha creado una actitud negativa hacia la actividad física y ha consumido al hombre en un sedentarismo que afecta la salud.

Silvestri y Stavile (2005) describen otros factores psicológicos desencadenantes de la obesidad, que aunque se observan en menor frecuencia, están presentes y pueden afectar un tratamiento. El miedo a estar delgado es uno de ellos, algunas personas de manifiestan este temor ya que asocian la disminución de peso con sentir hambre o padecer enfermedades. Otro factor es el desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones, estas personas exageran el placer de comer como forma de compensar insatisfacciones permanentes en algún área de su vida. Un factor más es la aparición de la obesidad como respuesta a una pérdida, en donde la persona elige la comida para llenar un vacío emocional. Por último es la obesidad como forma de destrucción de la figura femenina, en donde la obesidad es utilizada para disimular su cadera, pecho y cintura.

Por último, en lo que se refiere a la personalidad de los individuos que padecen obesidad, hoy en día no se mantiene la existencia de algún patrón propio, aunque si podemos encontrar rasgos como la impulsividad y dependencia que aparecen con mayor frecuencia (Moreno, Monereo y Álvarez, 2005).

Ravenna (2004) afirma que una de las causas de la obesidad es la personalidad adictiva, la cual describe “como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esa dependencia hace que la persona con obesidad adapte a su estilo de vida una automática conducta adictiva, con un humano más propenso a volverse «adicto» a objetos, actividades y personas”. Por ello, en algunos casos el tratamiento para la obesidad falla, ya que es fácil regresar a los malos hábitos de ingesta, a la adicción a la comida, pues durante el proceso de ingesta no se piensa en la salud, en el cuerpo, en la discriminación o el rechazo social, solo en la necesidad de satisfacer su estado emocional actual.

2.9 Secuelas en la obesidad

Con frecuencia el incremento de peso se asocia al aumento de enfermedades físicas e implicaciones psíquicas y sociales importantes; los cuales se describirán a continuación.

2.9.1 Secuelas Socioculturales

Para Toro (2004) la obesidad constituye en nuestros días un auténtico estigma social. “Si tomamos en cuenta que las sociedades occidentales contemporáneas veneran la perpetua juventud y un modelo de belleza estereotipado, es fácilmente relacionar delgadez con perfección; y como consecuencia el rechazo más o menos manifiesto de cualquier persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente”.

Saldaña y Rossell (1988) indican que para Brownell en 1982 la persona con obesidad no sufre únicamente por su condición física, también por discriminación y culpa que la sociedad le asigna. “Feos”, “gordos”, “descuidados”, “incompetentes”, “flojos”, “sucios”, “con falta de voluntad” y “control personal”, son solo algunas etiquetas que la sociedad les impone; y si a ello le agregamos la incomodidad de su ropa ajustada, su dificultad de movimiento o acudir a lugares públicos, su padecimiento puede convertirse en algo realmente vergonzoso.

Derivado de lo anterior, estos pacientes pueden presentar un trastorno ansioso-depresivo, lo que conduce a comer para calmar su angustia, y con ello cerrar un círculo vicioso que comienza con la obesidad y termina en ella al perpetuarla. Viven entre la culpa y el castigo, convirtiéndose el alimento en un medio que equilibra el placer del displacer, sin oponerse a la sanción por llevar un comportamiento que vive como incorrecto (Silvestri y Stavile, 2005).

O bien, como menciona Montero (2001) esta presión por tener una figura socialmente valorizada, les lleva a someterse a tratamientos inadecuados, consumiendo dietas bajas en calorías y a desarrollar conductas patológicas para controlar su peso, tales como el consumo de píldoras dietéticas, diuréticos y laxantes. Sin embargo, mantener a mediano o a largo plazo la restricción calórica provoca cambios internos en el cuerpo, adicional a una necesidad imperiosa por comer alimentos ricos en hidratos y se manifiestan atracones que conducen al esperado rebote.

Afectando principalmente a la mujer, como menciona Rius (2003) “estar gordita no solo se ve mal: una mujer gorda además de «no lucir», se siente mal física y mentalmente. “Los gordos y gordas viven acomplejado (sobre todo ellas) y tienen que recurrir constantemente a dietas especiales para estar en forma. Pero todavía estos son problemas menores comparados con los que provoca la obesidad en el organismo”.

2.9.2 Secuelas Físicas

Ruis (1973) señala que la obesidad no favorece el buen funcionamiento del organismo. “El exceso de peso no permite trabajar bien, el gordo se cansa rápido, no puede practicar ningún deporte, camina y tiene que tomar aire, no disfruta igual de la vida.

Para Moreno, Monereo y Álvarez (2005) el aumento de la morbimortalidad está asociado a pacientes con sobrepeso y obesidad. Las enfermedades más comunes en estos pacientes son la hipertensión, dislipemia, diabetes tipo 2, cáncer, articular y alteraciones cardíacas y en la piel.

La hipertensión tras su incremento continuo de presión sanguínea en las arterias, ocasiona complicaciones en el riñón, corazón y sistema nervioso central.

El colesterol alto, también denominado dislipemia, favorece la formación de coágulos y obstrucción completa de las arterias, desencadenando infartos al miocardio, trombosis cerebral o amputación de las extremidades.

La diabetes tipo 2 puede dañar el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos y los riñones. Por otro lado, las enfermedades respiratorias originan el síndrome de apnea obstructiva del sueño provocando ronquidos, somnolencia diurna y una circunferencia mayor del cuello, durante estos episodios son frecuentes las arritmias que pueden llevar a la muerte súbita.

De acuerdo a Moreno, Monereo y Álvarez (2005) un estudio estadounidense demostró que, tanto en hombres como en mujeres, existe mayor riesgo de muerte en cáncer de esófago, hepático, vesícula biliar, pancreático y renal. Además en hombres se ha incrementado la mortalidad en cáncer de estómago y de próstata, y en mujeres, cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovario.

En las articulaciones se observa un daño principalmente en las rodillas y tobillos. Mientras que las alteraciones de la piel forman estrías abdominales y reflejan la expansión de los depósitos de grasa principalmente en los brazos y piernas.

Por último Díaz (2011) agrega que, estas enfermedades varían entre individuos. No obstante, el exceso de grasa corporal en la cavidad intra-abdominal y la predisposición genética aumentan el riesgo de desarrollarlas.

2.9.3 Secuelas Psicológicas

No hay duda, la obesidad no es solo un problema médico, también tiene implicaciones psicológicas importantes.

Apfeldorfer (2004) menciona que el elemento motor en el desarrollo de los trastornos alimentarios radica en la tentativa de escapar a la conciencia de sí, a la propia realidad, a los elevados estándares que el individuo se ha propuesto pero no logra alcanzar, a los juicios supuestamente negativos de los demás y a la experiencia depresiva que de ello resulta, todo lo cual se vive como algo singularmente doloroso. Ese “angostamiento cognitivo”, ese retorno a un modo de funcionamiento mental y más bajo nivel de conciencia, tiene como resultado la aparición de esquemas de pensamiento y creencias irracionales, así como un alza de las inhibiciones.

Para Kaplan y Sadick (1998) los pacientes con trastornos de alimentación, suelen presentar dificultades psicológicas de carácter general, en relación con la autoestima y la capacidad de autocontrol. Parecen tener una escasa capacidad para conservar la autoestima y manejarse con situaciones de tensión. Los conflictos para el logro de un adecuado sentimiento de estabilidad y autonomía llevan a intentar compensar la falta de integración mediante el establecimiento de relaciones y el apoyo externo. Cuando dichas relaciones no son accesibles o resultan insuficientes la persona experimenta una sensación de fragmentación interna, teñida de desesperanza, vacío o hastío. Puesto que la expectativa de lo

que pueden proporcionar los demás es poco realista, la persona vive la mayoría de relaciones como insatisfactoria y se siente excesivamente influenciada o explotada.

Moreno, Monereo y Álvarez (2005) afirman que en algunos casos, con la obesidad aumenta la vulnerabilidad de desarrollar trastornos emocionales, pero no es un trastorno psiquiátrico en sí mismo; se inclina más por considerarla un factor de riesgo para el desarrollo de algunos trastornos psiquiátricos y sugerir que este padecimiento puede ser un signo clínico de la existencia de alguna psicopatología.

Para Moreno, Monereo y Álvarez existe una clara relación entre la obesidad y una serie de trastornos mentales. Es fácil entender que una persona con obesidad tenga en algún momento síntomas depresivos o ansiosos, tanto por la presión social como por la dificultad de asumir la propia imagen; es frecuente que aparezcan sentimientos de vergüenza y culpa, ante la imposibilidad de mantener un peso ideal o seguir la dieta prescrita. La pérdida de motivación y el malestar por la propia imagen aparecen al enfrentarse a una sociedad que venera y premia la delgadez hasta límites insospechados.

Saldaña y Rossell (1988) señalan que si existen actitudes negativas hacia personas con obesidad, ello ocasionará problemas psicológicos tales como pérdida de autoestima, un concepto distorsionado de su imagen corporal, depresión y relaciones interpersonales pobres que les conduce al aislamiento social. Todos estos factores, que afectan especialmente a la mujer, generan altos niveles de ansiedad y costos personales elevados. Estos autores indican que, a menudo los observan más vergonzosos, pasivos, tímidos y temerosos en comparación con las personas "delgadas". También menciona que tienen un desarrollo inadecuado de su personalidad o manifestaciones de enfermedades psíquicas.

Es importante detenerse para hablar de la imagen corporal ya que está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentido del yo. Ogden (2005) la define como el cuadro del propio cuerpo que se forma en la mente. Faccini (2002) agrega que la imagen corporal es definida como una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser diferente de la apariencia real.

Silvestri y Stavile (2005) señalan tres esferas que están íntimamente relacionadas con la constitución de la imagen corporal haciendo que sus componentes sean más problemáticos en los individuos con obesidad, afectando principalmente a las mujeres. Estas esferas son: registro de forma, de contenido y de significado. El registro de la forma, se refiere a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales; en la obesidad se ha encontrado una distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física pues el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales. Por otro lado, el de contenido corresponde a las percepciones de estímulos internos, por ejemplo hambre-saciedad o frío-calor; en la obesidad se ha encontrado una dificultad para percibir, discriminar y nominar los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones psicológicas. Por último el registro de significado, que indica el concepto del propio cuerpo, incluye las representaciones inconscientes del deseo y la capacidad de comunicar, simbolizar y crear vínculos en sus relaciones; no obstante, en la sociedad actual sobrepreocupada por la apariencia física, en la obesidad se ha encontrado que la persona se siente juzgada, físicamente menos atractiva y carente de voluntad, lo que conlleva el desarrollo de una preocupación estresante, perturbadora, timidez y vergüenza en situaciones sociales, incomodidad y angustia cuando su apariencia es percibida por otros, excesiva importancia dada la apariencia en la autoevaluación y por ende ésta es negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por su apariencia física.

Para Ogden (2005) la insatisfacción corporal puede considerarse en tres perspectivas diferentes a) como una imagen corporal deformada, b) como discrepancia del ideal (“me gustaría ser”) y c) como respuestas negativas al cuerpo (“no me gusta lo que veo”).

Silvestri y Stavile (2005) mencionan que la insatisfacción de la imagen corporal en la obesidad no sólo es una motivación frecuente para bajar de peso, también es el motivo de un importante malestar crónico, que repercute en sus pensamientos, sentimientos, conductas y notablemente en la calidad de vida de quien la padece.

Kirszman y Salgueiro (2002) afirman que el constructo de la imagen corporal no es estático ni rígido, sino maleable y sujeto a modificación con relación a la influencia del contexto. Es importante destacar que si bien el contexto influye en lo que cada uno piensa sobre sí mismo, se complementa con el concepto que tenga cada individuo de su propio cuerpo, siendo que en la obesidad puede estar dominada por una evaluación negativa de la apariencia y extenderse a toda la experiencia de la persona.

Dado que las personas con obesidad no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos sexuales por temor al rechazo; como consecuencia crean ese círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y amenaza con alteraciones en el estado de ánimo, provocando depresión.

En lo que se refiere a la depresión, el Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) describe las siguientes características: quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes; su atención parece concentrarse únicamente en lo negativo; sufre de pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes; padece de insomnio o al menos dificultad para conciliar el sueño; vive con constante

sensación de cansancio, dolores musculares o estreñimiento; también muestra incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales o sociales habituales; presenta bajo nivel de autoestima, irritabilidad, llanto, miedo o angustia sin situación que lo justifique; además suele tener sentimientos de culpa, incompetencia personal o inutilidad; y por último pueden desarrollar sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo y pueden provocar pensamientos suicidas.

CAPÍTULO 3. PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL

En función a las aportaciones de diversos autores y al objetivo del presente estudio, durante este capítulo se abordará el tema del programa de intervención utilizado en el grupo, sus técnicas y aportaciones para la modificación de conductas, pensamientos, creencias y actitudes relacionadas con la obesidad.

3.1 Programa de intervención grupal

Plaza, Rodrigou y Díaz (2003) afirman que para entender a la comunidad en sus propios procesos es necesario construir estrategias según su historia aprendida y necesidades emergentes; y señalan que tanto los procesos como las relaciones se dan en un contexto, lo cual nos posibilita aproximarnos y pensar en una intervención comunitaria.

De acuerdo a Riart (1996) un programa de intervención se refiere a la planificación y ejecución en determinados períodos de contenidos encaminados a lograr los objetivos establecidos a partir de las necesidades de las personas, grupos o instituciones inmersas en un contexto espaciotemporal determinado.

Reboloso, Fernández y Cantón (2008) indican que por su propia naturaleza todos los programas implican una corriente de ingresos (beneficios, valores positivos) y de egresos (costos, valores negativos) en las distintas etapas de su evolución. En este proceso, tanto las entradas como los resultados (autonomía e independencia de las personas, sentimientos de seguridad, bienestar, calidad de vida, etc.), son múltiples de manera que puede decirse que los programas utilizan, en general, una amplia variedad de recursos para producir igualmente una amplia variedad de resultados. Las evaluaciones de un programa pueden ayudar a la mejora continua del mismo, aumentar el conocimiento social o demostrar que el programa ha cumplido su responsabilidad ante la sociedad y los interesados en el tema. “Evaluamos con el propósito de planificar, para identificar formas innovadoras de cómo tratar los problemas humanos y comunitarios, para decidir sobre el futuro de

un programa (continuar o abandonarlo) y para ayudar su defensa frente a otras alternativas; en definitiva se trata de lograr que la intervención tenga efectos benéficos para algún sector o grupo social minoritario o en desventaja, sus propósitos son la responsabilidad, el desarrollo y el conocimiento”.

Los resultados de estas intervenciones recalcan la solución de problemas inmediatos y la concientización por parte de la comunidad sobre sus necesidades. Estos cambios incluyen la creación de ambientes terapéuticos, nuevos tratamientos farmacológicos, educación a la comunidad e integración de programas de salud física (Plaza, Rodrigou y Díaz, 2003).

Siendo la obesidad una patología de origen multifactorial requiere de un tratamiento multifacético e integrador que involucre a diversos especialistas. Por lo tanto un programa de intervención es una propuesta factible, creativa y detallada, utilizado para realizar una mejora o resolver una problemática grupal, sobre cualquier aspecto que afecte a su buen desempeño biopsicosocial.

Álvarez (2004) sugiere cinco pilares para el tratamiento de un paciente con obesidad, estos son: dieta con alimentación hipocalórica -baja en grasas-, un programa de actividad física permanente, psicoterapia individual o grupal, fármacos y cirugía. Los tres primeros deben aplicarse a todos los pacientes; se estima que alrededor del 50% de ellos necesitarán de un fármaco y no más del 5% deberá requerir una intervención quirúrgica.

A diferencia de Álvarez, Vannini (2009) recomienda planificar el tratamiento basado en cuatro pilares: médico, nutricional, de movimiento o actividad física y psicoterapia para modificar la conducta y por consecuencia un estilo de vida más saludable. Los pilares fundamentales del tratamiento son: la intervención dietaria con reeducación nutricional y la incorporación de la actividad física adaptada desde el inicio del tratamiento para conseguir un balance energético negativo y su mantenimiento a largo plazo del descenso ponderal. Hace énfasis en el apoyo

terapéutico como una útil herramienta para mejorar el cambio de hábito alimentario y de actividad física.

Para Kaplan y Sadock (1998) los diversos aspectos del tratamiento de los trastornos de la ingesta se conceptualizan en forma de dos áreas de abordaje, que a menudo se denominan vía uno y vía dos. Los temas ligados a la vía uno suponen la normalización del patrón alimentario, la estabilización de un peso y la conservación de un buen estado de salud. La vía dos incluye los aspectos psicológicos subyacentes que dan lugar a la aparición del trastorno y la perpetúan. Las vías uno y dos se abordan desde distintas modalidades de tratamiento. La vía uno obliga a terapia nutricional, farmacoterapia, estabilización del estado médico y apoyo psicológico. La vía dos incluye un abordaje psicológico –con terapia individual, de grupo, de familia o de pareja-, que suele combinar principios psicoeducativos, cognitivo conductuales y psicodinámicos.

3.2 Intervención de la psicología en grupos

González (1999) señala que un grupo psicoterapéutico es una reunión de tres o más personas, denominadas pacientes. Es una reunión más o menos permanente y voluntaria, donde los individuos reunidos interactúan y se interrelacionan con fines psicoterapéuticos. Este autor menciona que en los últimos años la psicoterapia grupal se está aplicando ampliamente, por ser tan efectiva como la individual y por ser un tratamiento más económico, al alcance de los pacientes, y al considerar que la conducta de cada uno de sus miembros siempre se ve influenciada por su participación en ese seno colectivo.

Kadis, Krasner, Winick y Foulkes (1979) consideran que la terapia en grupo es una experiencia sociopsicológica que puede fortalecer la confianza y reducir la angustia del paciente.

Lo que el grupo posibilita más que en la sesión privada es que para todo el grupo es obvio que la persona angustiada no ve lo obvio en lo que le ocurre, y que el

sufrimiento que experimenta se debe en gran medida a todo aquello que fantasea o se imagina. Así que, estando en el grupo, la persona se ve impedida para emplear sus formas habituales de evitación y de algún modo, se ve impulsado a movilizar sus recursos creativos de modo que pueda enfrentarse en el ahora, y el grupo contribuye, crea y estimula la emergencia y la novedad para el individuo (Perls, 1978).

Polster y Polster (1980) sugieren que la experiencia terapéutica en comunidad, va más allá del interés individual, ya que promueve la participación de intereses universales y consigue dar al individuo un sentido más profundo de su naturaleza común. Sostienen que si un grupo puede presenciar una interacción diádica se puede lograr un aprendizaje de ella y trasladarlo a la experiencia de cada miembro.

Para González (1999) una ventaja de la terapia grupal está el permitir que el individuo se sienta identificado, se exprese abiertamente sin tabúes sociales; facilitando la obtención de modelos de identificación; explorar una serie de problemas para generar soluciones posibles en un ambiente real; establecer múltiples transferencias; y brindar al psicoterapeuta la oportunidad de utilizar este tipo de terapia en conjunción con otras.

Elliot (2004) indica que, pertenecer a un grupo de psicoterapia es una experiencia enriquecedora. En primer término porque puede ayudar al paciente a entender que su caso no es único, sino que existen muchas personas que sufren de la misma manera y por la misma causa. Se trata de la benéfica sensación de sentirse acompañado y comprendido por seres que atraviesan por procesos similares. La fase: “en el grupo me siento entendida”, nos da la pauta de que una experiencia terapéutica de este estilo, bien llevada, puede acelerar el proceso de recuperación del paciente.

Silva (2007) señala que hay quienes creen que compartir experiencias y preocupaciones con otros enfermos puede resultar confortante. Partiendo del supuesto de que, al sentirse identificados, se sienten también comprendidos; además de que alguien que ha pasado por experiencias similares estarían en posibilidad de aconsejar y tendría más probabilidades de ser escuchado. En la psicoterapia grupal, los participantes comparten cómo se sienten, qué hacen o piensan, para tratar de ayudarse entre todos bajo la dirección de uno o más psicólogos. El objetivo es crear una red de apoyo que les haga sentir que no están solos, que no son los únicos pero, sobre todo, se pretende que el apoyo anime y estimule a los otros miembros del grupo para cambiar su estilo de vida. Otro propósito es que cuando alguien habla de la experiencia propia, el resto de los integrantes del grupo “aprendan en cabeza ajena” y aporten ideas sobre qué podría hacer para sentirse mejor.

Bion (1979) asegura que cuando los pacientes se reúnen en una sesión de terapia de grupo, siempre se dedica parte de la actividad mental a plantear problemas, para cuya solución los individuos buscan ayuda.

Kadis, Krasner, Winick y Foulkes (1979) señalan que la efectividad del tratamiento puede ser estimada por el grado en que el programa de grupo hace al paciente más aceptable para los demás, y más capacitado para beneficiarse con otros enfoques terapéuticos. Generalmente, los críticos problemas de la realidad emergen en las sesiones de grupo, lo que capacita ventajosamente al terapeuta para afrontar dichos problemas en términos de las necesidades y las resistencias del paciente.

Cada paciente aporta sus recursos al grupo y el grupo lo retribuye, ello favorece el crecimiento conforme al ritmo y potencialidades propios del individuo. Le permite “ser” y “crecer” adaptativamente, al contener sus elementos desintegrativos y a favorecer su integración intrapsíquica y social (González, 1999).

De acuerdo a Guimón (2003) el conductor o terapeuta es igualmente responsable de la creación de una “cultura grupal”, que constituye el conjunto de características de funcionamiento que diferencian a un grupo de otro y que le dan su identidad. Los pacientes deben primeramente comprender que están ahí para comunicar y que una actitud de retraimiento y de silencio no es favorable para el buen funcionamiento de la cohesión del grupo.

3.2.1 Procesos grupales

Yalom (1986) señala un primer proceso grupal llamado «impartir información» el cual se lleva a cabo a través de la interacción entre los componentes y que aumenta en el curso de las sucesivas sesiones terapéuticas. Ello permite una toma de contacto progresiva que conducirá a una cierta «cohesión» entre los miembros.

La «cohesión» va pareja a una cierta «homogeneización» del grupo en cuanto a la adopción de normas de funcionamiento, esquemas de pensamiento y aspiraciones más o menos comunes, favorecidas por el proceso grupal de la «conducta imitativa». Esta cohesión grupal permite la «instilación de esperanza» de los miembros respecto a las posibilidades de curación. Por otra parte, el ver que otros miembros del grupo tienen problemas que antes cada uno de los componentes consideraba como personales, produce un notable alivio, este proceso ha recibido el nombre de «universalización». Con todo ello se crea una actitud de «compañerismo» que lleva a que los miembros del grupo se sientan capaces en determinados momentos de anteponer el compromiso de ayudar a otro miembro al deseo de recibir ayuda ellos mismos (Yalom, 1986).

Para Yalom (1986), en el curso de la psicoterapia grupal surgen fenómenos de «insight», es decir, de comprensión más o menos brusca de situaciones hasta entonces inconscientes. En el grupo se presentan circunstancias que permiten la aparición de insight, mediante el llamado «fenómeno del espejo», consistente en observar el efecto que las actitudes y los sentimientos más o menos verbalizados

por un miembro producen en los demás. El paciente puede hacer insight sobre la adecuación o inadecuación de algunas de sus percepciones distorsionadas.

Yalom (1986) señala otro proceso grupal llamado «condensación» (de sentimientos inconscientes, comunes a muchos miembros del grupo, con tendencia a la descarga) que produciría, tras la descarga, fenómenos de «cadena» por los que, tras la emergencia de sentimientos en un miembro, se producen descargas en cadena de afectos en otros miembros del grupo.

Un último proceso, Yalom (1986) lo llama «asociación reactiva» refiriéndose a la producción de asociaciones espontáneas de sucesos de la vida pasada en algún miembro del grupo. En ocasiones, tiene un matiz defensivo, en el sentido de intentar escaparse, mediante la asociación, del «aquí y ahora» del grupo.

3.2.2 Fases del desarrollo grupal

Yalom (1986) señala que al comienzo del grupo, después de la primera sesión, se producen movimientos de «orientación» durante las cuales los participantes intentan encontrar su lugar en el grupo, buscan la aceptación de los demás e intentan establecer contactos a través de intercambios de tipo social o tratar de encontrar similitudes entre ellos y se produce un intercambio de consejos. Esta conversación de tipo «cocktail» debe ser respetada por el conductor porque facilita la cohesión entre los miembros del grupo.

Kaplan y Sadock (1998) afirman que, una forma útil de conceptualizar el grupo mediante el modelo de desarrollo grupal. En su forma más básica, el modelo consta de cuatro fases (compromiso, diferenciación, trabajo interpersonal y terminación). El elemento de mayor importancia práctica es determinar por adelantado si el grupo tiene capacidad para moverse más allá de la primera fase. Los grupos con trastorno de la ingesta presentan problemas asociados a las tareas de la fase dos y requieren tiempo para llevarlas a cabo. El abordaje breve

convencional de 12 a 16 sesiones probablemente no es suficiente, pero 25 sesiones pueden hacer posible la elaboración de temas sobre la diferenciaciones.

a) **Fase de compromiso:** implica identidad y cohesión grupal, autoexposición temprana. El proceso de compromiso se acelera en los grupos homogéneos porque sus miembros tienen muchos síntomas y dificultades personales comunes. La mayoría de los pacientes con trastorno de la ingesta han hecho un voto de secreto autoimpuesto en lo que respecta a su enfermedad. El sentimiento de universalidad generado por el descubrimiento de que hay otros que comparten conductas, pensamientos y sentimientos igualmente vergonzosos proporciona una intensa motivación para implicarse en el trabajo del grupo. Los pacientes experimentan un considerable alivio al comprobar que ya no están solos con sus problemas. Típicamente, el sentimiento de pertenencia promueve la esperanza de que algo podrá lograrse. El proceso de constituirse en miembro del grupo se orienta específicamente al sentimiento de diferencia y aislamiento, que forma parte del síndrome del trastorno de la ingesta. Tras la revelación de sus síntomas los miembros suelen ser capaces de abrirse respecto a las dificultades interpersonales que les han llevado al grupo y que, comunes entre los miembros, incluyen aislamiento, retraimiento social y soledad; dificultad para establecer y mantener relaciones íntimas; temor al rechazo, a afirmarse y a depender; hipersensibilidad a la crítica y evitación de los conflictos; extremada competitividad y dificultad para identificar y expresar las emociones. Los grupos con trastornos de la ingesta pueden experimentar dificultades en pasar de hacer revelaciones sobre sus problemas alimentarios concretos a otros asuntos psicológicos e interpersonales.

b) **Fase de diferenciación:** consiste en la resolución de conflictos y tolerancia de las diferencias. De acuerdo a Kaplan y Sadock (1998), la tarea primordial del grupo en la segunda fase es desarrollar vías de tolerancia y asimilación de las diferencias, conflictos y rabia existente entre los miembros. Poco a poco, con modificaciones dinámicas, se van estableciendo normas grupales sólidas y

explícitas. Para facilitar el proceso de diferenciación el terapeuta primero ha de promover la identificación y la expresión de diferencias y de la rabia y, segundo, debe alentar la exploración de dichas diferencias entre los miembros. El componente cognitivo es vital para lograr la resolución de conflictos. El paciente pone en movimiento temores catastróficos ligados al hecho de diferenciarse y al miedo de estar en desacuerdo con los demás de lugar a rechazo, humillación o pérdida de control. Los primeros intentos de interacción asertiva o de confrontación suelen vivirse con culpabilidad o autocondena por haberse permitido tales reacciones. Sin embargo, una vez que los miembros aprenden a manejarse abiertamente con sus afectos negativos y constatan que la rabia no es necesariamente destructiva, los efectos terapéuticos son enormes, mejorando la autoestima y el autocontrol.

c) **Fase de trabajo interpersonal:** radica en la implicación interpersonal e introspección. Para Kaplan y Sadock (1998) esta fase se desarrolla alrededor de tres temas centrales; continuación del trabajo de la fase de diferenciación, con una ulterior exploración de la individualización y el sentimiento de sí mismo, lo que lleva a apreciar más los lazos de intimidad desarrollados en el seno del grupo y fuera del mismo. El trabajo puede seguir avanzando hasta centrarse en la mutualidad, la importancia de la responsabilidad y la igualdad entre los miembros. El término “trabajo interpersonal” se usa en el contexto de los grupos que han alcanzado una fase en el foco de atención se centra en el significado de las interacciones entre los miembros. Los temas previamente detectados se examinan ahora en profundidad. En muchas sesiones predomina la preocupación por la imagen corporal. El reconocimiento de la prevalencia y complejidad del tema de abusos y la imagen corporal entre pacientes con trastornos de la ingesta han llevado a la creación de grupos intensivos orientados a abordar fundamentalmente dichos temas. Los temas relativos a la familia de origen y las relaciones se exploran en profundidad, lo que a menudo da lugar a intensos sentimientos de culpabilidad y vergüenza. La cohesión alcanzada en esta fase y hecho de centrarse en las interacciones interpersonales permite a los miembros trabajar

sobre dichos sentimientos. Por otro lado, en la medida que los miembros se relacionan a un nivel menos intelectual y más en el campo de las emociones, comienzan a experimentar las relaciones como gratificantes y llenas de sentido. Los pacientes empiezan a tomar conciencia de la naturaleza insatisfactoria de las fachadas sociales y las tendencias que previamente utilizaban. Tanto dentro como fuera del grupo empiezan a ensayarse nuevos sistemas de adaptación.

d) **Fase de terminación:** involucra la interpretación de la experiencia grupal y el duelo. La terminación es una fase importante en el proceso de desarrollo grupal que conlleva la aplicación del aprendizaje iniciado en el grupo. La intensidad del proceso de terminación depende en parte de la duración que haya tenido el grupo. En un grupo psicoeducativo breve el efecto de la terminación es menor, pero en un grupo de larga duración la amenaza de la separación tiene mucha importancia. Si no en forma negativa puede no llevarse un buen término de la incorporación de lo experimentado dentro del grupo. La terminación suscita inevitablemente sentimientos de tristeza y rabia por la pérdida. Vuelven a surgir dudas sobre la propia capacidad para asumir la responsabilidad de uno mismo sin el apoyo del grupo. En todos los grupos intensivos los miembros suelen experimentar la recurrencia de sus síntomas iniciales; en los grupos de trastorno de la ingesta reaparecerán síntomas ligados a la comida. Esta recurrencia sirve de recordatorio del papel central de tales dificultades y de la transformación experimentada por los pacientes al levantar el secreto y el aislamiento que rodeaban su conducta. Se trata de dejar atrás una importante parte de sí mismo, elementos asociados a la comida que estaban muy imbricados en la identidad previa. El proceso de despedirse de forma planteada y reflexiva puede ser una nueva experiencia, distinta de los finales impulsivos del pasado (Kaplan y Sadock, 1998).

3.3 Modelos de intervención psicológica

El método de grupo tiene muchas aplicaciones y puede ser utilizado para satisfacer las necesidades específicas de un marco particular (Kadis, Krasner, Winick y Foulkes, 1979).

Kaplan y Sadock (1998) indican que en las clínicas especializadas en los trastornos de la ingesta se acostumbra a realizar grupos homogéneos. Algunas características de personalidad de los pacientes con trastornos de la ingesta justifican la formación de estos grupos. También se puede establecer la homogeneidad en función de la edad. Esta segregación permite enfocar el grupo hacia aspectos específicamente ligados a la edad relacionados con la sexualidad, la independencia y el significado de lo individual y lo familiar. Por ejemplo, Fernández (2006) señala que en la edad adulta se toman muchas de las decisiones que han de afectar la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito de cada individuo. Sus hábitos, actividad física y estado emocional pueden tener un impacto primordial en su funcionamiento presente y futuro.

Asimismo los diversos formatos grupales responden a un conjunto de conceptos generales sobre la aplicación de grupos como tratamiento. El terapeuta debe tener en cuenta la forma en que los grupos ejercen su utilidad; dicha noción de grupalidad proporciona una pauta general para facilitar la apropiada interacción grupal enfocada a unos objetivos particulares dentro de determinada técnica (Kaplan y Sadock, 1998).

El enfoque del grupo terapéutico para el tratamiento de la obesidad puede variar según las necesidades del grupo y terapeuta; puede utilizarse un abordaje psicodinámico donde se trabajan las fantasías en torno a la incorporación de la comida, la consecuente calma e ilusión de resolución de problemas, el tipo de vínculo establecido con su entorno, el lugar que se cree ocupar, y demás mecanismos defensivos ineficaces y constelaciones de afectos que perpetúan esta dinámica del paciente con obesidad y su adicción. También se puede realizar mediante tratamientos de tipo cognitivo-conductual abordando técnicas de habilidades sociales, reestructuración cognitiva, de solución de problemas y desarrollo de hábitos de vida saludables y de autocontrol. Existe otra la técnica grupal que es utilizada por la gestalt en el aquí y ahora, situación del paciente

como una totalidad, teniendo presente el sentido de vida y la esfera trascendental que marca en cada uno un estilo de afrontamiento diferente (Vannini, 2009).

Guimón (2003) plantea que, en los distintos abordajes grupales operan múltiples fenómenos que parecen ser posibilitados por la mayoría de los terapeutas al margen de su orientación teórica. La focalización terapéutica para el tratamiento de la obesidad es diferente según los tipos de terapia. Los conductistas focalizan en conductas específicas destinadas a ser modificadas, tales como: excesos de conducta; déficit de conducta; control inadecuado de los estímulos. Los cognitivistas se centran en las distorsiones del pensamiento. Los interpersonales, en los módulos inadecuados de las relaciones y en la manera en la que el paciente intenta establecer su relación con el terapeuta. Mientras que en los tratamientos psicodinámicos se focalizan las reacciones intrapsíquicas ante determinados sucesos, las relaciones interpersonales y la autoestima.

Aunque en realidad, la forma en que se conduce al grupo depende de las metas que el psicoterapeuta establece, las características de los miembros que componen el grupo, la especialización del terapeuta, sus necesidades y ambiciones (Silva, 2007).

Vannini (2009) señala como objetivos terapéuticos de la pérdida de peso en grupo están dirigidos a eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad y disminuir el impacto de las futuras complicaciones, por lo tanto el componente del sostén del grupo forma parte de lo terapéutico y ayuda a los pacientes a mejorar su imagen corporal y habilidades interpersonales. Este modelo beneficia al aumento en la adhesión a otras áreas de tratamiento como motivación, dieta y ejercicio físico; permite reducir la ansiedad, depresión o aislamiento social. También en el grupo terapéutico se producen otros cambios que no son percibidos ni vinculados al proceso de adelgazamiento pero que forman parte de un mejoramiento en la calidad de vida; en estos grupos se potencializa la motivación a partir de presenciar los logros de los otros integrantes y por último la identificación con

otros integrantes posibilita el afrontamiento de pares que habilitan actitudes más responsables y de protagonismo en el proceso de cambio alimentario.

Para Lafuente (2011) la mayor parte de los enfoques terapéuticos para el tratamiento de la obesidad son susceptibles de hacerse tanto en grupo como individualmente, no obstante, la comunicación de experiencias resulta en mejores resultados en tratamientos de grupo, aunque resulta necesario y conveniente hacer encuadres grupales diferentes para determinadas conductas, como alimentación y ejercicio, al tener objetivos, pautas y procedimientos muy semejantes. El planteamiento global del tratamiento se centra en cambiar el estilo de vida y este cambio está dirigido preferentemente a tres aspectos: la conducta alimentaria, propiamente dicha, la modificación de la vida sedentaria por un aumento regular de ejercicio físico y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad.

González (1999) señala tres tipos de psicoterapia grupal: terapia de soporte o de apoyo, terapia reeducativa, también denominada psicoeducativa y terapia constructiva. Una característica principal para diferenciar estos tipos de psicoterapia es el grado de insight al que es llevado el paciente. En la terapia de apoyo la cantidad de insight es mínima, su objetivo es reforzar las defensas existentes, la elaboración de nuevos y mejores mecanismos de control y la restauración de un equilibrio adaptativo. En la terapia reeducativa o psicoeducativa esto es más extenso, pero enfocado a problemas relativamente conscientes y actuales, modificando las metas de manera objetiva para vivir de acuerdo con los potenciales creativos existentes. Por último en la terapia reconstructiva, el insight intenta hacer consciente al individuo de sus conflictos inconscientes, los cuales le producen dificultades en sus relaciones interpersonales, un abatimiento de defensas y modos de ajuste; los cuales son modificados haciéndolos más adaptativos y satisfactorios a la personalidad del paciente.

A continuación se explicarán estos tipos de psicoterapia, partiendo por la psicoterapia de apoyo, posteriormente la reconstructiva y por último se especificarán las técnicas y aplicaciones utilizadas la terapia reeducativa o psicoeducativa ya que esta fue la utilizada en el programa de intervención.

3.3.1 Psicoterapia de apoyo

Para Kaplan y Sadock (1998) los grupos de apoyo para pacientes con trastornos de la ingesta son un elemento coadyuvante interesante, debido a que proporcionan la oportunidad de combatir problemas y experiencias con otras personas que tienen similares preocupaciones. Su objetivo fundamental es dar apoyo, información y validación a sus miembros. El apoyo de los pares del grupo alienta la socialización extragrupal, reforzando así el entramado social, particularmente útil para aquellos pacientes que han perdido sus referencias sociales o cuyo entorno actual no cubre lo bastante sus necesidades. Los grupos de apoyo comparten muchas características con el abordaje de autoayuda, aunque la diferencia deriva de la función del líder. Los grupos de autoayuda no suelen tener un conductor, siendo todos los participantes iguales dentro del grupo. Por el contrario, los grupos de apoyo suelen contar al menos con una persona entrenada, que asume la responsabilidad de llevar la discusión dentro del grupo, promover que se compartan experiencias entre los miembros y asegurar la seguridad y continuidad del medio grupal. Los líderes proporcionan información a los participantes a tomar decisiones sobre la opción de tratamiento y sirven de intermediarios de los miembros que requieren tratamiento intensivo. Este abordaje no intervencionista sirve como primer paso en el proceso de resolución de los problemas de imagen y peso, y alimentan a los miembros a implicarse en un tratamiento intensivo.

González (1999) señala algunos de los procedimientos utilizados en la psicoterapia de apoyo, entre ellos se encuentran: guía o conducción, manipulación ambiental, externalización de intereses, inducción a la tranquilidad, técnicas sugestivas (sugestión hipnótica, sugestión por prestigio y autosugestión), presión y

coerción, persuasión, catarsis emocional y desensibilización, relajación muscular, hidroterapia, shock y terapia convulsiva, terapia farmacológica, neurocirugía (cirugía del cerebro), terapia grupal inspiracional o musicoterapia.

3.3.2 Psicoterapia reconstructiva

Este tipo de terapia se emplea en pacientes que presentan mejores recursos de personalidad y pronóstico más favorable de cambio. El elemento más importante de esta terapia es el énfasis que se pone en la interacción personal y en la relación paciente-terapeuta, ya que en este contexto se acentúan y utilizan con mayor frecuencia (González, 1999).

Una forma de definir la psicoterapia reconstructiva es señalando sus objetivos: a) que el paciente logre una autocrítica de sus problemas junto con la reorganización de su personalidad, b) la modificación de la personalidad supone descubrir o explorar el material reprimido; el paciente, al ahondar en los factores causantes de sus síntomas obtiene cambios en su comportamiento que se traducen en una mejoría terapéutica significativa, c) trascender la sola mejoría de los síntomas, al descubrir las causas o raíces de las dificultades de la personalidad del individuo, logrando de esta forma el autoconocimiento, y d) suscitar un cambio profundo en la personalidad, mediante el conocimiento de las motivaciones y conflictos inconscientes. Por lo anterior, es necesario realizar una evaluación diagnóstica de los recursos de la personalidad del paciente para determinar su disponibilidad para una terapia larga e intensa, su nivel de motivación, su relativa integración, su habilidad intelectual y verbal, así como su capacidad para cubrir el costo del tratamiento.

Para Guimón (2003) los grupos de orientación psicoanalítica son de larga duración. El conductor tiene una actitud «analítica», interviniendo poco, quedándose más bien pasivo, tratando de revelarse poco. Los fenómenos de grupo tienen gran importancia para el funcionamiento de la psicoterapia y tanto los factores terapéuticos como los factores de resistencia son interpretados

frecuentemente. Se hace habitualmente referencia a la infancia de los pacientes y a los fenómenos que se producen en el «aquí y ahora» de la sesión de grupo. Los sueños son interpretados, sobre todo aquellos que hacen referencia al grupo.

3.3.3 Terapia psicoeducativa

La terapia de insight con metas psicoeducativas o reeducativas, es aquella cuyos objetivos consisten en promover el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante un esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr su reajuste, reorganización de metas y logro de un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiéndole de este modo descubrir y desarrollar sus potencialidades. De esta manera, la persona se vuelve capaz de reorganizar sus valores y patrones de conducta; de promover cambios en sus relaciones interpersonales; de lograr una definición más exacta y racional de sus metas; de adquirir nuevos modelos de actuación, al suprimir las conductas indeseables; de conseguir un ajuste emocional en las situaciones que no pueden ser modificadas, así como de establecer y consolidar defensas adaptativas al eliminar las menos adaptativas (González, 1999).

Para Kaplan y Sadock (1998) el componente psicoeducativo es parte fundamental de los programas de tratamiento para los trastornos de la ingesta. Supone dar la información pertinente acerca de la naturaleza del trastorno con el objetivo general de favorecer cambios de actitud y conducta. Se enfoca a eliminar los mitos y concepciones erróneas sobre los trastornos de la ingesta, corrigiendo los aspectos cognitivos equivocados en relación con la comida, la autoestima y las dificultades interpersonales. El objetivo es promover una relación normal con los alimentos y el hecho de comer. Inicialmente se trata de sesiones didácticas con arreglo de un programa prefijado. Se dirige a los síntomas específicos del trastorno, dándoles una nueva perspectiva. Además del enfoque educativo, un grupo de estas características proporciona algunos factores terapéuticos que ayudan a combatir la desmoralización del paciente. Una característica exclusiva de los grupos psicoeducativos es que el terapeuta no espera ni solicita de los participantes que

se expongan personalmente. Por el contrario, el líder del grupo centra su actividad en impartir información y promover la discusión sobre los tópicos presentados. Los estudios de seguimiento han mostrado cambios clínicos significativos en las actitudes disfuncionales y la psicopatología.

Existe una variedad considerable de psicoterapias de corte psicoeducativo, entre ellas se encuentran: terapia conductual y condicionada, terapia centrada en el cliente, terapia directiva, asesoramiento terapéutico, terapia racional emotiva, terapia matrimonial, terapia familiar (estructural-sistémica), terapia Gestalt, psicodrama, biblioterapia, terapia semántica y orientaciones psicoeducativas (González, 1999).

A continuación se describirán las psicoterapias psicoeducativas que se utilizaron en el programa de intervención:

a) Terapia conductual aplicada al grupo

En la terapia conductual de grupo, sus integrantes intentan modificar las conductas y hábitos no adaptativos y persistentes, mediante la aplicación sistemática de procesos y procedimientos validados en términos empíricos, donde por lo general se reúnen datos para evaluar el impacto de dichos procedimientos sobre los miembros del grupo (González, 1999).

En estos grupos, se proporciona a los miembros un conjunto de aprendizajes apropiado a un modelo diádico de cambio conductual, usando el contexto grupal para aumentar al máximo el desarrollo de habilidades interpersonales adaptativas, además los miembros del grupo aprenden y practican nuevas conductas en un contexto de apoyo que le proporciona la realimentación y el reforzamiento apropiados.

Para Kaplan y Sadock (1998) el objetivo es lograr cambios a nivel cognitivo, afectivo y de conducta. Se aplican una serie de técnicas que ayudan a los

pacientes a regular y normalizar sus hábitos de ingesta y actitud frente al peso. En las primeras sesiones de un grupo cognitivo-conductual, los miembros revisan agenda de comidas, discutiendo la importancia de seguir un horario prefijado hasta el momento en que fueran capaces de responder a las pautas de hambre y saciedad, los miembros revisan tareas para hacer en casa, incluyendo identificar las comidas prohibidas o de alto riesgo, que con frecuencia desencadenan un ataque de ingesta desordenada.

Algunas de sus técnicas se utilizan mediante un condicionamiento clásico u operante. En el clásico encontramos las técnicas de: *autovigilancia* en donde se observa la propia conducta (adaptativa y desadaptativa); la técnica de *registro* de dichas observaciones, las cuales constituyen una de las piedras angulares del enfoque conductual pues sirve como línea base contra la cual medir el progreso; este procedimiento proporciona información más precisa acerca de la frecuencia, intensidad y duración de un programa.

Existen otras técnicas utilizadas mediante un condicionamiento clásico y operante, las cuales no se describen ya que no fueron utilizadas en el grupo de investigación, entre ellas se encuentran la de desensibilización sistemática, implosión, programas de reforzamiento, castigo, reforzamiento diferencial, autorreforzamiento, formulación de contratos, economía de fichas, modelamiento, ensayo de conducta y resolución de problemas.

b) Terapia racional emotiva aplicada al grupo

La terapia racional emotiva (TRE) parte de la teoría del aprendizaje cognoscitivo y social, hace hincapié en las variables de la personalidad que intervienen en la conducta, pero de manera especial en sus determinantes cognoscitivos. Esta línea teórica subraya el papel del aprendizaje en los seres humanos, afirmando que éste ocurre primero en escenarios sociales para luego ser matizado por los procesos cognoscitivos. A nivel individual, los factores cognoscitivos pueden jugar

un importante papel en el desarrollo y funcionamiento de la personalidad (González, 1999).

En la TRE, el terapeuta suele actuar de dos formas: la primera es hacerle ver al individuo en forma constante las ideas ilógicas y supersticiones que están en la base de sus temores; y la segunda consiste en animar y persuadir al cliente a emprender aquellas actividades que contrarresten las ideas que mantiene. Para lograrlo, en la terapia se utilizan las asignaciones y las tareas prácticas, así como auxiliares para superar de manera exitosa las creencias y temores ilógicos del cliente. Una vez alcanzado lo anterior, se abre el camino para la solución de todas las dificultades. El papel del terapeuta es activo-directivo a la hora de conducir y dirigir al grupo.

Los miembros de este grupo, como indica González (1999) se retroalimentan entre ellos sobre su funcionamiento y sobre lo que se dicen a sí mismos, con lo cual adquieren práctica en contar a los compañeros sus creencias irracionales y empezar a decirse a sí mismos sus propias irracionalidades. El solo hecho de revelar problemas íntimos a un grupo de personas es terapéutico para el paciente. Las personas en los grupos manifiestan sucesos y sentimientos ocultos a una docena o más compañeros, este tipo de apertura puede servir como una experiencia útil de ataque a la vergüenza o al temor al riesgo, en particular si los clientes son tímidos e inhibidos.

La dinámica más importante en la terapia de grupo de la TRE, consiste en que cada miembro exponga un problema común y corriente, como depresión, inferioridad, hostilidad, adicciones y otros.

González (1999) clasifica las técnicas de la TRE en tres grandes rubros, cognoscitivas, conductuales y emotivas. Las técnicas cognoscitivas parten de la *refutación de creencias irracionales*, se trata de identificar sobre todo debeísmos que conducen a conductas y emociones autocastigadoras; una vez detectadas

estas creencias se refutan, donde el terapeuta hace una serie de preguntas que sirven para ayudar al paciente a descubrir la falsedad de estas creencias irracionales y abandonarlas, a la vez que reconoce la verdad de la alternativa racional. Finalmente se discriminan, aquí el terapeuta ayuda al paciente a distinguir con claridad sus valores no absolutos, preferencias, gustos y deseos, de sus valores absolutistas, necesidades, demandas e imperativos.

Una técnica también cognoscitiva, es la *presentación de elecciones y acciones alternativas*. El terapeuta muestra a sus pacientes la gama de alternativas que poseen, más de las que creen tener. Éstos tienden a pensar que sus elecciones son limitadas, que deben o no deben hacer esto o aquello, por lo cual en general no pueden hacer lo que les gustaría, sobre todo con respecto a cambiar ellos mismos. Es posible que algunos pacientes tengan muchas más potencialidades y capacidades de las que están utilizando, pero al encontrarse atrapados en el seno del conflicto o la indecisión sólo se dedican a pensar en pocas soluciones o ninguna. En tales casos, el terapeuta, junto con los compañeros del grupo, se ayudan a abandonar su inflexibilidad, proporcionando varias opciones y caminos a seguir, o mejor aún, estimulándolos a encontrarlos por sí mismos, y se muestran una o más alternativas, animándole a comprender que los humanos deciden su propio destino, gracias a que tienen capacidades para reconsiderar y elegir de nuevo.

Existen otras técnicas que sólo se mencionarán ya que no se observaron en el programa de intervención. Entre las cognitivas se encuentran la de sugestión y autosugestión, interpretación de defensas, precisión semántica, enseñando afirmaciones dialécticas y filosofías racionales, terapia de re-atribución, métodos de distracción, métodos de imaginar, venciendo sentimientos de inutilidad y empleo del humor e intención paradójica. Entre las técnicas conductuales se utiliza el control de contingencias, donde las personas elaboran uno de sus comportamientos difíciles (como la autodisciplina) dependiente de una de sus conductas fáciles y satisfactorias. Por último se encuentran las técnicas emotivas,

utilizando la imagen racional emotiva, aceptación incondicional, ejercicios contra la vergüenza, revelación de uno mismo y desempeño del papel.

c) Terapia centrada en el cliente aplicada al grupo

Para González (1999) la terapia centrada en el cliente o grupos de encuentro se enfocan sobre todo en el desarrollo personal, así como al incremento y mejoramiento tanto de la comunicación como de las relaciones interpersonales, pues no las consideran finalidades secundarias. Al hablar del proceso grupal es necesario mencionar que los grupos de encuentro se inician sin una estructura específica; pero que ésta se establece de manera rápida en el transcurso del tiempo durante el cual se da el encuentro entre sus integrantes, constituyendo una experiencia emocional intensa.

En los grupos de encuentro se utilizan diversas técnicas, entre las registradas en el programa de intervención, estas son: la *consideración positiva incondicional*, también llamada aceptación positiva incondicional, que se refiere a la condición de aceptar y valorar al ser humano por su dignidad y valores intrínsecos (Kilborn, 1984) y la *expresión de sentimientos* que se refiere a la necesidad del ser humano de expresarse para lograr una participación más activa, por lo cual se le pide al paciente que manifieste lo que está sintiendo (González, 1999).

Existen otras técnicas que no se describirán ya que no se utilizaron durante el programa de intervención, estas son: saber escuchar, escucharse a sí mismo, conocimiento de sí mismo, de reflejo, tácticas de aceptación, tácticas de alentamiento, explicar, respeto positivo y tácticas de terminación

d) Terapia Centrada en el cliente y Terapia Gestalt en grupos

Una técnica utilizada en la terapia gestalt y la terapia centrada en el cliente, y que fue registrada en el programa de intervención es el *reflejo fenomenológico*, el cual consiste en observar con profunda concentración, registrar y devolver al cliente la información verbal y no verbal expresada con anterioridad. Es el esfuerzo de

volver a las cosas en sí, de aproximarse lo más clara y fielmente a la percepción de una situación, pero a partir de la situación misma (Armenta, 2006).

e) Orientaciones psicoeducativas

Guimón (2003) refiere a los grupos de orientación psicoeducativa como de corta duración. El conductor participa de manera muy activa desvelándose y dando consejos. Los grupos son cerrados. Los procesos de grupo, si bien importantes para el buen funcionamiento de grupo no son demasiado tomados en cuenta ni interpretados. La transferencia no es un elemento decisivo. Se recalca la importancia de generalizar en el exterior, en la vida cotidiana, el aprendizaje hecho durante la sesión.

Para Serra y Bagur (2004) el principal objetivo en el tratamiento de la obesidad es conseguir instaurar un balance energético negativo. Este déficit puede conseguirse fácilmente al disminuir las calorías de la dieta. Si consideramos cuantitativamente la potencia de la dieta y el ejercicio físico en producir un balance calórico negativo, el resultado es claramente favorable a la primera.

Lafuente (2011) señala que se obtienen mejores resultados para favorecer la salud y el mantenimiento del peso si se combina el tratamiento psicológico con programas de dieta y ejercicio. No olvidando la importancia de la hidratación, considerando que por cada hora de ejercicio se deben tomar 30 ml de agua, o bien 1 ml de agua por kilocaloría.

Los mecanismos propuestos para explicar el efecto positivo del ejercicio en la reducción o mantención del peso corporal es el aumento en el gasto energético, aumento del efecto término de los alimentos, y una posible disminución en la ingesta alimentaria (Albala y cols., 2002).

Orientación nutricional

La mayoría de las personas con obesidad que acuden a tratamiento han realizado numerosas dietas con resultados generalmente pobres. Suelen tener información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana, proceso de adelgazamiento y, además, están inmersos en la sociedad de la delgadez. Esperan cambios de peso marcados y rápidos casi con cualquier régimen, los esquemas vienen definidos más por la pérdida de peso para ser delgados buscando un cambio de imagen para tener más éxito, aceptación propia y de los demás y no tanto por motivos de salud (Lafuente, 2011).

Lafuente (2011) señala que el programa alimentario debe ser personal, sostenible y flexible. Cada individuo es diferente en peso, talla o edad, por lo que necesita su propia dieta. Para su tratamiento sugiere una dieta hipo energética equilibrada, combinada con un programa de cambio de conducta en lo referente a los hábitos alimentarios. Recomienda que la dieta aporte entre mil y 1200 kilocalorías.

Para Bourges (2004) la obesidad es una enfermedad de la nutrición y exige por ello un manejo nutricional que consta de dos elementos, 1) La valoración minuciosa del estado de nutrición, los hábitos alimentarios y la alimentación del paciente, así como de las comorbilidades, y 2) El establecimiento de un plan alimentario personal acompañado de un programa de orientación alimentaria y asesoría nutricional que modifique los hábitos alimentarios y reduzca el exceso de masa grasa. Como el principal responsable de llevar a cabo el plan alimentario es el paciente mismo, el primer paso es motivarlo en forma adecuada.

Respecto a la valoración de la alimentación y los hábitos alimentarios, esta debe ser integral y minuciosa. El estudio interdisciplinario de los factores aledaños de tipo social, conductual, psicológico y metabólico, así como el patrón individual de actividad física y estilo de vida en general merecen especial cuidado y no deben evitarse. La valoración alimentaria incluye los siguientes aspectos: la cuantificación de la ingestión total de energía y sus fuentes, por lo menos la

concentración de triglicéridos, fibras, proteínas y diferentes tipos de hidratos de carbono, así como la densidad energética de la dieta; los alimentos y preparaciones que se emplean más frecuentemente, cuánto se ingiere de cada uno de ellos y exactamente cómo se preparan; horario y frecuencia de las comidas; dinámica personal de hambre, saciedad y apetito; gustos y preferencias; valores y símbolos asociados con los distintos alimentos y platos; creencias, mitos, hábitos y costumbres alimentarios, tradiciones, ritos, modas y el prestigio social que el paciente concede a cada alimento; recursos culinarios y económicos de que se dispone; ambiente emocional, social, familiar cultural y laboral; así como los lugares en que come.

El plan alimentario debe ser individualizado de acuerdo con las circunstancias especiales de cada paciente. Las metas del plan alimentario son, a) corregir los hábitos incorrectos y promover los correctos; y b) reducir la masa grasa del paciente mediante un balance insuficiente de energía que obligue al organismo a utilizar parte de su reserva adiposa. Sin embargo en la práctica las dos metas son muy difíciles de alcanzar, por lo que conviene acordar con él cuáles son las metas realistas que se persiguen y en qué tiempo se espera lograrlas.

Para Maisonneuve (2003) es notorio que la introducción de cambios –y aún de simples proyectos de innovación- provoca al comienzo resistencias a menudo considerables. Ello se produce cuando se trata de modificar ciertos hábitos cotidianos (de orden horario o alimentario, por ejemplo), o de promover nuevos métodos de trabajo o de organización. Sea cual fuere la influencia eventual de una corriente desviacionista, la transición resulta ser siempre difícil. Nuestra vida cotidiana está regida por un conjunto de costumbres, hábitos y modelos que afectan tanto a la forma de alimentarse y vestirse, como los de trabajar, curarse o aún establecer relaciones con los demás. La resistencia al cambio puede provenir ante todo del carácter coercitivo que con frecuencia tiene ese cambio. Un fenómeno de inercia y de rigidez tiende a frenar el esfuerzo necesario para realizar una nueva adaptación.

Según Bourges (2003) parte importante de la estrategia de orientación es contar con una clasificación de los alimentos lo más simple y operante que sea posible. Para poder integrar todos estos conceptos y así lograr una dieta saludable, se ha desarrollado un esquema de alimentación llamado “el plato del buen comer”, que de manera sencilla puede permitirnos lograr el objetivo de una dieta correcta. En la figura 1 podemos observar que está dividido en tres grupos de alimentos, los tres igualmente importantes y necesarios para lograr una buena alimentación y así mantener la salud.

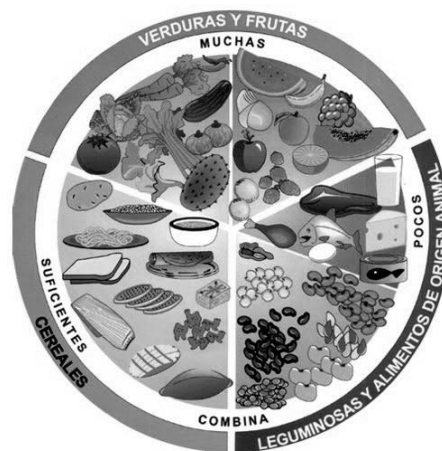


Figura 1. Plato del buen comer

Estos tres grupos son: 1) Cereales y tubérculos: Este grupo aporta la mayor parte de la energía que necesitamos diariamente, así como una importante cantidad de vitaminas. La recomendación de consumir los cereales integrales es con el fin de obtener mayor cantidad de vitaminas, así como de ser una fuente importante de fibra dietética, la cual ayuda a normalizar las evacuaciones y dar volumen a la dieta. En este grupo se encuentran, entre otros cereales: el maíz (tortilla, tamales), el trigo (pan, pastas, galletas, cereales para el desayuno), el arroz, el centeno, etc. También en este grupo se encuentran las raíces feculentas como la papa y el camote. 2) Verduras y frutas: Son la única fuente de vitamina C en la dieta, además aportan otras vitaminas como ácido fólico, carotenos, vitamina K y minerales como el potasio y el hierro. Sin olvidar su aporte de fibra dietética, sobre todo si se comen crudas y con cáscara. 3) Leguminosas y los alimentos de origen

animal: Este grupo aporta proteínas que son indispensables para el crecimiento, así como minerales como el hierro, el calcio, el zinc, entre otros, y varias vitaminas, especialmente la vitamina A y varias del complejo B. Entre las leguminosas están: frijoles, garbanzos, lentejas, habas, soya. Compartiendo este grupo están los alimentos de origen animal como: la leche y sus derivados, las carnes (pescado, pollo, res, vísceras como el hígado) y el huevo. En el esquema del plato se utilizan grupos de alimentos, como recurso para la orientación alimentaria.

Actividad física

Es importante promover el ejercicio en pacientes con obesidad para que la pérdida de peso sea a costa de una disminución de la magnitud del tejido adiposo más que del tejido muscular. El objetivo fundamental será lograr incrementar el gasto energético; dependiendo el tipo de dieta debe adaptarse la distribución de calorías y principios inmediatos a los horarios de práctica del ejercicio.

Lafuente (2011) señala que la actividad física debe formar parte integral del programa de pérdida de peso y su conservación. En un inicio sugiere niveles moderados de actividad física de al menos 30 a 45 minutos durante tres a cinco veces por semana. Debe iniciarse poco a poco y asegurarse de que se cuenta con un buen estado de salud para realizar el tipo de actividad que se haya elegido. Todos los adultos deben fijarse la meta de acumular por lo menos 30 minutos o más de actividad física moderada a lo largo de casi todos –y de preferencia todos– los días de la semana.

Para Serra y Bagur (2004) El plan de ejercicio con sujetos con obesidad debe contemplar diversas peculiaridades que están en función de la magnitud del sobrepeso, ya que algunos tipos de ejercicio, como el ciclismo, los deportes de pelota, la carrera, etc. no pueden prescribirse en pacientes con obesidad importante (índice de masa corporal >35), debido a que la posibilidad de producirse lesiones articulares, musculares y vertebrales son altas.

Albala y cols. (2002) señalan que la mantención de un peso corporal adecuado en el largo plazo es la meta más importante en la prevención y tratamiento de la obesidad y la búsqueda de las estrategias para lograrlo, constituye un gran desafío. La actividad física como parte del estilo de vida, o bien el hecho de realizar ejercicio físico programado en forma continua, es una de las claves para tener éxito en el logro de esta meta.

El ejercicio puede producir gastos energéticos de magnitud variable, dependiendo de la duración, intensidad y esfuerzo que éste implique para quien lo practique. También la magnitud del gasto energético depende si el ejercicio involucra o no el desplazamiento del peso corporal como por ejemplo, caminata o trote versus bicicleta o natación.

f) Terapia Gestalt aplicada al grupo

Ibarra (2003) menciona que la terapia gestalt desde sus inicios, desarrolló formas de trabajo en grupo, y posteriormente las diferentes escuelas de este enfoque han creado variados modelos para el trabajo grupal. Las variaciones entre los modelos radican en su acercamiento al fundamento teórico y en la aplicación de ello para el abordaje de la terapia grupal. Cada modelo se afilia a ciertos aspectos de la teoría y el método de la terapia gestalt, a partir de los cuales crea una perspectiva particular para el trabajo en grupo.

González (1999) indica que el propósito de la psicoterapia gestalt es restaurar las partes perdidas de la personalidad, por lo que el terapeuta se dedica junto con el cliente, al proceso de recuperar sensaciones y conductas que éste último ha desechado y que ahora siente que no le pertenecen. Se ocupa también de los límites del yo, ya que al rechazar y arrojar más allá sus sentimientos y manera natural del ser, la persona se vuelve estructural y artificial, mostrando formas de comportamiento que tienen poca relación con el verdadero ser.

Robine (1998) señala que la terapia gestalt ofrece un lugar para la experiencia del paciente en su totalidad y ello incluye la experiencia corporal, sin embargo, no separa lo que el lenguaje habitualmente escinde, es decir, considera que el cuerpo y las emociones son modalidades parciales de la experiencia de una persona, que en ocasiones pueden encontrarse fragmentadas o aisladas por procesos patológicos, pero que no deben abordarse en forma separada, ya que no sería lo apropiado para ayudar al sujeto a reconstruir como unidad.

Esta teoría asume que el organismo humano y su medio ambiente, que incluye a otras personas, formando una sola unidad indivisible, lo uno no ocurre sin lo otro, por lo tanto la Gestalt se ha practicado principalmente en grupo, ya que la interacción social es necesaria para que ésta surja. Los grupos de encuentro se convierten en un espacio o un campo de ensayo, para que los integrantes se exploren a sí mismos tal como son en su totalidad. Se busca promover un encuentro, un proceso de crecimiento, un acontecimiento de resolución de problemas, una forma especial de aprendizaje y una exploración de toda la gama de aspiraciones al cambio (González, 1999).

Naranjo (1990) reconoce tres diferentes tipos de técnicas, las supresivas, expresivas y de integración. Las técnicas supresivas promueven la experiencia mediante de detención de la evitación, dejando de cubrir la experiencia (debeísmos, manipulación, preguntas, contestaciones, pedir permiso, exigencias). Las técnicas expresivas promueven la energía para favorecer un movimiento hacia una atención intensificada o una exageración deliberada que incremente la toma de consciencia (maximización de la expresión, repetición, explicitación, identificación, síntomas, conflictos, reporte no verbal, ello, retroflexiones). Por último las técnicas de integración son formas específicas de promover una integración de la personalidad (encuentro interpersonal y proyecciones).

González (1999) señala que su objetivo principal es que las personas vigilen de continuo la consciencia, usando la voz como instrumento y se desenmascaren

frente a los demás participantes; pero para ello tienen que arriesgarse a compartir algo sobre sí mismos. Por ello es tan importante que revivan dentro del grupo las sensaciones que experimentaron ante un evento, pues sólo reviviéndolas pueden modificarse sus patrones de respuesta y con ello presentarse el cambio. Los grupos de encuentro no tienen orden del día, continúan en cualquier dirección según los deseos de los miembros, parten de la exploración de los sentimientos dentro del grupo.

Para lograr estos objetivos en terapia, se utilizan lineamientos técnicos: las reglas, los juegos y fantasías guiadas. Las reglas pretenden unificar el sentimiento y el pensamiento, esclarecer las motivaciones, eliminar las resistencias y promover el desarrollo personal de los miembros del grupo. No son imposiciones sino parámetro o pautas que garantizan el adecuado curso de la terapia. Las reglas básicas son: asumir la responsabilidad de lo que se dice y se hace; dar prioridad a lo que se experimenta aquí y ahora, manifestar las sensaciones, pensamientos y sentimientos en el momento en que ocurran; prestar atención al modo en que se atiende a los demás; plantear las preguntas en forma de afirmación (a menos que interese un dato en concreto); hablar a los demás miembros del grupo de manera directa; no interpretar el significado real de lo que dice el otro; prestar atención a la propia experiencia física, así como a los cambios de postura de los demás, compartir su experiencia; considerar que todo lo expresado durante el proceso grupal es estrictamente confidencial; aceptar el experimento en turno y correr riesgos al participar en la discusión; aprender a posponer y excluir aquellos sentimientos o expresiones que interrumpen, en forma evidente, algún acontecimiento importante en marcha dentro del grupo; y por último respetar el espacio psíquico de los demás.

Peñarrubia (2002) señala que durante los juegos cada paciente puede experimentar sus temores y deseos de contacto con los otros. En las fantasías guiadas o dirigidas, el terapeuta propone imágenes significativas que amplifiquen la conciencia emocional del momento grupal. A veces son de corte regresivo:

fantasías de vuelta a la infancia para recordar y vivir asuntos emocionales inconclusos. A veces son proyecciones para el futuro, para revisar aspectos motivacionales, metas de autorrealización y denunciar las paralizaciones que hacen que en el presente el grupo no se haga responsable de sus legítimas necesidades. Otras veces ayuda a jugar a favor de las resistencias para desarticular de forma simbólica lo defensivo: alentar la evitación, refugiándose en fantasías gratificantes y luego volver con más fuerza y seguridad al enfocar lo conflictivo donde se atascó el grupo.

El espacio en el grupo gestáltico lo ocupa el experimento, ya que cuando el terapeuta propone un determinado juego, ejercicio o experimentación improvisada en el momento, parte de una hipótesis acerca de lo que está pasando y precisamente propone este trabajo colectivo para explorar, para ampliar la conciencia, para que el grupo se percate más y mejor de lo que ocurre. En rigor esto no es una interpretación, sino una organización selectiva de lo fenomenológico que el terapeuta observa y devuelve estructurado al grupo para que juegue y lo vivencie (Peñarrubia, 2002).

En la teoría Gestalt, existen conceptos básicos que forman parte de las reglas, juegos y técnicas utilizadas en el grupo de estudio, por lo que me parece importante explicarlos; entre los que se encuentran los modos de relación y evitación, aquí y ahora, awareness, ciclo de la experiencia, responsabilización, experimento y bloqueos emocionales.

1) Los *modos de evitación*, también conocidos como mecanismos de defensa González (1999), se refieren a las barreras que bloquean la conciencia de la conducta actual; también se consideran antiguos residuos de tendencias para evitar la toma de conciencia. Existen cinco canales de interacción resistencial:

a) Introyección: La persona incorpora dentro de sí misma patrones, actitudes, modos de actuar y de pensar que no son en realidad propios.

- b) Proyección: Implica que el individuo no acepta sus propios actos o sentimientos por lo que se los atribuye a cualquier otra persona.
 - c) Confluencia: Se trata de cuando un individuo se siente uno con su ambiente, cuando no identifica ningún límite entre él mismo y el medio que lo rodea.
 - d) Retroflexión: Es el acto mediante el cual el individuo vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle al otro, es decir, hacerse a sí mismo.
 - e) Deflexión: Es un medio para enfriar el contacto real, una maniobra tendiente a eludir el contacto con otra persona. No permite que la acción dirigida hacia algo logre su objetivo, con la consecuente pérdida de fuerza y efectividad.
-
- 2) El concepto de *aquí y ahora*, es un estado en que la persona está consciente únicamente de la experiencia sensorial generada en este preciso instante (González, 1999).
 - 3) *Darse cuenta o awareness*, está caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una gestalt. Es la capacidad que tiene cada ser humano para percibir lo que está sucediendo, aquí y ahora, dentro de sí mismo y del mundo que le rodea (Bassán, 2003).
 - 4) El *ciclo de la experiencia* se trata de un proceso dirigido a lograr el objetivo final de una necesidad momentánea, remite al contacto, implica vivencia y resolución total de algún asunto inconcluso. Para satisfacer sus necesidades la persona sigue un ciclo llamado de autorregulación, que se recorre en siete etapas: reposo o retraimiento, sensación, darse cuenta, energetización o movilización de la energía, acción, y contacto (Ruiz, 2003).
 - 5) La responsabilización es la conducta, sensaciones, emociones o pensamientos como algo que le pertenece, y por tanto, como su única responsabilidad. La gestalt invita a tomar conciencia de lo que nos está sucediendo en cada momento, sin pretender cambiarlo, detenerlo o evitarlo (Ruiz, 2003).

- 6) Los *experimentos gestálticos* son tareas que se proponen al paciente con el objetivo de "explorar la relación paciente-terapeuta, la solución de problemas y el crecimiento a través del darse cuenta del paciente" (Yontef, 1995). Cuando el terapeuta propone un determinado juego, ejercicio o experimentación improvisada, parte de una hipótesis acerca de lo que está pasando, que permite explorar y ampliar la conciencia (Peñarrubia, 2002).
- 7) Los *bloqueos emocionales* son la respuesta surgida por los procesos disfuncionales de la persona. A los que Muñoz (2009) ha denominado "Los tres demonios del desarrollo", estos son los introyectos, las experiencias obsoletas y los asuntos inconclusos.
- a) Introyectos: Unikel (2001) los señala como aquella información tomada del medio ambiente, que se prueba, se vuelve significativa y que es retenida por el individuo. Por otra parte Muñoz (2009) refiere algunas de sus características: mensajes explícitos o implícitos con respecto a la persona misma, la vida y los demás; ideas verbales y no verbales que la persona "se tragó sin masticar"; no tienen fundamentos en la propia experiencia; se asumen para buscar aprobación y afecto; satisfacen las necesidades de otros; son creencias que se viven como si fueran propias; resultan amenazantes al ser revisadas o cuestionadas. Generalmente la mayoría de ellos son incorporados en la niñez temprana, pero podemos seguir introyectando toda la vida; pueden causar problemas al oponerse a la propia experiencia, haciendo que la persona se sienta dividida o confundida con respecto de lo que quiere; ocupan un espacio que puede impedir satisfacer alguna necesidad propia.
- b) Experiencias obsoletas: Son conductas, actitudes o una postura existencial que fue útil en una época, pero que se quedó como un patrón rígido de respuesta. Normalmente, surgen en situaciones difíciles o de supervivencia, tienen fundamento en la propia experiencia, pero al cambiar las circunstancias y las condiciones ambientales permanecen rígidamente

iguales. Las experiencias obsoletas en algún momento satisficieron una necesidad, pero ya no lo hacen (Muñoz, 2009)

- c) Asuntos inconclusos: González (1999) afirma que cualquier gestalt es un asunto inconcluso que requiere de cierre o resolución. Por su parte Muñoz (2009) menciona que tienen que ver con necesidades y satisfactores que se quedaron pendientes o congelados; por lo que la energía para satisfacer la necesidad se contiene porque el satisfactor deseado no está o no responde como hubiéramos deseado.

Existen otros conceptos utilizados en la Gestalt que no se describen pues no se utilizaron en el programa de intervención, pero forman parte de esta teoría. Neurosis, homeostasis, asimilación, autorregulación organísmica, contacto, polaridades, sueños, vacío, figura-fondo, impasse, resistencia, self, perro de arriba y perro de abajo y hablar en primera persona; son algunos de ellos (González, 1999).

3.4 Instituciones que abordan la obesidad en grupos terapéuticos

a) Asociación mexicana de psicoterapia de grupo

La Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo A.C. (AMPAG) dedicada al estudio, enseñanza, difusión e investigación de disciplinas como, el psicoanálisis, la psicoterapia analítica individual y grupal, el psicoanálisis grupal aplicado a las instituciones y a otros usos no terapéuticos.

b) Fundación ABC de los TCA

ABC de los TCA es un centro de tratamiento de los problemas de alimentación (anorexia, bulimia, comer compulsivo, sobrepeso y obesidad), ofreciendo un programa de atención integral a sus pacientes. El tratamiento que ofrecen a los pacientes con un TCA, es interdisciplinario e incluye: una fase de evaluación para la obtención de un diagnóstico integral adecuado, y posteriormente la elaboración

de un plan de tratamiento psicológico individual y grupal, médico, psiquiátrico y nutricional de manera individual, ya que las características de cada paciente son diferentes.

c) Clínica Ellen West

La Clínica Ellen West, es un centro de tratamiento especializado en trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia, trastorno por atracón y obesidad. Ellen West fue el primer centro de tratamiento en la república mexicana, en ofrecer modelos de evaluación, diagnóstico y tratamiento de primer nivel. El modelo de tratamiento es integral, multidisciplinario, diseñado para las mujeres mexicanas (de cualquier edad) basado en evidencias científicas pero agregando elementos de la psicología profunda que permite la curación de estas enfermedades y disminuye significativamente el riesgo de recaídas.

d) Clínica de trastornos alimentarios Karuna

La clínica KARUNA ofrece un servicio proporcionado por interdisciplinas cognitivo-conductuales, que tiene por objeto, brindar un servicio integral y completo, consistente en realizar una evaluación diagnóstica inicial y multidisciplinaria para que, se puedan analizar y proponer diversas opciones de tratamiento de los trastornos alimentarios y los problemas de sobrepeso u obesidad en su dimensión psicológica. Ofrece en la actualidad no solo atención a nivel de consulta individual, sino también grupos de terapia, talleres y cursos.

e) Centro de atención BOCCA

Son un grupo de especialistas en la atención, prevención y tratamiento de bulimia, obesidad, comer emocional y anorexia, a través de modelos de atención innovadores, integrales y únicos en México, diseñados para atender las necesidades específicas de niños, adolescentes, adultos y personas de la tercera edad. En Bocca ofrecen conferencias, cursos, talleres de sensibilización, terapia individual, grupos de salud integral, asesoría nutricional, coaching y diplomados.

CAPÍTULO 4. METODOLOGÍA

4.1 JUSTIFICACIÓN

Desde hace algunos años han declarado a México en constante desarrollo económico como resultado del establecimiento de importantes relaciones internacionales, generando acelerados cambios socioculturales. Mismos que han provocado que, como indica Oseguera (1996) vivamos en una sociedad orientada por procesos mercantiles dirigidos a estimular la economía consumista y la industria alimentaria, que intervienen a través de diferentes herramientas, entre las que se destaca la publicidad, con el fin de introducir un concepto nuevo de alimento u/o dieta.

Aunado a lo anterior, estudios recientemente realizados por instituciones de seguridad social nos revelan cómo es que la obesidad ha ido también en ascenso, registrando que “más de la mitad de la población mexicana tiene sobrepeso y más del 15% sufre de obesidad” (Eberwine, 2002).

En los últimos años se ha relacionado a la obesidad con la adopción de cambios importantes en nuestra cultura alimentaria, cambiando drásticamente el estilo de vida de la población mexicana. Se ha observado en las últimas décadas una modificación en los patrones de alimentación y actividad física, caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares, entre otros; la baja ingesta de nutrientes saludables y un alto índice de sedentarismo. El Dr. Jorge Jiménez Cantú citado (citado por Rius, 1973) señala que “el mexicano no sabe comer, por eso es más vulnerable a las enfermedades”.

Por lo que el tema de la obesidad se ha convertido en uno de los retos más importantes de salud pública, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece.

En respuesta al crecimiento de la llamada epidemia global, la OMS promovió una estrategia mundial sobre alimentación saludable, actividad física y salud. Esta estrategia tiene el propósito de contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al revertir la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que enfrenta el país, derivadas del sobrepeso y la obesidad (Secretaría de Salud, 2010).

No obstante, las estrategias empleadas se han enfocado en incrementar los hábitos alimenticios saludables y disminuir el sedentarismo, que si bien son rescatables para su tratamiento, no podemos dejar de reconocer la importancia de las emociones en el desarrollo y mantenimiento de esta enfermedad, generando secuelas que por lo menos sino son irreversibles, al no ser tratadas puede el individuo hacerlas propias, por incómodas que éstas sean.

Al padecer una enfermedad como la obesidad, las personas no solo se enfrentan a las secuelas físicas resultado del exceso de grasa corporal, sino también a elementos emocionales que le afectan en su ser social e individual; destacando entre estos, la insatisfacción de su imagen corporal, autoconcepto pobre, inseguridad, alteraciones afectivas, aislamiento social, poca motivación para bajar de peso, depresión y suicidio.

Afortunadamente hoy en día existen centros y clínicas privadas para el tratamiento de la obesidad, mediante programas de intervención integral que no solo plantean la modificación en los hábitos alimenticios y de actividad física, sino que incluyen el abordaje psicológico. A través de terapias individuales o grupales el individuo trabaja su relación con la comida y las secuelas físicas, sociales y emocionales que le han dejado este padecimiento.

Las terapias grupales constituyen una importante opción ya que ha demostrado ser tan eficaz como la aproximación individual pero de mayor alcance social y menor costo económico; su empleo es cada vez más frecuente debido a que

fortalece la psique de los individuos mediante diversos modelos que le ayudan a explorar y modificar las experiencias y conflictos que han generado su problemática en relación a su ingesta alimentaria, aunado a que la dinámica grupal, la transmisión de información y experiencias del propio grupo favorecen los cambios. Vannini (2009) enfatiza, que el apoyo de los grupos terapéuticos es una útil herramienta que ayuda a los pacientes a mejorar su imagen corporal, reducir su ansiedad, depresión o aislamiento social. Afirma que estos grupos permiten la identificación con otros integrantes lo que potencializa la motivación a partir de presenciar los logros entre ellos, y posibilitan el afrontamiento grupal que habilita actitudes más responsables y de protagonismo en el proceso de cambio alimentario.

Los modelos de intervención grupal varían entre clínicas, según Vannini (2009), “el enfoque puede variar según las necesidades del grupo y especialización del terapeuta; puede utilizarse desde un abordaje psicodinámico, de tipo cognitivo-comportamental hasta uno gestáltico”. No obstante, existe un centro más ecléctico, el Centro de Atención BOCCA que aunque tiene como base un modelo gestáltico recurre a técnicas humanistas, cognitivo conductuales y orientaciones psicoeducativas, que en conjunto posibilitan que el individuo explore y modifique las experiencias que tiene con su padecimiento.

Considerando lo anterior, surge un gran interés por observar y evaluar el impacto que tiene en un grupo el programa de intervención utilizado en este centro para personas con obesidad, ya que no sólo propone una orientación psicoeducativa respecto a los hábitos alimentarios y actividad física, sino que también implementa en su grupo diferentes técnicas psicológicas para tratar las experiencias que el individuo tiene con su obesidad.

Por lo tanto el presente estudio tiene como propósito contribuir con información que apoye a la literatura especializada en el tema de la obesidad, al identificar si la influencia de un programa de intervención ejerce sobre esta población una mejoría

en sus hábitos, pensamientos y actitudes sobre su padecimiento, para entonces considerarla como una opción efectiva para su tratamiento.

4.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los sectores de salud pública y privada en nuestro país, se han dedicado a promover la sana alimentación mediante asesorías nutricionales, y el gasto energético mediante un aumento en la actividad física como principales objetivos tanto terapéuticos como preventivos frente a la obesidad. Son pocos los tratamientos que utilizan la influencia psicológica en grupos para erradicar o disminuir la misma.

Para cumplir con el propósito de esta investigación se llevó a cabo el análisis de una muestra de 15 personas de 30 a 50 años que padecen obesidad y acuden a un centro de atención para tratar su padecimiento. Se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Se puede evaluar un programa de intervención a través del impacto en los resultados del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ aplicado a un grupo de adultos de 30 a 50 años que padecen obesidad?

4.3 OBJETIVOS

4.3.1 Objetivo general

Determinar si un grupo de adultos de 30 a 50 años de edad presentan una mejoría significativa en los resultados del cuestionario OQ, después de participar en un programa de intervención sobre obesidad.

4.3.2 Objetivos específicos

- Observar y registrar durante 16 sesiones semanales el método utilizado en el programa de intervención grupal en el centro de atención.
- Aplicar a la muestra el cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ al iniciar y concluir el estudio.
- Comparar y analizar los resultados generales (iniciales y finales) obtenidos del cuestionario de sobreingesta OQ.
- Determinar cuáles fueron los cambios específicos, con respecto a los resultados del cuestionario de sobreingesta OQ.
- Establecer las diferencias que existen en los resultados iniciales y finales del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ.
- Identificar las áreas que se presentan con mayor frecuencia en los resultados iniciales y finales del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ del grupo.
- Identificar las áreas que se presentan con menor frecuencia en los resultados iniciales y finales del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ de los participantes.
- Identificar las variables sociodemográficas del grupo.
- Correlacionar los datos sociodemográficos con los resultados iniciales y finales del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ.

4.4 HIPOTESIS

4.4.1 Hipótesis de trabajo

Hi: Las personas de 30 a 50 años que acudieron a un programa de intervención grupal presentan una mejoría significativa en los resultados del cuestionario OQ.

4.4.2 Hipótesis nula

Ho: Las personas de 30 a 50 años que acudieron a un programa de intervención grupal no presentan una mejoría significativa en los resultados del cuestionario OQ.

4.4.3 Hipótesis alterna

Ha: Las personas de 30 a 50 años que acudieron a un programa de intervención grupal presentan los mismos resultados del cuestionario OQ.

4.5 VARIABLES

4.5.1 Variable independiente: Programa de intervención

Definición conceptual: Planificación y ejecución en determinados períodos de contenidos encaminados a lograr los objetivos establecidos a partir de las necesidades de las personas, grupos o instituciones inmersas en un contexto espaciotemporal determinado (Riart, 1996).

Definición operacional: En el periodo de observación y evaluación, el programa de intervención aplicado en formato grupal consta de 16 semanas de duración, divididas en sesiones semanales de una hora cincuenta minutos. Promoviendo cambios sobre aquellos estilos de vida y hábitos alimentarios que contribuyen a la ganancia de peso, contemplando orientaciones psicoeducativas en nutrición, la actividad física, y la emocionalidad del adulto utilizando como base el modelo gestáltico, apoyado de técnicas humanistas y cognitiva conductual.

En el anexo 3 se presenta la carta descriptiva de cada una de las sesiones del programa de intervención.

4.5.2 Variable dependiente: Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria.

Definición conceptual: Instrumento que mide hábitos, pensamientos y actitudes clave relacionados con la obesidad. (O'Donnell, 2007).

Definición operacional: Consta de 80 reactivos divididos en 12 escalas: dos de validez (inconsistencia en las respuestas, defensividad), seis de actitudes y hábitos relacionados con el comer (sobreingesta alimentaria; subingesta alimentaria; antojos alimentarios; expectativas relacionadas con comer, racionalizaciones, motivación para bajar de peso) y cuatro escalas más que se relacionan con hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial (hábitos de salud, imagen corporal, aislamiento social y alteración afectiva).

El instrumento utiliza preguntas en escala tipo Likert. Las preguntas tienen un rango de respuesta de 5 puntos (de 0 a 4): 0=para nada, 1=un poco, 2=moderadamente, 3=bastante y 4=muchísimo. Las puntuaciones se establecen por escala, las cuales describo a continuación:

Para calcular inconsistencias en las respuestas (INC), se realiza una diferencia de pares de las preguntas 6-35, 9-56, 10-67, 12-31, 14-52, 16-19, 21-54, 23-70, 26-34, 37-51, 41-44, 42-45, 46-68, 50-61 y 55-58. Si esta diferencia es igual o mayor que 2, se otorga un valor de inconsistencia. En caso de que los valores sumados sean igual a 5 o mayores es posible que las respuestas no se hayan basado en el contenido de los reactivos y por lo tanto se invalidan los resultados del cuestionario.

Las puntuaciones restantes se obtienen de la siguiente manera:

- 1) Defensividad (DEF): Se suman los valores de las preguntas 14, 17, 31, 43, 48, 62 y 76. Las puntuaciones oscilan entre <3 y 28, a partir de la puntuación 20 existe un conflicto en el área.
- 2) Sobreingesta alimentaria (SOB): Se suman los valores de las preguntas 1, 3, 4, 8, 13, 53, 69 y 78. Las puntuaciones oscilan entre 0 y >29, a partir de la puntuación 15 existe un conflicto en el área.

- 3) Subingesta alimentaria (SUB): Se suman los valores de las preguntas 5, 25, 40, 41, 44, 47, 63 y 77. Las puntuaciones oscilan entre 0 y >27, a partir de la puntuación 13 existe un conflicto en el área.
- 4) Antojos alimentarios (ANT): Se suman los valores de las preguntas 9, 28, 36, 56, 60 y 73. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 24, a partir de la puntuación 12 existe un conflicto en el área.
- 5) Expectativas relacionadas con comer (EXP): Se suman los valores de las preguntas 15, 16, 19, 22, 37, 51 y 79. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 28, a partir de la puntuación 12 existe un conflicto en el área.
- 6) Racionalizaciones (RAC): Se suman los valores de las preguntas 2, 30, 32, 55, 57, 58, 65 y 74. Las puntuaciones oscilan entre 0 y >28, a partir de la puntuación 8 existe un conflicto en el área.
- 7) Motivación para bajar de peso (MOT): Se suman los valores de las preguntas 18, 21, 26, 34, 38, 54, 66 y 80. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 32, si la puntuación es menor o igual a 1 existe un conflicto en el área.
- 8) Hábitos de salud (SAL): Se suman los valores de las preguntas 6, 11, 35, 39, 50, 61 y 72. Las puntuaciones oscilan entre 1 y 28, si la puntuación es menor o igual a 5 existe un conflicto en el área.
- 9) Imagen corporal (COR): Se suman los valores de las preguntas 7, 23, 33, 59, 70 y 75. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 24, si la puntuación es menor o igual a 4 existe un conflicto en el área.
- 10) Aislamiento social (AIS): Se suman los valores de las preguntas 14, 24, 46, 49, 52, 64, 68 y 71. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 32, a partir de la puntuación 14 existe un conflicto en el área.
- 11) Alteración afectiva (AFE): Se suman los valores de las preguntas 10, 20, 27, 29, 42, 45 y 67. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 28, a partir de la puntuación 14 existe un conflicto en el área.

4.6 TIPO DE ESTUDIO

El estudio se realizó mediante un experimento cuasiexperimental, en donde se manipuló deliberadamente la variable independiente para observar su efecto y relación con la variable dependiente, en donde los sujetos no se asignaron al azar, sino que el grupo ya existía. (Hernández, 2003).

Asimismo realizó un análisis correlacional de las variables sociodemográficas con los resultados obtenidos en el pre y post aplicación del cuestionario de sobreingesta alimentaria (Hernández, 2003).

4.7 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación fue de tipo pretest-posttest, en donde se evaluó la variable dependiente antes y después del programa de intervención grupal para posteriormente hacer una comparación estadística. (Hernández, 2003)

4.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización de esta investigación se aplicó al grupo el *Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria (OQ)* de *William E. O'Donnell, PhD, MPH & W. L. Warren* (ver anexo 1) al iniciar y al concluir el estudio.

El Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria, es un instrumento que mide aspectos que se relacionan con la obesidad, tales como hábitos, pensamientos y actitudes. A lo largo de su desarrollo ha mostrado una fuerte confiabilidad, los estimados alfa de consistencia interna para el total de la muestra se encuentran entre .79 y .88, con un valor mediano de .82. El tiempo requerido para contestarlo es de 20 minutos aproximadamente, su lectura es fácil además de que puede aplicarse de manera individual o en un entorno grupal.

Este cuestionario se conforma de 12 escalas, las cuales describo a continuación:

- 1) Inconsistencia en las respuestas (INC): Se refiere al grado de reflexión con respecto al significado de dar una descripción precisa de sí mismo.
- 2) Defensividad: La escala DEF consiste en reactivos que denotan autoafirmaciones idealizadas.
- 3) Sobreingesta alimentaria (SOB): Se relaciona con la tendencia de seguir comiendo aún después de haber saciado el hambre.
- 4) Subingesta alimentaria (SUB): indica el no comer lo suficiente.
- 5) Antojos alimentarios (ANT): Se refiere a la vulnerabilidad al tipo de antojo apremiante de comida que con frecuencia puede sabotear los esfuerzos por conservar un peso corporal sano.
- 6) Expectativas relacionadas con comer (EXP): se relaciona con los resultados positivos que se esperan como consecuencia de ingerir alimentos.
- 7) Racionalizaciones (RAC): Refleja la tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano.
- 8) Motivación para bajar de peso (MOT): indica el grado al cual el individuo está dispuesto a trabajar para bajar de peso y para conservar un peso corporal sano.
- 9) Hábitos de salud (SAL): se relaciona con la regularidad con la que el individuo participa en conductas que por lo general se consideran buenas prácticas de salud.
- 10) Imagen corporal (COR): señala hacia una imagen corporal positiva.
- 11) Aislamiento social (AIS): indica una relativa escasez de recursos sociales.
- 12) Alteración afectiva (AFE): refleja la presencia de estrés, depresión o ansiedad que pueden minar los esfuerzos por bajar de peso.

Las escalas del instrumento son de gran importancia pues se fundamentan en la investigación que ha mostrado que la obesidad parece estar consistentemente relacionada con la satisfacción global en cuanto a la vida y las relaciones interpersonales, así como con problemas cognitivos y conductuales específicos como los atracones, la distorsión de la imagen corporal, la falta de confianza y los

sentimientos generales de aislamiento y humillación. Así, el Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria constituye una propuesta de evaluación completa y diferente, que generará un diagnóstico más apropiado y en consecuencia, en un pronóstico y tratamiento favorable.

4.9 ESCENARIO

La muestra que padece de obesidad acudió al programa de intervención implementado por el Centro de Atención BOCCA ubicado en Coyoacán, Ciudad de México. Dicho programa se llevó a cabo durante el periodo de observación (16 sesiones semanales) en un aula de 4x4 metros, alfombrada desde el piso hasta media pared, paredes blancas, dos cojines para cada persona colocados en el piso, un pizarrón blanco, dos puertas, una ventana, un ventilador y buena iluminación. Para la evaluación inicial y final se le proporcionó a cada paciente una tabla de madera tamaño carta y un bolígrafo color negro para que llenaran el cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ.

4.10 POBLACIÓN

Comprende a todas aquellas personas que viven en la Ciudad de México y que presentan una acumulación anormal o excesiva de grasa ($IMC \geq 30$).

4.11 MUESTRA

Los participantes fueron elegidos mediante una muestra no probabilística donde la elección de los elementos no depende de la probabilidad si no de las características de la investigación (Hernández, 2003). Conformado por 15 hombres y mujeres de 30 a 50 años que acudieron a un programa de intervención grupal como tratamiento para su obesidad.

4.12 PROCEDIMIENTO

- 1) Se solicitó autorización al Centro de Atención BOCCA para ingresar a su programa de intervención grupal, ocupando el papel de observador con el objeto de registrar los métodos utilizados, y evaluar al grupo inicialmente y al concluir el estudio para identificar el impacto que el programa tenga en sus hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con su obesidad.
- 2) Ya que el programa de intervención grupal tenía una duración de 24 sesiones semanales con una duración de una hora 50 minutos, tanto el facilitador de grupo como el observador establecieron un periodo de 16 sesiones semanales, a partir de la primera sesión, para realizar el estudio de observación y evaluación, con el fin de identificar la posible mejoría en los resultados del cuestionario OQ y verificar cuáles de las áreas requerían reforzamiento para que se trabajaran en grupo durante las siguientes sesiones.
- 3) Durante la primera sesión del programa de intervención grupal se aplicó el cuestionario de sobreingesta OQ al grupo, explicando el objetivo del estudio.
- 4) Se capturaron los resultados obtenidos de la primera aplicación del cuestionario de sobreingesta OQ.
- 5) En cada sesión se registraron los temas, objetivos, técnicas utilizadas y observaciones de la dinámica de grupo.
- 6) En la semana 16 del programa de intervención se aplicó nuevamente el cuestionario de sobreingesta OQ al grupo.
- 7) Se capturaron los resultados obtenidos de la segunda aplicación del cuestionario de sobreingesta OQ.
- 8) Se compararon las diferencias en los resultados de la pre y post aplicación del cuestionario OQ al grupo.
- 9) Se analizaron las variables sociodemográficas del grupo.
- 10) Se correlacionaron las variables sociodemográficas con los resultados de la pre y post aplicación del cuestionario OQ al grupo.

- 11) Se entregaron los resultados obtenidos del cuestionario de sobreingesta OQ al Centro de Atención BOCCA para que continuaran con su proceso y reforzaran las áreas de menor impacto.
- 12) Se tabularon los conceptos y técnicas utilizadas en el programa de intervención grupal (véase en anexo 2)

4.13 ANALISIS DE DATOS

Los datos obtenidos durante la pre y post aplicación del cuestionario OQ se analizaron mediante una estadística descriptiva para determinar las frecuencias, porcentajes, medias, modas, rangos, medianas, desviación estándar, varianza.

También se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon para analizar y obtener la diferencia entre los datos iniciales y posteriores del cuestionario de sobreingesta OQ aplicado al grupo (Siegel y Castellan, 2001).

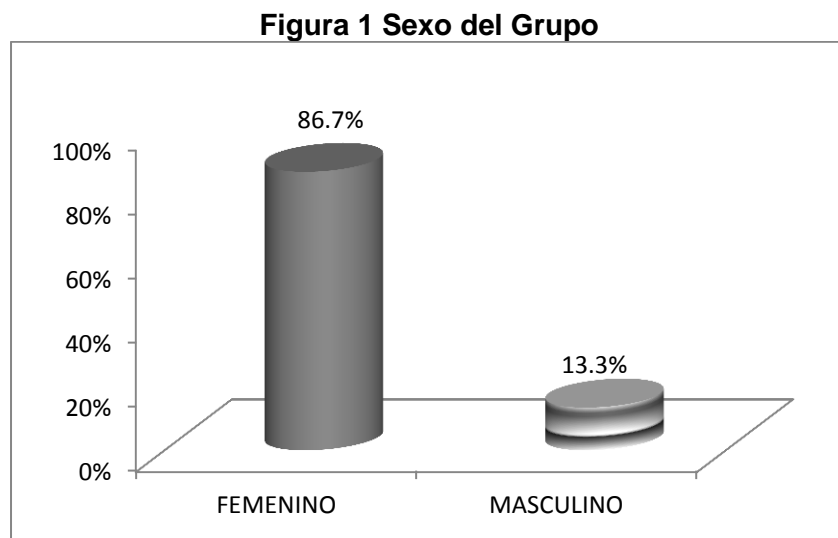
Para finalizar se obtuvo la asociación entre las variables sociodemográficas del grupo y los datos obtenidos del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ mediante la correlación de Spearman (Siegel y Castellan, 2001).

Con todo lo anterior, en el siguiente capítulo se presentan de manera detallada los resultados alcanzados durante la pre y postaplicación del instrumento, y se presenta el análisis de la información obtenida.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

Con los datos recolectados mediante el Cuestionario de Sobreingesta alimentaria, al inicio y al final del estudio, se obtuvieron los siguientes resultados:

Con respecto al sexo en el grupo se encontró que el 86,7% pertenece al género femenino y el 13,3% al género masculino. Predominando el sexo femenino (figura 1).



En cuanto a la variable edad se encontró que, la edad promedio fue de 41 años con una desviación estándar de 6,23 años. El rango de edad fue de 18. La edad mínima encontrada fue de 31 años y la máxima fue de 49 años. En la tabla 1 se muestran las edades que se presentaron, encontrando 42, 47 y 49 años con mayor frecuencia.

Tabla 1. Edad del grupo

EDAD	31	33	34	35	36	38	40	42	44	47	48	49
FRECUENCIA	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2

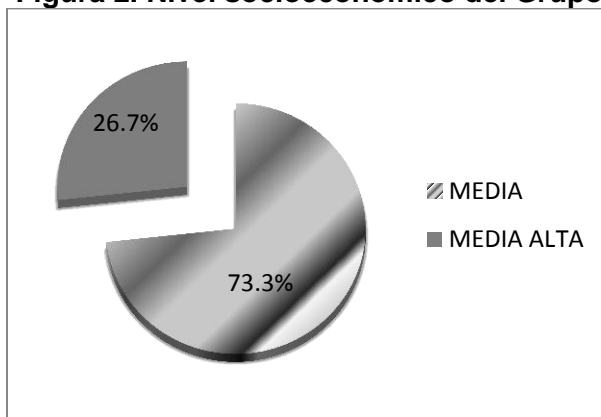
Respecto a la estatura se encontró el promedio fue de 1,59cm con una desviación estándar de 0,07. El rango fue de 0,31. La estatura mínima encontrada fue de 1,46cm y la máxima fue de 1,77cm. En la tabla 2 se muestran las estaturas que se presentaron, encontrando 1.55, 1.58 y 1.62cm con mayor frecuencia.

Tabla 2. Estatura del grupo

ESTATURA	1,46	1,54	1,55	1,56	1,58	1,60	1,61	1,62	1,63	1,64	1,68	1,77
FRECUENCIA	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1

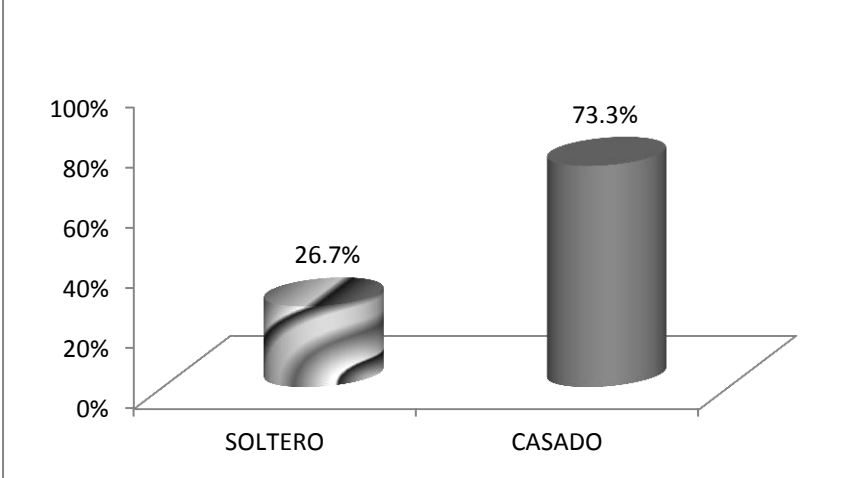
En cuanto al nivel socioeconómico se encontró que, el 73,3% de la muestra poseía un nivel socioeconómico medio y un 26,7% un nivel socioeconómico medio alto, destacando un nivel socioeconómico medio (figura 2).

Figura 2. Nivel socioeconómico del Grupo



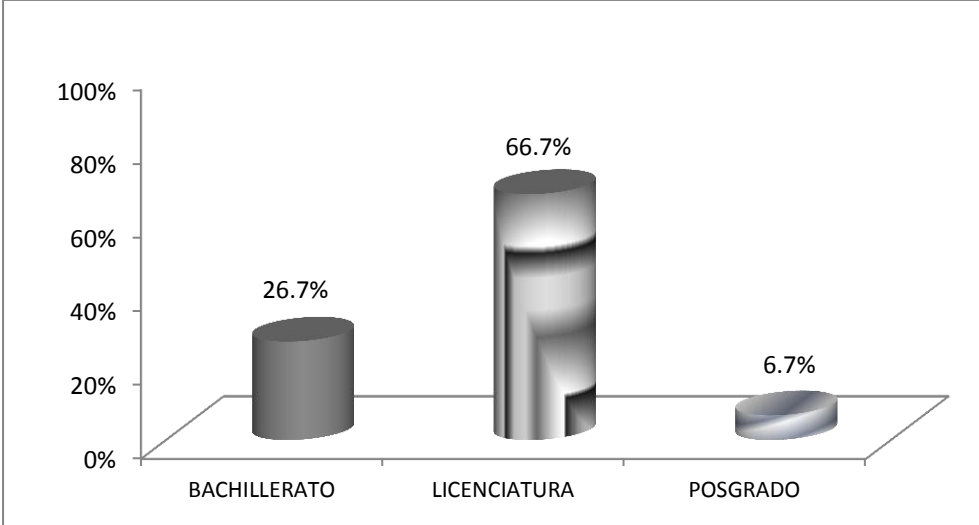
Acerca del estado civil se encontró que, el 73,3% de la muestra era casado y el 26,7% era soltero. En la figura 3 se observa que en el grupo prevaleció el estado civil casado.

Figura 3. Estado civil del grupo



Referente al grado escolar (figura 4) se encontró que, el 26,7% tenía estudios de bachillerato, el 66,7% estudios de licenciatura, y con estudios de posgrado se encontró un 6,7% de la muestra. En el grupo predominaron los estudios a nivel licenciatura.

Figura 4. Grado escolar del grupo



La tabla 3 muestra el comparativo de la actividad física y dieta del grupo al iniciar y al concluir el estudio. Descubriendo que inicialmente sólo el 13.3% de los sujetos realizaba algún tipo de actividad física y el 40% se sometía a una dieta. Al concluir el estudio se encontró que el 100% de los sujetos llevaban una dieta y realizaban algún tipo de actividad física.

Tabla 3. Actividad física y dieta del grupo

	ANTES	DESPUÉS
ACTIVIDAD FÍSICA	13.3%	100%
DIETA	40%	100%

Como se aprecia en la tabla 4 se comparó la media inicial y final del grupo respecto al peso e IMC. En el peso se observó una disminución de 8.16kg y un 3.23 en el IMC menos al finalizar el estudio. Asimismo descubrimos mediante la prueba de Wilcoxon que, existe una diferencia estadísticamente significativa al iniciar y al concluir la investigación, respecto al peso ($Z -3.411$, $\alpha=.001$) y al IMC ($Z -3.412$, $\alpha=.001$). Por lo tanto se puede señalar estadísticamente que, al término del estudio el grupo logró disminuir su peso e IMC.

Tabla 4. Pre vs postest: peso e IMC en Grupo

	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR WILCOXON	α
PESO	91.22kg	83,06kg	8.16kg	Z -3.411	$\alpha=.001$
IMC	35.6	32,3	3.23	Z -3.412	$\alpha=.001$

También se encontró en el peso una desviación estándar inicial de 9.07 y al finalizar de 9.32, un rango inicial de 37 y al finalizar de 38.2, un peso máximo inicial de 120kg y al finalizar de 112.5kg, un peso mínimo inicial de 83kg y al finalizar de 74.3kg y por último un modo inicial de 92 y al finalizar de 80. En función del IMC una desviación estándar inicial de 1.32 y al finalizar de 1.46, un rango inicial de 4.9 y al finalizar de 5, un IMC máximo inicial de 38.9 y al finalizar

de 35.9, un IMC mínimo inicial de 34 y al finalizar de 30.9 y por último una frecuencia inicial de 34.8 y al finalizar de 32.

En la tabla 5 se comparó la media inicial y final del grupo respecto al total del cuestionario de sobreingesta OQ, así como sus escalas y subescalas, encontrando que al concluir el estudio se observaron modificaciones en sus puntuaciones.

Tabla 5. Pre vs postest: Test OQ del grupo

	ANTES	DESPUES	DIFERENCIA	VALOR WILCOXON	α
TOTAL OQ	115.27	96.73	18.53	Z -2.727	$\alpha=.006$
ESCALAS OQ					
HAC CA	66.87	46.4	20.47	Z -3.408	$\alpha=.001$
HA SP	35	37.6	2,6	Z -2.60	$\alpha=.572$
SUBESCALAS OQ					
INC	1.73	.80	.93	Z -2.511	$\alpha=.012$
DEF	13.40	12.73	.67	Z -1.615	$\alpha=.106$
SOB	14.13	5	9.13	Z -3.424	$\alpha=.001$
SUB	11.53	3.93	7.60	Z -3.412	$\alpha=.001$
ANT	7.93	2	5.93	Z -3.244	$\alpha=.001$
EXP	5.87	1.67	4.20	Z -3.182	$\alpha=.001$
RAC	6.60	2.73	3.87	Z -3.243	$\alpha=.001$
MOT	20.80	31.07	10.27	Z -3.410	$\alpha=.001$
SAL	7.80	19.40	11.60	Z -3.411	$\alpha=.001$
COR	4.47	10.80	6.33	Z -2.990	$\alpha=.003$
AIS	9.07	3	6.07	Z -2.861	$\alpha=.004$
AFE	13.67	4.40	9.27	Z -3.356	$\alpha=.001$

En la puntuación total del test OQ se observó una valoración de 18.53 menor al finalizar el estudio, asimismo se descubrió mediante la prueba de Wilcoxon que existe una diferencia estadísticamente significativa al iniciar y al concluir la investigación referente al total del test OQ (Z -2.727, $\alpha=.006$). Respecto a las escalas del Test OQ, se encontró que al concluir el estudio hubo una reducción en la puntuación de la escala HAC CA (hábitos y actitudes relacionados con la

conducta alimentaria). En la puntuación de las escalas del test OQ se observó una valoración de 20.47 menor en la escala HAC CA al finalizar el estudio, y descubrimos mediante la prueba de Wilcoxon que las puntuaciones en esta escala reflejaron una diferencia estadísticamente significativa ($Z -3.408$, $\alpha=.001$) al iniciar y al concluir la investigación; mientras que en la escala HA SP no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($Z -2.60$, $\alpha=.572$) al finalizar el estudio. En relación a las subescalas del Test OQ, se descubrió que al concluir el estudio se observó una disminución en las subescalas ALT (alteración afectiva), AIS (aislamiento social), RAC (racionalizaciones), EXP (expectativas relacionadas con comer), ANT (antojos alimentarios), SUB (subingesta alimentaria), SOB (sobreingesta alimentaria), DEF (defensividad) e INC (inconsistencia en las respuestas). Mientras que las subescalas COR (imagen corporal), SAL (hábitos de salud) y MOT (motivación para bajar de peso) incrementaron su puntuación. A través de la prueba de Wilcoxon se encontraron diferencias estadísticamente significativas al iniciar y al concluir la investigación respecto a las puntuaciones de las subescalas del test OQ. En el caso de la subescala INC se encontró una diferencia de .93 ($Z -2.511$ $\alpha=.012$), en la subescala SOB de 9.13 ($Z -3.424$ $\alpha=.001$), en la subescala SUB de 7.60 ($Z -3.412$ $\alpha=.001$), en la subescala ANT de 5.93 ($Z -3.244$ $\alpha=.001$), en la subescala EXP de 4.20 ($Z -3.182$ $\alpha=.001$), en la subescala RAC de 3.87 ($Z -3.243$ $\alpha=.001$), en la subescala MOT de -10.27 ($Z -3.410$ $\alpha=.001$), en la subescala SAL de -11.60 ($Z -3.411$ $\alpha=.001$), en la subescala COR de -6.33 ($Z -2.990$ $\alpha=.003$), en la subescala AIS de 6.07 ($Z -2.861$ $\alpha=.004$), en la subescala AFE de 9.27 ($Z -3.356$ $\alpha=.001$), mientras que en la subescala DEF no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($Z -1.615$, $\alpha=.106$) al finalizar el estudio.. Por lo tanto se puede señalar estadísticamente que, al concluir las 16 sesiones semanales del programa de intervención, el grupo modificó sus hábitos, pensamientos y actitudes claves relacionados con la obesidad, disminuyendo su sobreingesta y subingesta alimentaria, antojos alimentarios, expectativas relacionadas con el comer y racionalizaciones; y al incrementar su imagen corporal, hábitos de salud y motivación para bajar de peso.

Como se puede apreciar en la tabla 6, se realizó un análisis bivariado al iniciar el estudio, mediante el coeficiente de correlación Spearman.

Tabla 6. Pretest: Correlación de variables del grupo

PRE TEST	Esc	Edo civ.	Nivel soc	Edad	Est	Peso	IMC	HAC CA	HA SP	TT	INC	DEF	SOB	SUB	ANT	EXP	RAC	MOT	SAL	COR	AIS	AFE
Sexo	,219	,237	-.207	,250	,592	,545	-.046	,091	-.409	-.227	-.097	-.233	,046	-,549	-.182	,092	,252	,457	-.411	-.114	-.023	-.228
ESC		,484	-.337	-,587	-.258	-.248	-.031	,390	,448	,542	-.172	,245	,076	,405	,482	,149	,268	,283	,294	,101	,135	,474
Edo civ			,364	,770	,280	,279	-.297	-.052	-.122	-.192	,242	-.107	,442	-.334	-.070	-.053	,053	-.123	-,579	-.088	,385	-.193
Nivel soc				,490	,315	,297	,122	-.140	-.105	-.210	-.242	0,000	-.177	-.035	,088	-.281	-.300	-.018	,158	-.088	,210	-.298
Edad					,308	,302	-.182	-.332	-.444	-,551	-.016	-.386	-.019	-.335	-.359	-.478	-.067	-.023	-.401	,081	-.137	-,565
Est						,973	-.206	,067	-.287	-.154	-.293	-.285	,041	-.206	-.142	-.042	,088	,370	,006	-.160	,060	-.093
Peso							-.065	,032	-.216	-.137	-.307	-.374	-.003	-.201	-.173	-.128	,064	,395	,013	-.257	,128	,003
IMC								-.141	,299	,027	-.234	-.211	-.420	,013	-.076	-.267	-.021	,025	,178	-.268	,090	,279
HAC CA									,493	,835	-.316	,391	,772	,229	,772	,709	,247	,537	,301	,426	,216	,326
HA SP										,856	-.324	,171	,322	,734	,535	,198	,125	-.063	,477	,051	,648	,830
TT											-.365	,378	,593	,604	,779	,576	,114	,206	,496	,314	,483	,668
INC												,045	-.108	-.480	-.385	,064	,327	-.321	-,731	-,528	,180	-.013
DEF													,412	,050	,607	,582	-.237	-.052	,057	,347	,055	-.006
SOB														,023	,521	,697	,282	,233	-.197	,285	,367	,203
SUB															,264	-.068	-.002	-.218	,712	,266	,276	,529
ANT																,659	-.199	,209	,436	,458	,290	,222
EXP																	-.016	,084	,023	,356	,162	,084
RAC																		,240	-.305	-.298	,201	,405
MOT																			,079	,073	-.225	,017
SAL																				,288	-.032	,265
COR																					-.440	-.393
AIS																						,703

* Correlación ≤ .05

** Correlación ≤ .01

En esta tabla podemos observar que en los hábitos y actitudes hacia la conducta alimentaria (HAC CA) de los participantes, afectaban su grado de motivación para bajar y conservar un peso corporal sano (MOT). Se encontró que estos hábitos y actitudes estaban íntimamente relacionados con la vulnerabilidad del tipo de antojo apremiante de comida (ANT), a los resultados positivos esperados como consecuencia de ingerir alimentos (EXP), aunado a que seguían comiendo aún después de haber saciado el hambre (SOB).

Sin embargo si los individuos no comían lo suficiente (SUB), perjudicaban las conductas que favorecen su salud (SAL) y por ende sus hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial (HA SP). Entre estos hábitos se destacaban autoafirmaciones idealizadas (DEF), relativa escasez de recursos sociales (AIS) y la presencia estrés, depresión o ansiedad que minaban sus esfuerzos por bajar de

peso (AFE) lo que los llevaba a seguir comiendo aún después de haber saciado el hambre (SOB).

También se encontró que eran altas las inconsistencias en sus respuestas (INC) al no existir una imagen corporal positiva (COR).

Por último se descubrió que, los sujetos casados (EDO CIV) por lo general no llevaban buenas prácticas de salud (SAL).

Como se puede apreciar en la tabla 7, se realizó un análisis bivariado del grupo al finalizar el estudio, mediante el coeficiente de correlación Spearman.

Tabla 7. Posttest: Correlación de variables del grupo

POS TEST	Esc	Edo civ.	Nivel soc	Edad	Est	Peso	IMC	HAC CA	HA SP	TT	INC	DEF	SOB	SUB	ANT	EXP	RAC	MOT	SAL	COR	AIS	AFE	
Sexo	,219	,237	,207	,228	,592*	,545*	,046	,387	-,389	,160	,403	,421	,165	,570*	,475	-,072	-,092	,217	-,208	-,396	-,168	-,120	
ESC		,484	-,337	-,571*	-,258	-,211	-,182	,376	,187	,459	-,449	-,546*	,574*	,234	,313	,118	,318	-,090	,047	,144	-,256	,257	
Edo civ			,364	,772**	,280	,262	-,105	-,210	,070	-,176	,271	,285	,145	,219	-,292	-,590*	-,496	,241	-,071	-,036	,111	,184	
Nivel soc				,474	,315	,367	,263	-,035	-,070	-,141	,368	,228	,072	,055	,055	-,166	-,354	,334	,053	,090	-,111	-,294	
Edad					,300	,271	-,079	-,433	,184	-,259	,117	,179	-,057	-,022	-,416	-,659**	-,471	,052	,231	,058	,124	,074	
Est						,939**	,108	-,004	-,252	-,221	,342	,404	,015	,081	-,196	,028	-,269	,618*	,038	,077	-,440	-,531*	
Peso							,372	,040	-,344	-,231	,289	,451	-,013	,088	-,112	-,077	-,116	,634*	-,144	-,059	-,284	-,431	
IMC								,142	-,556*	-,207	,204	,566*	-,309	-,002	,252	-,148	,410	,146	-,649**	-,466	,409	-,095	
HAC CA									-,507	,616*	,322	,199	,548*	,802**	,824**	,428	,326	,298	-,616*	-,337	-,282	,096	
HA SP										,308	-,565*	-,530*	,283	-,292	-,378	-,129	-,640*	-,487	,805**	,715**	,246	,387	
TT											-,133	-,062	,784**	,571*	,592*	,275	-,226	-,150	-,030	,156	,098	,520*	
INC												,422	-,064	,262	,195	,216	,007	,424	-,364	-,099	-,291	-,609*	
DEF													-,147	,132	,132	-,089	-,017	,367	-,578*	-,457	,206	-,085	
SOB																						,392	
SUB																							,303
ANT																							,234
EXP																							,407
RAC																							,115
MOT																							,409
SAL																							,124
COR																							,230
AIS																							,604*

* Correlación ≤ .05

** Correlación ≤ .01

Se descubrió que, los individuos incrementaron sus hábitos y actitudes hacia la conducta alimentaria (HAC CA) al modificar su tendencia a seguir comiendo aún

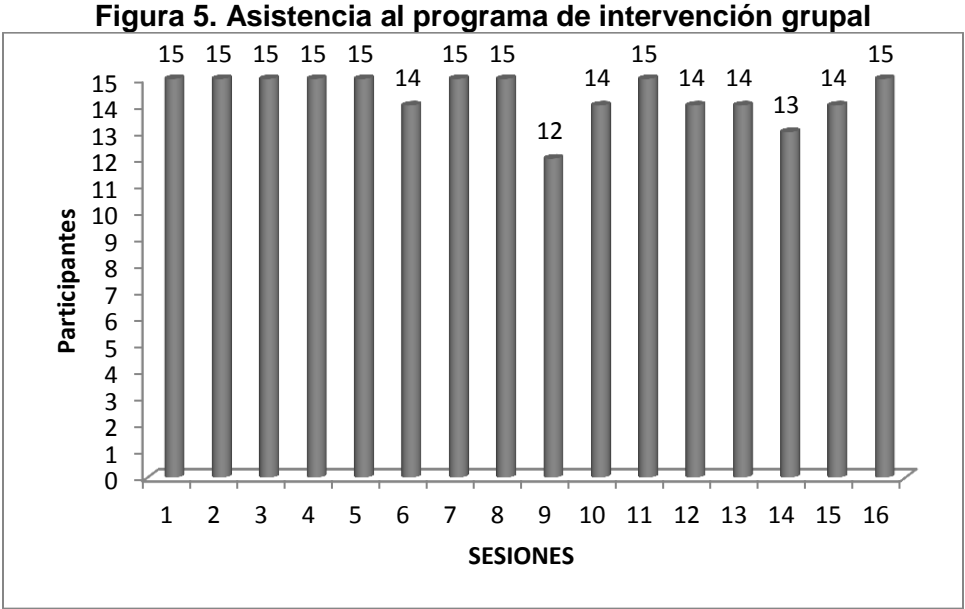
después de haber saciado el hambre (SOB), al comer lo suficiente (SUB) y al disminuir sus antojos alimentarios (ANT).

También se descubrió que si los individuos tienen una positiva imagen corporal (COR) incrementa la regularidad con la que participa en conductas que favorecen su salud (SAL), lo que genera una disminución en su índice de masa corporal (IMC), en las inconsistencias en sus respuestas (INC), en sus autoafirmaciones idealizadas (DEF) y en su tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano (RAC). Y como consecuencia, incrementan sus hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial (HA SP). De esto último se descubrió que, la presencia de estrés, depresión o ansiedad (AFE), estaban íntimamente relacionados con la relativa escasez de recursos sociales (AIS) y al incrementar dichos recursos los individuos estaban dispuestos a trabajar para bajar y conservar un peso corporal sano (MOT).

Por otro lado, se encontró que, el sexo femenino (SEXO) tenía mayor prevalencia de no comer lo suficiente (SUB). También se observó que los solteros (EDO CIV) y los más adultos (EDAD) disminuyeron sus expectativas relacionadas con comer (EXP). Y por último, que los que tenían mayor peso (PESO) estaban más dispuestos a trabajar para bajar y conservar un peso corporal sano (MOT).

Como conclusión se puede afirmar que en este grupo, al incrementar los hábitos y actitudes hacia la conducta alimentaria (HAC CA) desarrollaron mejores hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad (TT) y por consiguiente, una disminución en su índice de masa corporal (IMC).

En la figura 5 podemos observar que hubo una participación mínima de 12 participantes y máxima de 15 participantes. El promedio de participación fue de 14.375, con una asistencia total del 95.83% durante las 16 sesiones, por lo tanto se puede hablar de una buena adherencia al programa de intervención.



CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

Durante esta investigación se estudió una muestra conformada por 15 individuos de sexo indistinto, de 30 a 50 años, que de acuerdo a Saldaña y Rossell (1988) presentaban una acumulación excesiva de tejido adiposo, por lo que acudieron a un programa de intervención grupal con el fin de encontrar una solución a su padecimiento de obesidad, ya que como menciona González (1999), en los últimos años la psicoterapia de grupo se está aplicando ampliamente, por ser tan efectiva como la individual y por ser un tratamiento más económico, al alcance de los pacientes, y al considerar que la conducta de cada uno de sus miembros siempre se ve influenciada por su participación en ese seno colectivo. Asimismo, en el tema de la obesidad, ayudar a restablecer una sana relación simbólica con los alimentos implica una reorganización de sus códigos emocionales (Carrillo, Ruiz y Maldonado, 2011).

En lo relacionado a las variables sociodemográficas del grupo, se encontró que predominó el sexo femenino con un 86.7% (figura 1), lo anterior corresponde con las aportaciones de Rius (2003), quien señala que “la obesidad afecta principalmente a la mujer”, provocando que ésta no sólo se sienta mal por su condición física sino también por no cumplir los estándares de belleza que la sociedad establece. De acuerdo a la selección de adultos de 30 a 50 años, según Kaplan y Sadock (1998) se formó una homogeneidad en función de la edad, esta segregación permitió enfocar al grupo hacia aspectos relacionados con su sexualidad, independencia, así como el significado de lo individual y lo familiar, observando con mayor frecuencia las edades de 42, 47 y 49 años (tabla 1). En lo que se refiere a la *estatura* se localizaron las estaturas 1.55, 1.58 y 1.62cm con mayor frecuencia (tabla 2). En el *nivel socioeconómico* se encontró (véase en figura 2) que en el grupo preponderaba el nivel medio (73.3%). En cuanto al *estado civil* se observó (figura 3) predominaban los casados (73.3%). Por último en lo que se refiere al *nivel académico*, se observó (véase en figura 4) que prevalecían los estudios a nivel licenciatura (66.7%).

Uno de los objetivos de la investigación fue observar y registrar durante 16 sesiones semanales el método utilizado en el programa de intervención grupal, recordando que un programa de intervención de acuerdo a Riart (1996) se refiere a la planificación y ejecución en determinados períodos de contenidos encaminados a lograr los objetivos establecidos a partir de las necesidades de las personas, grupos o instituciones inmersas en un contexto espaciotemporal determinado. Identificando que durante este periodo el grupo se reunió de manera permanente y voluntaria, donde los individuos interactuaban y se interrelacionaban con fines psicoterapéuticos (González, 1999), para tratar el tema que les aquejaba, su obesidad.

En el centro de atención (Bocca, 2012), en donde se llevó a cabo el programa de intervención, se emplearon diferentes enfoques de intervención, ya que como menciona Vannini (2009) el modelo utilizado en el grupo terapéutico para el tratamiento de la obesidad puede variar según las necesidades del grupo y terapeuta. Observándose principalmente la utilización de un modelo gestáltico, apoyado de técnicas cognitivo conductual, racional emotiva, centrada en el cliente, así como del apoyo de orientaciones psicoeducativas de corta duración, donde dos especialistas externos participaron de manera muy activa, aportando asesoría nutricional y de actividad física (anexo 2), lo anterior concuerda con la postura de Kaplan y Sadock (1998) quienes afirman que los aspectos del tratamiento de los trastornos de la ingesta se conceptualizan en forma de dos áreas de abordaje, la primera como la normalización del patrón alimentario, la estabilización de un peso y la conservación de un buen estado de salud; mientras que la segunda incluye los aspectos psicológicos subyacentes que dan lugar a la aparición del trastorno y la perpetúan, mediante terapia grupal, individual, entre otros.

Para identificar las áreas en que el programa de intervención había impactado al grupo, se solicitó a los integrantes señalaran al iniciar y al concluir el estudio si realizaban alguna *actividad física y/o dieta*, encontrando que al concluir el estudio, el 100% de los sujetos llevaban una dieta y realizaban algún tipo de actividad

física (tabla 3) por lo tanto, como afirma Gracia (2011) “para la disminución de la obesidad es importante aprender a alimentarse de nutrientes que favorecen su organismo y realizar actividad física”.

En relación al peso e índice de masa corporal del grupo, se utilizó la prueba de Wilcoxon para comparar los datos iniciales y finales, como sugieren Siegel y Castellan (2001), descubriendo que al finalizar el estudio, disminuyeron tanto el peso corporal como el IMC (tabla 4), existiendo diferencias estadísticamente significativas no sólo en el peso ($Z -3.411$, $\alpha=.001$) sino también en el IMC ($Z -3.412$, $\alpha=.001$); dichos datos concuerdan con las aportaciones de Lafuente (2011) quien señala que “se obtienen mejores resultados para favorecer la salud y el mantenimiento del peso si se combina el tratamiento psicológico con programas de dieta y ejercicio”.

Para comprobar nuestra hipótesis de trabajo, la cual se refiere a que las personas de 30 a 50 años que acudieron a un programa de intervención grupal presentan una mejoría en los resultados del cuestionario OQ, se aplicó dicho cuestionario al iniciar y al concluir el estudio ya que ha demostrado una fuerte confiabilidad (encontrándose entre .79 y .88, con un valor mediano de .82) al medir los hábitos, pensamientos y actividades claves relacionados con la obesidad (O'Donnell, 2007). Entre los objetivos de esta aplicación se buscó identificar las diferencias en los resultados del cuestionario OQ en el periodo de evaluación, comparando la media inicial y final del grupo respecto a los datos totales del cuestionario de sobreingesta OQ, así como sus escalas y subescalas; encontrando que al concluir el estudio se observaron modificaciones en sus resultados (tabla 5). A continuación se explicarán a detalle cada una de ellas, respaldándolo con el marco teórico.

Respecto al total del cuestionario se observó una disminución en sus puntuaciones al concluir el estudio, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($Z -2.727$, $\alpha=.006$), por lo que sus hábitos, pensamientos y

actividades claves relacionados con la obesidad se habían modificado. Estos resultados se relacionan con las aportaciones de Lafuente (2011) quien señala que el planteamiento global del tratamiento para la obesidad se centra en cambiar el estilo de vida, y este cambio está dirigido a la conducta alimentaria y la modificación de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad.

De acuerdo a la escala HAC CA (hábitos y actitudes relacionados con la conducta alimentaria), se encontró que al concluir el estudio sus puntuaciones habían disminuido, con diferencias estadísticamente significativas ($Z -3.408$, $\alpha=.001$), lo anterior corresponde a las aportaciones de Vannini (2009) quien asegura que la identificación con otros integrantes posibilita el afrontamiento de pares que habilitan actitudes más responsables y de protagonismo en el proceso de cambio alimentario, adicional a lo anterior, de acuerdo a Kaplan y Sadock (1998), se promovió una relación normal con los alimentos y el hecho de comer.

En relación a la escala HA SP (hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial) se observó una disminución en los resultados al concluir el estudio, no obstante las diferencias no fueron estadísticamente significativas ($Z -2.60$, $\alpha=.572$), lo anterior concuerda con Maisonneuve (2003), quien menciona que la introducción de cambios provoca resistencias a menudo considerables, “la vida cotidiana está regida por un conjunto de costumbres, hábitos y modelos que afectan tanto a la forma de curarse o para establecer relaciones con los demás”.

Respecto a las subescalas del Test OQ, se encontraron diferencias en las puntuaciones al concluir la investigación. De manera específica se encontró una disminución en las subescalas ALT (alteración afectiva), AIS (aislamiento social), RAC (racionalizaciones), EXP (expectativas relacionadas con comer), ANT (antojos alimentarios), SUB (subingesta alimentaria), SOB (sobreingesta alimentaria), DEF (defensividad) e INC (inconsistencia en las respuestas); mientras que las subescalas COR (imagen corporal), SAL (hábitos de salud) y MOT (motivación para bajar de peso) incrementaron su puntuación, lo que

concuerda con Vannini (2009) quien indica que los objetivos terapéuticos de la pérdida de peso en grupo están dirigidos a eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad y disminuir el impacto de las futuras complicaciones, por lo que el componente del sostén del grupo forma parte de lo terapéutico y ayuda a los pacientes a mejorar su imagen corporal y habilidades interpersonales.

A través de la prueba de Wilcoxon se encontraron diferencias estadísticamente significativas al iniciar y al concluir la investigación respecto a las puntuaciones de las subescalas del test OQ, las cuales se describen a continuación:

En la subescala “**defensividad**” se observó una mínima disminución en su puntuación al finalizar el estudio, por lo que no fueron estadísticamente significativas ($Z -1.615$, $\alpha=.106$). Si bien Kadis y cols. (1979) señalan que generalmente, los críticos problemas de la realidad emergen en las sesiones de grupo, lo que capacita ventajosamente al terapeuta para afrontar dichos problemas en términos de las necesidades y las resistencias del paciente; los resultados en esta subescala indican que en este grupo, los participantes mantuvieron sus afirmaciones idealizadas, que de acuerdo a Apfeldorfer (2004) conservaron un “angostamiento cognitivo”, como un retorno a un modo de funcionamiento mental y más bajo nivel de conciencia, que tiene como resultado la aparición de esquemas de pensamiento y creencias irracionales, así como un alza de las inhibiciones.

Los datos del pretest en la subescala “**sobreingesta alimentaria**” reflejaron que al iniciar el estudio, el grupo mostró una tendencia a seguir comiendo aún después de haber saciado su hambre, lo que para Moreno, Monereo y Álvarez (2005) podría ser provocado por un daño en los centros reguladores de la ingesta, hambre y saciedad; mientras que para Ravenna (2004) podría tratarse por un estado emocional particular, en donde se crea una dependencia hacia la comida que hace que la persona con obesidad adapte a su estilo de vida una automática conducta adictiva. Lo anterior se complementa con la postura de Silvestri y Stavile

(2005) quienes aseguran que a algunas personas se les dificulta discriminar las necesidades emocionales de las fisiológicas, y como consecuencia comen excesivamente en respuesta a una activación emocional. Finalmente con Hirschmann y Munter (1988) encontramos que también influye el hambre bucal, al tratar de llenar con comida un vacío existencial, aunque fisiológicamente hayan saciado su hambre. En los resultados del postest se observó una disminución en su puntuación, con diferencias estadísticamente significativas ($Z -3.424 \alpha=.001$), lo que implica que los individuos, a través del programa de intervención redujeron su tendencia a seguir comiendo aún después de haber saciado su hambre.

En la subescala “**subingesta alimentaria**” los resultados del pretest indicaron que los sujetos no comían lo suficiente, lo anterior desde la postura de Peña y Bacallao (2000) podría deberse a que un ritmo de vida acelerado y largas jornadas de trabajo respaldan el no ingerir los alimentos necesarios que el cuerpo requiere para nutrirse. Tampoco debemos olvidar que, como señala Lafuente (2011), la mayoría de las personas con obesidad que acuden a tratamiento han realizado numerosas dietas con resultados generalmente pobres; suelen tener información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana y un proceso de adelgazamiento; “lo que los lleva a someterse a tratamientos inadecuados, consumiendo dietas bajas en calorías y a desarrollar conductas patológicas para controlar su peso, tales como el consumo de píldoras dietéticas, diuréticos y laxantes” (Montero, 2001, pág. 39). Finalmente al concluir el estudio se observó en el postest una disminución en sus puntuaciones, con diferencias estadísticamente significativas ($Z -3.412 \alpha=.001$), esto implica que a través de las intervenciones del programa los individuos modificaron sus hábitos, alimentándose lo suficiente.

Los datos del pretest en la subescala de “**antojos alimentarios**” señalaron que al iniciar la investigación mostraban mayor vulnerabilidad al tipo de antojo apremiante de comida, lo anterior en primera instancia se relaciona con las aportaciones de Saldaña y Rossell (1988) quienes afirman que existen estímulos

externos que activan la respuesta de comer ante las características inherentes del alimento como el olor, sabor o apariencia externa. No obstante, no podemos dejar a un lado el factor social, por ejemplo Ogden (2005) quien se basa en la premisa de que “la elección de la comida no es sólo producto de contenido nutricional del alimento, sino que se produce dentro de una red de significados sociales”. Por otro lado es importante recalcar que como señalan Saldaña y Rossell (1988) la publicidad y la televisión promueven cambios en los hábitos de alimentación, bombardeando al ciudadano con productos alimenticios aunque no siempre dietético y nutricionalmente sano, algunos de sus estudios resaltan que el mayor porcentaje de publicidad corresponde a productos con altos índices de grasa, colesterol, azúcar y sal, mientras que son pocos los anuncios que promueven las frutas o vegetales. En los resultados del postest se observó una disminución en su puntuación, con diferencias estadísticamente significativas ($Z -3.244 \alpha=.001$), ello significa que mediante el programa de intervención los sujetos mostraron una menor vulnerabilidad al tipo de antojo apremiante de comida.

En la subescala **expectativas relacionadas con comer** los datos del pretest señalaron que los individuos esperaban resultados positivos como consecuencia de ingerir alimento, lo anterior desde la perspectiva de Saldaña y Rossell (1988) podría estar generado por estímulos internos antecedentes de la conducta de sobreingesta, a nivel cognitivo afectado por el estado de ánimo que desencadena conductas de ingesta, y a nivel fisiológico que describe la presencia o ausencia de sensación física, de hambre o saciedad. Por otro lado como indican Alonso, Blanco y Carballal (2009) “la comida tiene un complejo conjunto de símbolos, es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, simboliza fuerza, abundancia, éxito y es un medio de placer, de gratificación personal, y un alivio a la tristeza o al estrés”. En la aplicación del postest se observó una disminución en su puntuación, con diferencias estadísticamente significativas ($Z -3.182 \alpha=.001$), lo cual implica que los sujetos mediante el programa de intervención redujeron sus expectativas relacionadas con la ingesta alimentaria.

La disminución en las puntuaciones de las subescalas **SUB**, **SOB**, **EXP** y **ANT**, al concluir el estudio, de acuerdo a Kaplan y Sadock (1998) generó en los participantes que acudieron al programa de intervención grupal una “normalización del patrón alimentario”, eliminando los mitos y concepciones erróneas sobre los trastornos de la ingesta, corrigiendo los aspectos cognitivos equivocados en relación con la comida. Asimismo, de acuerdo a Bourges (2004) se obtuvo valorando la cuantificación de la ingestión total de energía y sus fuentes, horario y frecuencia de las comida; dinámica personal de hambre, saciedad y apetito; gustos y preferencias; valores y símbolos asociados con los distintos alimentos y platos; creencias, mitos, hábitos y costumbres alimentarios, tradiciones, ritos, modas y el prestigio social que el paciente concede a cada alimento.

En la subescala “**hábitos de salud**” los resultados del pretest indicaron que el grupo inicialmente denotaba una irregularidad para participar en conductas consideradas como buenas para la salud, lo anterior coincide con las aportaciones de Moreno, Monereo y Álvarez (2005) pues para ellos el crecimiento económico, la modernización y la globalización de la industria alimentaria favorecen la accesibilidad y el elevado consumo de alimentos calóricamente densos, así como la disminución de la actividad física cotidiana condicionada por el actual mundo laboral, la tecnología doméstica y a los patrones de ocio “pasivo” subyacen como germen de la obesidad. Por su parte, Saldaña y Rossell (1988) señalan que, la elección de alimentos es mayor en carbohidratos y menor en proteínas; aunado a que, como señala Newman (2004) ha habido un aumento en la adquisición de alimentos ricos en azúcar, como las gaseosas embotelladas y, al mismo tiempo, una disminución en las compras de frutas, vegetales y legumbres. En la aplicación del postest se observó un incremento en su puntuación, con diferencias estadísticamente significativas ($Z = -3.411$ $\alpha = .001$) lo cual implica que los sujetos mediante el programa de intervención aumentaron la regularidad con la que participaban en conductas consideradas como buenas para la salud, ya que como menciona Vannini (2009) en el grupo terapéutico se producen otros cambios que no son percibidos ni vinculados al proceso de adelgazamiento pero que forman

parte de un mejoramiento en la calidad de vida, como motivación, dieta y ejercicio físico.

Los datos del pretest en la subescala “**racionalizaciones**” mostraron que inicialmente el grupo mostraba una tendencia a racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano. En relación a esto, encontramos que para Silvestri y Stavile (2005) las personas con obesidad utilizan la comida como una estrategia evasiva, de modo que comer anestesia el dolor o la angustia, y permite que se sientan temporalmente mejor. Sin embargo al concluir la investigación, los resultados reflejan una puntuación menor, con una diferencia estadísticamente significativa ($Z -3.243 \alpha=.001$), lo cual implica que a partir de que los sujetos acudieron al programa de intervención mostraron una menor tendencia de racionalizar para deslindarse de la responsabilidad de conservar un peso corporal sano, lo anterior coincide con Perls (1978) quien señala que estando en el grupo, la persona se ve impedida para emplear sus formas habituales de evitación y de algún modo, se ve impulsado a movilizar sus recursos creativos de modo que pueda enfrentarse en el ahora, además de que el grupo contribuye, crea y estimula la emergencia y la novedad para el individuo.

En la subescala “**alteración afectiva**” el pretest indica que inicialmente los individuos mostraron una manifestación de la presencia de estrés, depresión o ansiedad, lo anterior se relaciona con las investigaciones realizadas por Silvestri y Stavile (2005) que indican que los pacientes con obesidad pueden presentar un trastorno ansioso- depresivo, lo que conduce a comer para calmar su angustia, y con ello cerrar un círculo vicioso que comienza con la obesidad y termina en ella al perpetuarla. En la aplicación del postest se observó una disminución en su puntuación, con diferencias estadísticamente significativas ($Z -3.356 \alpha=.001$) lo cual implica que los sujetos mediante el programa de intervención redujeron la presencia de estrés, depresión o ansiedad, lo anterior coincide con las aportaciones de González (1999) quien indica que cada paciente aporta sus recursos al grupo y el grupo lo retribuye, ello favorece el crecimiento conforme al

ritmo y potencialidades propios del individuo, le permite ser y crecer adaptativamente, y le ayuda a favorecer su integración intrapsíquica y social.

Los resultados del pretest en la subescala “**aislamiento social**” señalan que inicialmente los individuos mostraban una relativa escasez de recursos sociales, lo anterior concuerda con la perspectiva de Toro (2004) quien considera que la obesidad constituye en nuestros días un auténtico estigma social, ya que vivimos en una sociedad que venera la perpetua juventud y un modelo de belleza estereotipado, y como consecuencia el rechazo más o menos manifiesto de cualquier persona que no siga las reglas de la estética corporal vigente. Por otro lado Saldaña y Rossell (1988) afirman que, la persona con obesidad no sufre únicamente por su condición física, también por discriminación y culpa que la sociedad le asigna. Sin embargo al concluir la investigación, en los resultados del postest se observó puntuación menor, con una diferencia estadísticamente significativa ($Z -2.861 \alpha=.004$), lo que significa que el grupo a través del programa de intervención incrementó sus recursos sociales, lo anterior coincide con Vannini (2009) quien asegura que un modelo terapéutico grupal permite reducir el aislamiento social.

Los datos obtenidos en el pretest de la subescala “**imagen corporal**” indicaron que los sujetos inicialmente manifestaron la carencia de una imagen corporal positiva, recordemos que para Faccini (2002) la imagen corporal es definida como una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser diferente de la apariencia real; y desde Ogden (2005) esta insatisfacción corporal puede considerarse desde las perspectivas de una imagen corporal deformada, como discrepancia del ideal y como respuestas negativas al cuerpo. Las aportaciones de Silvestri y Stavile (2005) sirven para clarificar lo anterior a través de las esferas del constructo de la imagen corporal haciendo que sus componentes sean más problemáticos en los individuos con obesidad, por ejemplo se encuentra una distorsión en el tamaño corporal, están insatisfechos y preocupados con su apariencia física pues el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales

(forma); también muestran dificultad para percibir, discriminar y nominar los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento adquiere un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones psicológicas (contenido); y por último se observa que la persona se siente juzgada, físicamente menos atractiva y carente de voluntad por la sociedad actual sobrepreocupada por la apariencia física (significado). Sin embargo al concluir la investigación, en los resultados del postest se observó puntuación mayor, con diferencias estadísticamente significativas ($Z -2.990 \alpha=.003$), lo que significa que el grupo a través del programa de intervención modificó su imagen corporal de manera positiva, lo cual se confirma con las aportaciones de Kirszman y Salgueiro (2002), quienes afirman que el constructo de la imagen corporal no es estático ni rígido, sino maleable y sujeto a modificación con relación a la influencia del contexto.

Finalmente en la subescala **“motivación para bajar de peso”** desde los resultados del pretest el grupo mostró un alto grado de disposición para trabajar y conservar un peso corporal sano, lo anterior se puede relacionar con la postura de Silvestri y Stavile (2005) quienes afirman que la insatisfacción de la imagen corporal en la obesidad es una motivación frecuente para bajar de peso, lo cual se vio reflejado nuevamente en la aplicación postest al observar un incremento en sus puntuaciones, encontrando diferencias estadísticamente significativas ($Z -3.410 \alpha=.001$), lo cual implica que los sujetos mediante el programa de intervención reflejaron un mayor grado de disposición para trabajar y conservar un peso corporal sano, coincidiendo con la aportación de Vannini (2009) quien señala que en los grupos psicoterapéuticos se potencializa la motivación a partir de presenciar los logros de los otros integrantes y la identificación con otros integrantes posibilita el afrontamiento de pares que habilitan actitudes más responsables y de protagonismo en el proceso de cambio alimentario.

Otro de los objetivos de este estudio fue correlacionar las variables sociodemográficas del grupo con los resultados del pretest (tabla 6), encontrando que sus hábitos y actitudes hacia la conducta alimentaria, afectaban su motivación

para bajar y conservar un peso corporal sano; estos hábitos y actitudes estaban relacionados con sus antojos alimentarios, las expectativas relacionadas con comer, aunado a que seguían comiendo aún después de haber saciado el hambre. También se encontró que los individuos no comían lo suficiente, que los sujetos casados por lo general no llevaban buenas prácticas de salud y por ende perjudicaban sus hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial. De estos hábitos se destacan autoafirmaciones idealizadas, relativa escasez de recursos sociales y la presencia de estrés, depresión o ansiedad que minaban sus esfuerzos por bajar de peso, lo que los llevaba a seguir comiendo aún después de haber saciado el hambre. Lo anterior se puede relacionar con las aportaciones de Apfeldorfer (2004) quien afirma que el elemento motor en el desarrollo de los trastornos alimentarios radica en la tentativa de escapar a la conciencia de sí, a la propia realidad, a los elevados estándares que el individuo se ha propuesto pero no logra alcanzar, a los juicios supuestamente negativos de los demás y a la experiencia depresiva que de ello resulta, todo lo cual se vive como algo singularmente doloroso.

Al concluir el estudio nuevamente se correlacionaron las variables sociodemográficas del grupo con los resultados del posttest (tabla 7), descubriendo que al incrementar su imagen corporal, aumentaron sus hábitos de salud, lo que generó no sólo una disminución en su índice de masa corporal, en las inconsistencias en sus respuestas y en sus racionalizaciones; como consecuencia de lo anterior, incrementaron sus hábitos generales de salud y funcionamiento psicosocial. De estos hábitos se descubrió que su alteración afectiva estaba íntimamente relacionada con su aislamiento social y al incrementar sus recursos sociales estos se mostraban más dispuestos a trabajar para bajar y conservar un peso corporal sano. Por otro lado, se encontró que, las mujeres tenían mayor prevalencia de no comer lo suficiente, esto por una parte podría deberse a que en la mayoría de los casos el género femenino se siente menos atractiva debido a nuestra sociedad sobrepreocupada por la apariencia física (Silvestri y Stavile, 2005), por lo que tiende a someterse a dietas restrictivas para bajar de peso; no

obstante también debemos considerar que en el grupo prevalecía el sexo femenino, por lo que sería conveniente realizar grupos homogéneos en función del sexo para posteriores estudios. También se observó que los sujetos con mayor edad y los solteros, disminuyeron sus expectativas relacionadas con comer, es decir, con los resultados positivos que se esperaban como consecuencia de ingerir alimentos. Por último, los resultados señalaron que, los que tenían mayor peso estaban más dispuestos a trabajar para bajar y conservar un peso corporal sano, lo anterior se podría relacionar con la postura de Fernández (2006), quien señala que en la edad adulta se toman muchas de las decisiones que han de afectar la vida, con respecto a la salud, la felicidad y el éxito de cada individuo; por lo que sus hábitos, actividad física y estado emocional pueden tener un impacto primordial en su funcionamiento presente y futuro.

En relación a la adherencia del tratamiento, se pudo observar que hubo una asistencia total del 95.83% durante las 16 sesiones (figura 5), por lo tanto se puede hablar de una buena adherencia al programa de intervención, incluso se podría decir que la interacción grupal apoyó al crear una buena adherencia al tratamiento y al aumento de motivación de los pacientes para lograr sus metas individuales. Estos hallazgos coinciden con las aportaciones de Silva (2007) quien afirma que el apoyo del grupo anima y estimula a los otros miembros del grupo para cambiar su estilo de vida.

En función de los resultados obtenidos podemos sustentar la hipótesis de trabajo planteada y afirmar que, las personas de 30 a 50 años que acudieron al programa de intervención grupal presentaron una mejoría en los resultados del cuestionario OQ, es decir en sus hábitos, pensamientos y actitudes relacionadas con la obesidad. Destacando que, mediante el apoyo psicológico y las orientaciones psicoeducativas incluidas en el programa de intervención grupal, como menciona González (1999) los individuos se volvieron capaces no sólo de reorganizar sus patrones de conducta, sino también de obtener cambios en sus relaciones interpersonales; de lograr una definición más exacta y racional de sus metas; de

adquirir nuevos modelos de actuación, y de conseguir un ajuste emocional en las situaciones que no habían logrado modificar.

En el programa de intervención grupal encontramos diferentes técnicas y conceptos utilizados por diferentes enfoques que de acuerdo a González (1999) están clasificadas como terapias psicoeducativas o reeducativas, las cuales promueven el insight, el conocimiento de los conflictos más conscientes del individuo mediante un esfuerzo deliberado que lo conduzca a lograr su reajuste, reorganización de metas y logro de un estilo de vida que satisfaga sus necesidades, permitiéndole de este modo descubrir y desarrollar sus potencialidades.

Estas técnicas y conceptos de alguna u otra manera beneficiaron el cambio en los pensamientos, conductas y actitudes relacionadas con la obesidad, no obstante, la limitante de la investigación sería especificar cuáles y de qué manera impactaron en el grupo, por lo que se sugiere para posteriores investigaciones realizar grupos homogéneos en relación a las técnicas psicoterapéuticas y de esa manera poder identificar qué técnica favorece con mayor intensidad a un grupo.

Finalmente los resultados obtenidos mediante el cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ permitieron, como mencionan Reboloso, Fernández y Cantón (2008), “planificar, identificar formas innovadoras de cómo tratar los problemas humanos y comunitarios, para decidir sobre el futuro de un programa (continuar o abandonarlo) y para ayudar su defensa frente a otras alternativas”. Por lo que se sugiere para posteriores investigaciones, realizar un seguimiento longitudinal del grupo, con el fin de saber si a través del tiempo mantuvo o modificó los resultados del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ.

Las aportaciones de esta investigación de esta misma manera permite extenderse a más casos, incluso realizar otros estudios que midan el impacto que tiene un tratamiento multi e interdisciplinario, involucrando a psicólogos especialistas en

trastornos de la conducta alimentaria, médicos que controlen las enfermedades asociadas con la obesidad, así como de entrenadores físicos y nutriólogos que diseñen programas para cada paciente y continuamente midan su desempeño.

Entre las limitantes del estudio se encontró que, desafortunadamente era escasa la literatura acerca de los tratamientos psicológicos utilizados en el enfoque gestáltico para tratar la obesidad, ya que estos tratamientos se enfocaban en modelos cognitivo conductual o psicodinámico. Lo anterior amerita realizar nuevos estudios, ya que el tema de la obesidad no se ha consumido y dudo que se llegase a agotar al menos a corto plazo, ya que se trata de un tema de preocupación social y de salud pública por el incremento de padecimientos asociados con la obesidad.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

A partir de la presente investigación fue significativo saber que inicialmente el grupo manifestó mayor motivación para bajar de peso, lo anterior nos permite tener un amplio panorama acerca de la importancia que tiene el grado al cual un individuo está dispuesto a trabajar para modificar su padecimiento. Por otra parte, el hecho de que los sujetos hayan buscado un grupo psicoterapéutico como herramienta para tratar su obesidad nos da la pauta de certificar la existencia de factores psicológicos que la generan y/o mantienen.

El grupo al haber manifestado diferencias significativas en los resultados del cuestionario de sobreingesta alimentaria OQ aplicado a los adultos de 30 a 50 años, nos permite concluir que el programa de intervención en un periodo de 16 semanas, influyó favorablemente a partir de la interacción grupal y técnicas utilizadas, adhiriéndolos al tratamiento e incrementando su motivación para lograr sus objetivos personales.

Lo anterior se ve reflejado al modificar sus hábitos y actitudes relacionadas con la conducta alimentaria, y por ende, disminución de su índice de masa corporal, aumento de su motivación para bajar de peso, una adecuada imagen corporal, menor presencia de estrés, depresión o ansiedad e incremento de sus recursos sociales.

Algo a considerar, es que finalmente el grupo denotó mantener autoafirmaciones idealizadas o defensividad, respuestas con puntuaciones altas en el test como “peso demasiado por la manera en que funciona mi cuerpo” o “tengo exceso de peso por problemas de salud”, permitiendo formular la hipótesis de la conservación de creencias y pensamientos irracionales.

Por otro lado, nos encontramos que para algunos autores los factores biológicos son los causantes de la obesidad, otros piensan que son los componentes

psicológicos que la originan, y para otros es la consecuencia de la discriminación social. Lo cierto es que en mayor o menor medida están presentes, y es fundamental conocerlos para abordarse si se quiere tener éxito en el tratamiento.

En el tema de la obesidad, además de los efectos genéticos o físico-químicos que la generan, encontramos por diversos estudios que el problema reside en una serie de significados que tiene la comida para cada individuo, puede el alimento tener un “peso” importante en su vida; ya que además de “preservar” su supervivencia, ya que socialmente es un instrumento corriente de comunicación, acudir a eventos regularmente implica hacerlo a través de la ingestión de comida. Sin embargo, este abundante consumo no se basa en vegetales o frutas, más bien la globalización de la industria alimentaria ha favorecido el acceso elevado a alimentos calóricamente altos, promoviendo a través de su publicidad cambios en los hábitos de alimentación.

Adicional a ello, se vive en una cultura que lleva a las personas a comer lo que hay, incluso a “tragar” muchas veces sin masticar o disfrutar “el alimento”, aunado a que el ritmo de vida acelerado los conduce a ingerir alimentos poco nutrientes o en caso extremo ni siquiera a consumirlo, y a incrementar el sedentarismo.

Asimismo se observó que a nivel emocional la comida adquiere un significado, se convierte en un gratificante; la pregunta obligada sería ¿gratificante, de qué?, si se sabe que la obesidad es ya considerada una epidemia global y padecerla genera secuelas físicas importantes.

La respuesta está en que el alimento se convierte en un alivio al estrés o la tristeza, utilizándolo como estrategia evasiva, por lo que comer anestesia el dolor o la angustia; consumiendo frenéticamente para llenar vacíos emocionales que les permite sentirse temporalmente mejor, por lo que es fácil crear una dependencia y con ello un círculo vicioso, donde la obesidad causa depresión y aislamiento del mundo exterior.

El exceso de grasa que rodea su cuerpo entonces no es un problema, es una solución, que también funciona, aunque inconscientemente, como protección ante la discriminación o rechazo de aquellos que veneran la belleza, generando una presión que se traduce en descontento y exigencia por lograr una imagen idealizada, lo que muchas veces los lleva a someterse a dietas restrictivas que al final resultan contraproducentes para su padecimiento.

Es tan elevado el número de variables o significados que influyen en una persona para que padezca obesidad, por lo que su abordaje clínico no puede ser exactamente igual entre ellos. De no estudiarse su relación con el alimento, los pacientes que conscientemente desean bajar de peso, en realidad sabotearan su tratamiento, ya que si bien es rescatable que, la modificación de hábitos alimentarios y los patrones de actividad física son esenciales para bajar y mantener un peso saludable, para ser sostenidos en el tiempo es necesario reconocer que el problema no sólo radica en el peso.

Muchas veces el tratamiento clínico de la obesidad suele ser poco exitoso y es probable que la falta de un enfoque integral y de objetivos y/o metas claras expliquen el fracaso de someterse a dietas hipocalóricas estrictas, cuyos ciclos de pérdida–recuperación de peso (efecto yo–yo) les lleva a sentirse culpables, avergonzados e inadecuados por sus fracasos recurrentes, el remedio suele resultar tanto o más dañino que la propia enfermedad.

También se sabe que a veces hay negación de su propio problema, lo que hace más difícil que se acepten y se adhieran a un tratamiento benéfico para ellos. Por ello, la obesidad tiene un sentido de urgencia, debido a que no solo destruye el cuerpo, también lo hace con la mente, las relaciones interpersonales y la autoestima de quien los padece.

No obstante hemos observado que las principales aportaciones del sistema de salud pública sólo promueven para el tratamiento de la obesidad la sana

alimentación y el fomento de la actividad física; incluso estas estrategias normalmente las han dirigido a los niños ya que en los últimos años se ha observado un incremento de sobrepeso y obesidad en esta población.

Pero ¿y los adultos? ¿Qué se hace con los millones de mexicanos que la padecen? ¿Recetarles medicamento para controlar su peso, brindarles asesoría nutricional y proponerles una rutina de ejercicio? Las cifras en aumento a través de los años han advertido que esto no es suficiente para el tratamiento de este padecimiento.

Por ello sería importante se apoyaran de investigaciones como esta, para reconocer que el tema de la obesidad no es un campo exclusivo de la medicina y por ende el abordaje psicológico debería ingresarse en su tratamiento, incluyéndolo en sus estrategias para mejorar la calidad de vida, sobre todo considerando la cronicidad y complejidad de esta problemática.

Una intervención psicológica individual implicaría costos significativos, además de que tratar a tantos pacientes con este problema sería difícil y tardado; por ello es que la terapia grupal psicoeducativa además de ser enriquecedora brinda una visible adhesión al tratamiento y también es más económica; lo que a mediano o a largo plazo sugeriría más bien una inversión no solo para el sistema de salud pública, sino también a la estabilidad económica y social de la población.

Incluso, las mismas personas en lugar de gastar miles de pesos en productos milagros que sólo los decepcionan al no obtener los resultados esperados, podrían utilizar esta herramienta para solucionar de raíz su padecimiento; aunque para conocer y reconocer la funcionalidad de este tratamiento, sería necesario apoyarse de empresas gubernamentales y privadas para difundirla.

Para frenar la epidemia mundial de la obesidad, no es posible detener la globalización de la industria alimentaria que favorecen el fácil acceso y el elevado

consumo de alimentos calóricamente densos, tampoco es posible suspender la promoción y distribución de productos milagro y se ha visto que someterse a dietas restrictivas han demostrado poca efectividad. Por lo que se sugiere en primera instancia reconocer que existe un problema con la ingesta alimentaria y esto no se logra mediante sugerencias, imposiciones o amenazas, solo a través de herramientas psicológicas las personas logran comprender y atender sus motivos para comer en exceso.

El abordaje y la efectividad del tratamiento psicológico dependerá de las características de cada individuo, tener actitud abierta a recibir información, evitar utilizar adjetivos calificativos, comprender que no “son obesos” si no se tiene un padecimiento de obesidad, lo anterior permite que no la asuman como parte de su identidad y por ende saben que pueden cambiarla.

Entre algunos de los objetivos en la dinámica terapéutica grupal al tratarse este padecimiento serán entonces, identificar el origen y desarrollo del padecimiento, asumir la responsabilidad de su propio cuerpo, establecer límites y relaciones interpersonales adecuadas, una sana relación con la comida e incrementar su autoestima. La comida chatarra o la comida rápida está en todos lados, el trabajo con su autoestima y seguridad requiere de compromiso y constancia, aunque la base del cambio es la reeducación, la consciencia de las necesidades que están tratando de llenar con el alimento.

Por lo tanto en esta investigación se sugiere establecer y fortalecer iniciativas de vigilancia, prevención y tratamiento, una estrategia poblacional, multisectorial, multi e interdisciplinaria y adaptada al entorno cultural.

Si se cuenta con la ayuda adecuada y especializada, destinada en conjunto a promover formas de vida saludable física y emocional, se permitirá atender cada uno de los detalles que inciden en esta problemática; por lo que se sugiere al programa de intervención incluir al área médica, ya que el especialista médico

identificará o controlará enfermedades padecidas o relacionadas con la obesidad, como lo son la diabetes, padecimientos hormonales, cardiovasculares y respiratorios, entre otros. Por último, se propone incluir revisiones quincenales con especialistas en el área nutricional y de actividad física que establezcan un plan específico para cada paciente, en donde el área nutricional proponga dietas adecuadas, así como el control de peso, y el entrenador físico aumente el gasto energético a través de una actividad física, considerando sus antecedentes físicos y el establecimiento de rutinas que permitan un tono muscular adecuado.

Para finalizar, es importante recalcar que de este trabajo podemos derivar nuevas líneas de investigación para la búsqueda de acontecimientos claves que arrojen nuevas aportaciones para la comprensión y manejo de la obesidad, como ya se mencionó en los dos últimos capítulos.

BIBLIOGRAFÍA

Albala, C., Kain, J., Burrows, R. y Díaz, E. (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Chile: Universitaria. Pp. 198-199

Alonso, P., Blanco, M. y Carballal, M. (2009, febrero). La comida como interacción social. [Versión electrónica]. 10º Congreso virtual de Psiquiatría. P. 2.

Álvarez, V. (2004, julio). *Obesidad: Epidemia del Siglo XXI*. [Versión electrónica]. Clínica Las Condes, 14 (3).

Apfeldorfer, G. (2004). *Anorexia, Bulimia y obesidad*. Argentina: Siglo XXI. Pp. 76, 77.

Appendini, K. (2001). De la milpa a los tortibonos. La reestructuración de la política alimentaria en México. El Colegio de México/Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social, 290. P. 34.

Armenta, J. (2006, diciembre). La terapia centrada en el cliente en un contexto psiquiátrico: del diagnóstico al encuentro con la persona, 11 (2). P. 402.

Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo AC (2012). Disponible en: www.ampag.edu.mx.

Ávila, A. (1990, enero). *Hambre, desnutrición y sociedad: la investigación epidemiológica de la desnutrición en México*. México: Ed. Universidad de Guadalajara. P. 90.

Barceló, M. y Borroto, G. (2001, diciembre) *Estilo de vida: factor culminante en la aparición y el tratamiento de la obesidad*. Revista Cubana de Investigaciones

Biomédicas, 20 (4). Disponible en: www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&Pid=S086403002001000400009.

Bassán, B (2003, marzo). Terapia Gestalt: Recopilación de artículos y más. Revista Figura-fondo, 13. P.6.

Bastos, A., González, B., Molinero, G. y Salguero, V. (2005, marzo). Obesidad, nutrición y actividad física. Revista Internacional de Medicina. Disponible en: www.cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artobesidad.11.htm.

Bourges, H. (2003) Los condimentos del plato del bien comer, en Cuadernos de Nutrición (26). Pp. 269-273

Bourges, H. (2004, diciembre). El tratamiento nutricional del paciente obeso. Revista de endocrinología y nutrición. 12 (3). Pp. 121-123.

Bion, W. (1979). Experiencias en Grupos. Argentina: Paidós. Pp. 116-117.

Carrillo, I., Ruiz, Y. y Maldonado, M. (2011, mayo). El arte de curar la obesidad. Revista Quo, 151 (5). Pp. 40 - 48.

Castanedo, C. (1990). Grupos de encuentro en Terapia Gestalt. Barcelona: Herder. Pp. 127-125

Clínica Ellen West (2012). Disponible en: www.ellenwest.org/

Clínica de trastornos alimentarios Karuna (2012). Disponible en: www.clinicakaruna.com/

De la Colina, J. (2001, mayo). Fernando Botero ¿volumetría o gordura? Revista Letras Libres, 29. Pp. 94-95.

Díaz, Andrea. (2011, marzo). La obesidad en México. Fundación Este País, 239. Pp. 61-64.

Eberwine, D. (2002, agosto). Globesidad: Una epidemia en apogeo, perspectivas de Salud. Revista de la Organización Panamericana de la Salud, 7(3). P. 3.

Elliot, L. (2004). Anorexia y Bulimia: Consejos para detectarlas y evitarlas. México: Martínez Roca. P. 69.

Faccini, M. (2002, agosto). Vicisitudes de la imagen corporal en la obesidad. Revista Actualidad Psicológica, 300. P. 28.

Fausto, G., Valdez, R., Aldrete, María. y López, M. (2006, agosto). Antecedentes Históricos Sociales De La Obesidad en México. Investigación en Salud, 8 (2). Pp. 91, 94.

Fernández, N. (2006). Características de desarrollo psicológico del adulto (2ª ed.) México: UNAM. Pp. 34.

Foz, M. (2004). Historia De La Obesidad: Un reto sanitario de nuestra civilización. [Versión electrónica]. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 6. Pp. 3- 16.

Fuentes, L. y Soto, C. (1993). "Capacidad de acceso a los alimentos básicos", en los Sistemas de abasto alimentario en México. Frente al reto de la globalización de los mercados. México, UNAM/IIE/IG/PUAL. Pp. 103-140.

Fundación ABC de los TCA (2002) Disponible en: www.anorexiabulimia.com.mx/

González, B. (2002, diciembre) Obesidad: problema de salud pública en México. Nutrición Clínica, 5 (4). P. 213.

González, J. (1999). Psicoterapia de Grupos, Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas. México: Manual Moderno. Pp. 10, 17, 21, 25-30, 36-40, 52, 75-85, 116-118, 133-137, 143-146, 169-175, 188, 198, 201, 222-223.

Gracia, M. (2011, junio). Reflexiones sobre programas para combatir la Obesidad. Revista de la Facultad De Medicina de la UNAM, 54 (3). Pp. 20 - 28.

Guillen R., Hernández R. y Delgado J. (2011, junio). Obesidad desde una perspectiva cognitivo conductual. Revista Psic-Obesidad de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 1 (2). Pp. 1-11.

Guimón, J. (2003). Manual de terapias de grupo: tipos, modelos y programas. España: Biblioteca nueva. Pp. 114-120, 153, 161-163.

Hernández, R. (2003). Metodología de la Investigación (3ª ed.) México: MC Graw Hill. Pp. 6, 117, 121, 220, 258, 326, 504, 505, 509, 511, 557.

Hirschmann, J. y Munter, C. (1988). La obsesión de comer (3ª ed.). España: Paidós. P. 138.

Ibarra, N. (2003). Comparación de los modelos gestálticos para el trabajo con grupos. Tesis para obtener el título en psicología. Facultad de Psicología. P. 50.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). IMSS: Referencias electrónicas. Recuperado 15 de Febrero, 2012. Disponible en: www.imss.gob.mx/Pages/default.aspx.

Instituto Nacional de Salud Pública (2006) Resultados de la Nutrición de la ENSANUT [Versión electrónica]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, NIDA. (2008). Las drogas, el cerebro y el comportamiento: La ciencia de la adicción. Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: Institutos Nacionales de la Salud. P. 15

Kadis, A., Krasner, J., Winick, Ch. y Foulkes, S. (1974). Manual de psicoterapia de grupo. México: Fondo de cultura económica. Pp. 20, 36.

Kaplan, H. y Sadock, B. (1998). Terapia de grupo (3ª ed). España: Médica Panamericana. Pp. 485-498.

Kilborn, M. (1984) Reto y confrontación en el enfoque centrado en la persona. Revista de Psicoterapia, 8 (32). P. 69.

Kirszman, D. y Salgueiro, M. (2002). El enemigo en el espejo, de la insatisfacción corporal al trastorno alimentario (1ª ed.). Madrid: TEA. P. 305.

Lafuente, M. (2011). Trastornos de la Conducta Alimentaria: tratamiento cognitivo conductual de la obesidad. Recuperado 19 de Junio, 2012. [Versión electrónica].

López, J. y Aliño, I. (2005). DSM IV-TR, Breviario Criterios Diagnósticos. España: Masson. Pp. 257-258.

Maisonneuve, J. (2003). La dinámica de los grupos. Buenos Aires: Nueva visión. Pp. 43-44, 46-47.

Manual de publicaciones de la American Psychological Association (2010). Manual Moderno (3ª ed.) P. 202.

Magaña, D. (2003). Adelgace primero en su mente. México: Panorama. P. 20, 22.

Miján, A. (2004). Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona: Glosa. P. 57.

Montanari, M (2004). Estructuras de producción y sistemas alimentarios. Madrid: Trea S.L. Pp. 327-328.

Montero, J. (2001). Obesidad: una visión antropológica. [Versión electrónica] Instituto y cátedra de historia de la medicina. P. 22

Moreno, E., Monereo, S. y Álvarez J. (2005). La Obesidad en el tercer milenio (3ª ed.) Madrid: Médica Panamericana. Pp. 15, 53, 101, 225-226, 237-238, 337.

Muñoz, M. (2009). Emociones, sentimientos y necesidades, una aproximación humanista. México: Ricardo J. C. Pp. 82-84.

Naranjo, C. (1990). La vieja y la novísima Gestalt. Chile: Cuatro vientos. Pp. 76.

Newman, C. (2004, agosto). Obesos: Epidemia Global. National Geographic En Español, 15. Pp. 46 – 59.

O'Donnell, E. (2007). Cuestionario de Sobreingesta Alimentaria. México: Manual Moderno. Pp. 1, 32.

Ogden, J. (2005). Psicología De La Alimentación. Madrid: Morata. Pp. 19, 64, 70, 71, 73, 76, 97-98.

Organización Mundial de la Salud (2012). OMS: Referencias electrónicas. Recuperado 23 de Diciembre, 2011. Disponible en www.who.org.

Oseguera, D. (1996, agosto) El fast-food y el apresuramiento alimentario en México". Investigación en Salud, 8 (2). Pp. 109-135.

Osorio, J., Weisstaub, G. y Castillo, C. (2002). Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Revista de Chile Nutrición*, 29. Pp. 280-285.

Pearls, F. (1978). Terapia de grupo versus terapia individual, en John Stevens: *Esto es Gestalt*. Chile: Cuatro vientos. P. 25

Peña, M. y Bacallao, J. (2000). La obesidad en la pobreza: Un problema emergente en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. P. 9.

Peñarrubia, P. (2002). Terapia Gestáltica Grupal. *Revista Figura Fondo*, 10. Pp. 16,20-21.

Plaza, S., Rodrigou, M. y Díaz, I. (2003). Estrategias de intervención comunitaria (tomo I). Universidad Nacional de Córdoba: Secretaría de apoyo didáctico. Pp. 4, 33.

Polster, E. y Polster M. (1976). *Terapia gestáltica*. Buenos Aires: Amorrortu. P. 272.

Polster, E. y Polster M. (1980). *Terapia gestáltica. Perfiles de teoría y práctica*. Argentina: Amorrortu. (Trad, M.A. Oyuela Pp. 68-70.

Ravenna, M. (2004). *Una delgada línea entre el exceso y la medida (1ª ed.)* Buenos Aires: Galerna. P. 69.

Reboloso, E. Fernández, B., y Cantón P. (2008). Evaluación de programas de intervención social: Análisis e intervención social. España: Síntesis. Pp. 19, 35, 37, 189.

Riart, J. (1996). Funciones General y Básica de la Orientación. En: M. Álvarez & R. Bisquerra. (Coords): Manual de orientación y Tutoría. Barcelona: Praxis. P. 50

Rius, E. (1973). La panza es primero. México: Posada. Pp. 19, 70, 79, 85-86, 95, 130-132.

Robine, J. (1998). Terapia Gestalt. Madrid: Gaia (colección esenciales 3) (Trad. R. Palacios M.) P. 45.

Ruiz, C. (2003) Que es la Gestalt. Terapia Gestalt: Recopilación de artículos y más. Revista Figura-fondo, (13). P. 14,15.

Ruz, M. (1993). La alimentación de grupos mayas: del Popol Vuh a nuestros días, en presencia de la antropología en los estudios sobre alimentación, México, UNAM/INNSZ (Cuadernos de trabajo IIA). Pp. 63-75.

Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca. Pp. 13, 17, 34-35, 56-57, 61, 64-66, 77-78, 98, 101-102.

Secretaría de Salud (2010). Bases técnicas del acuerdo Nacional para la Salud alimentaria (1ª ed.) México: Gobierno del Distrito Federal. Pp. 7, 8.

Secretaria de salud (2009) SS: 5 pasos por tu salud para vivir mejor. Recuperado 8 de Mayo de 2012. Disponible en: www.5pasos.mx/.

Serra, R y Bagur C (2004). Prescripción de ejercicio físico para la salud. Barcelona: Paidotribo. Pp. 364-367

Siegel, S. y Castellan, J. (2001) Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. México: Trillas. Pp. 272, 157.

Silva, C. (2007). Psicoterapia de grupo, México: Pax. P. 70.

Silvestri, E. y Stavile, A (2005, abril). Aspectos Psicológicos De La Obesidad. Ensayo de Posgrado en Obesidad a distancia. Pp. 6 - 26.

Szekely, A. (2007, septiembre). ¿Cómo Curar La Obesidad? Revista Quo, 119. Pp. 52 - 60.

Toro, J. (2003). El cuerpo como delito (3ª ed.) Barcelona: Ariel. Pp. 163,164.

Torres, F. (1997). Dinámica económica de la industria alimentaria y patrón de consumo en México, UNAM/IEE. P. 254.

Unikel, E. (2001). Los introyectos en la realización femenina. Revista Figura Fondo, 8. Pp. 36, 38.

Vannini, G. (2009, Octubre). Tratamiento multidisciplinario de la obesidad. [Versión electrónica] Tendencias en Medicina. Pp. 3, 4.

Vázquez, V. y López, J. (2001, Junio). Psicología y la obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición, 9 (2). P. 92.

Vigarello, G. (2011). Las metamorfosis de la grasa: historia de la obesidad. España: Península. Pp. 13-14, 17.

Yalom, I. (1986). Teoría y práctica de la psicoterapia de grupo. México: Fondo de cultura económica. Pp. 21-34.

Yontef, G. (1995) Proceso y diálogo en Psicoterapia Gestáltica. Chile: Cuatro Vientos. P. 178.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Sobreingesta alimentaria OQ

INSUTRUCIONES: A continuación encontrará una lista de afirmaciones acerca de lo que las personas hacen en ocasiones y de la manera en que pueden sentirse. Lea cada afirmación con cuidado y pregúntese que tanto está de acuerdo con ella. Después, y en la columna que se encuentra a la derecha, tache el número que indique que tanto concuerda con la afirmación. Marque sólo una respuesta para cada afirmación y dé su mejor respuesta. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las afirmaciones.

¿ESTA USTED DE ACUERDO CON ESTAS AFIRMACIONES?		Para nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
1	Siempre como en exceso	0	1	2	3	4
2	Peso demasiado porque otros miembros de mi familia pesan demasiado	0	1	2	3	4
3	No puedo decir "No" cuando me ofrecen comida en las fiestas	0	1	2	3	4
4	Si sobran alimentos después de una comida, me los acabo en vez de guardarlos	0	1	2	3	4
5	Hay ocasiones en las que casi me mato de hambre	0	1	2	3	4
6	Me cuido de lo que como	0	1	2	3	4
7	Me agrada mi figura	0	1	2	3	4
8	Siento que siempre me debería comer todo lo que tengo en mi plato	0	1	2	3	4
9	Hay comidas que se me antojan muchísimo	0	1	2	3	4
10	Es frecuente que me sienta triste o melancólico (a)	0	1	2	3	4
11	Llevo una dieta balanceada	0	1	2	3	4
12	Siempre estoy de buen humor	0	1	2	3	4
13	Me he dado un atracón de comida	0	1	2	3	4
14	No me siento a gusto en situaciones sociales	0	1	2	3	4
15	Cuando me siento triste, quiero comer	0	1	2	3	4
16	Como para olvidarme de mis problemas	0	1	2	3	4
17	Siempre tomo buenas decisiones	0	1	2	3	4
18	Quiero conseguir ayuda para mis problemas de peso	0	1	2	3	4
19	Cuando me he sentido alterado (a), como para sentirme mejor	0	1	2	3	4
20	Me preocupa mi futuro	0	1	2	3	4
21	Estoy esforzándome por alcanzar una meta de reducción de peso que me gustaría conseguir dentro de los próximos seis meses.	0	1	2	3	4
22	Siento mi cuerpo más relajado cuando como	0	1	2	3	4
23	Me siento orgulloso (a) de cómo me veo	0	1	2	3	4
24	Soy tímido (a)	0	1	2	3	4
25	Hago más ejercicio del que debería para bajar de peso	0	1	2	3	4
26	Haré ejercicio si eso me ayuda a bajar de peso	0	1	2	3	4
27	Tiendo a preocuparme todo el tiempo	0	1	2	3	4
28	Cuando deseo cierta comida, busco el modo de conseguirla	0	1	2	3	4
29	Siento temor con frecuencia	0	1	2	3	4
30	Peso demasiado por la manera en que funciona mi cuerpo	0	1	2	3	4
31	Siempre estoy feliz	0	1	2	3	4
32	Peso demasiado porque nadie me da ánimos para bajar de peso	0	1	2	3	4
33	A otras personas les gusta cómo me veo	0	1	2	3	4
34	Para bajar de peso haría lo que me dijera el médico	0	1	2	3	4

35	Evito los alimentos que engordan	0	1	2	3	4
36	Cuando tengo hambre, fantaseo con mi comida preferida	0	1	2	3	4
37	Comer me hace sentir bien	0	1	2	3	4
38	Participaría en grupos de apoyo si eso me ayudara a bajar de peso	0	1	2	3	4
39	Me ejercito con regularidad para controlar mi peso	0	1	2	3	4
40	Hay días que no como nada	0	1	2	3	4
41	Me altero mucho cuando subo uno o dos kilos	0	1	2	3	4
42	Mi vida está llena de estrés	0	1	2	3	4
43	Siempre hago lo correcto	0	1	2	3	4
44	Siempre me preocupa subir de peso	0	1	2	3	4
45	Con frecuencia me siento tenso (a)	0	1	2	3	4
46	Evito la cercanía con otra persona	0	1	2	3	4
47	Me respeto más a mí mismo (a) cuando estoy delgado (a)	0	1	2	3	4
48	Siempre estoy atento (a)	0	1	2	3	4
49	Con frecuencia me siento solo (a)	0	1	2	3	4
50	Hago mucho ejercicio	0	1	2	3	4
51	Me siento tranquilo (a) después de comer	0	1	2	3	4
52	Me siento incómodo (a) cuando estoy con otras personas	0	1	2	3	4
53	Le oculto a los demás el hecho de que como en exceso	0	1	2	3	4
54	Realmente quiero bajar de peso	0	1	2	3	4
55	Las personas que son parte de mi vida agravan mis problemas de peso	0	1	2	3	4
56	Tengo deseo intenso por ciertos alimentos	0	1	2	3	4
57	Mi agitada rutina no me permite ponerme a dieta	0	1	2	3	4
58	Las personas importantes en mi vida me animan a comer en exceso	0	1	2	3	4
59	Tengo mejor apariencia que la mayoría de la gente	0	1	2	3	4
60	Cuando tengo planes para una comida especialmente buena, me la imagino de antemano	0	1	2	3	4
61	Hago ejercicio todos días, incluso cuando me siento cansado (a)	0	1	2	3	4
62	Siempre digo la verdad	0	1	2	3	4
63	Siempre estoy a dieta	0	1	2	3	4
64	Evito las fiestas y las reuniones sociales	0	1	2	3	4
65	Tengo exceso de peso porque soy de baja estatura	0	1	2	3	4
66	Haría cambios en mi estilo de vida para poder bajar de peso	0	1	2	3	4
67	Me siento deprimido (a) la mayor parte del tiempo	0	1	2	3	4
68	Me cuesta trabajo acercarme a los demás	0	1	2	3	4
69	Me excedo cuando como	0	1	2	3	4
70	Me agrada mi cuerpo	0	1	2	3	4
71	Se me dificulta hablar con los demás	0	1	2	3	4
72	Tengo buenos hábitos de salud	0	1	2	3	4
73	Ver anuncios en revistas o en la televisión hace que se me antojen ciertos alimentos	0	1	2	3	4
74	Tengo exceso de peso por problemas de salud	0	1	2	3	4
75	Tengo un cuerpo sensual	0	1	2	3	4
76	Le agrado a todo el mundo	0	1	2	3	4
77	Cuento las calorías de lo que como	0	1	2	3	4
78	Me cuesta trabajo controlar las cantidades que como	0	1	2	3	4
79	Me siento mas amigable después de comer	0	1	2	3	4
80	Llevaría una dieta balanceada para poder bajar de peso	0	1	2	3	4

EDAD: _____ SEXO: _____ ESCOLARIDAD: _____ # _____

ESTATURA: _____ PESO: _____ EDO CIVIL: _____ NIVEL SOCIOECONÓMICO _____

REALIZAS ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA: SI / NO

LLEVAS ALGUNA DIETA: SI / NO

Anexo 2. Tabla de herramientas utilizadas en el programa de intervención grupal

SESION	TEMA	TÉCNICAS PSICOEDUCATIVAS																		
		CC		TRE		CAC		C / G	GESTALT								Orientación nutricional	Orientación de actividad física		
		Autovigilancia	Registro	Presentación de elecciones y acciones alternativas	Refutación de creencias irracionales	Expresión de sentimientos	Consideración positiva incondicional		Reflejo fenomenológico	Awareness	Aquí y ahora	Responsabilización	Ciclo de la experiencia	Experimento	Modos de evitación y relación	Introyectos			Experiencias obsoletas	Asuntos inconclusos
1	Presentación, encuadre, motivo de consulta.							X		X		X								
2	Hábitos de salud - orientación nutricional.	X	X	X	X	X		X		X					X				X	
3	Sobreingesta, subingesta alimentaria.						X	X		X	X				X					
4	Necesidades y autorregulación del organismo.	X	X				X		X	X	X			X						
5	Motivación.			X	X	X	X		X	X	X			X	X					
6	Promover la responsabilidad.	X	X			X	X	X	X	X	X									
7	La comida como adicción y codependencia (comida-yo).				X	X		X	X		X	X								
8	Manejo de la ansiedad (autosabotaje).	X	X		X	X			X	X	X	X			X					
9	Limites.					X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
10	Cuerpo y emociones.				X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X			
11	Imagen corporal y autoconcepto.				X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			
12	Erotismo y sexualidad.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
13	Las festividades.				X	X	X		X	X	X				X	X	X			
14	Actividad física.			X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X					X
15	Mi entorno y yo.					X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
16	Las despedidas.					X	X		X	X	X									

Anexo 3. Carta descriptiva de las 16 sesiones del programa de intervención grupal.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL

OBJETIVO GENERAL: Facilitar un proceso emocional y de autoconocimiento para desarrollar habilidades, herramientas y actitudes que generen un cambio más saludable en su estilo de vida. Posibilita un espacio donde los individuos pueden analizar y expresar sus emociones en relación con el tema de la obesidad y sus consecuencias.

DIRIGIDO A: 15 adultos de 30 a 50 años que padecen obesidad.

DURACIÓN: 24 sesiones semanales de 110 min c/u.

DURACIÓN DE ESTUDIO: 16 sesiones semanales de 110 min c/u.

SESIÓN 1			
TEMA: Presentación, encuadre y motivo de consulta			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Construir la relación entre el terapeuta y el grupo.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, solicita que ingresen al aula sin zapatos y se sienten cómodamente en los cojines formando un círculo.	Cojines	110'
Presentación	El facilitador solicita a los participantes se presenten, mencionando su nombre, edad y ocupación. Realiza dinámica rompehielo.	N/A	
Encuadre	El terapeuta establece el encuadre, señalando la confidencialidad, duración del programa de intervención, el día y horario de reunión, así como el objetivo del estudio y el tiempo de duración de observación y registro.	N/A	
Motivo de consulta	El terapeuta solicita a los sujetos describan su motivo de consulta, sus objetivos y expectativas del programa de intervención.	N/A	
Intervención psicológica	En función de los motivos, objetivos y expectativas del grupo, el terapeuta realiza intervenciones a través de las técnicas: reflejo fenomenológico (centrado en el cliente/gestalt), aquí y ahora, así como el ciclo de la experiencia (gestalt).	NA	
Aplicación de cuestionario OQ	Se entrega a los participantes el cuestionario de sobreingesta OQ y se les explican las instrucciones.	Tabla de madera, bolígrafo, cuestionario OQ	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza el cierre de sesión, describe brevemente los temas abordados durante la misma, y solicita a cada participante describa como se siente y como se va de la sesión.	N/A	

SESIÓN 2			
TEMA: Hábitos de salud			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer los distintos nutrientes y las funciones que realizan, en qué alimentos podemos encontrarlos y cómo podemos sacar el máximo beneficio de ellos.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO

Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a cada participante como se siente. Señala la importancia de una sana alimentación para el tratamiento de la obesidad y presenta a nutrióloga especialista en trastornos de alimentación.	Cojines	110'
Intervención psicoeducativa	La nutrióloga describe los factores para modificar el estilo de vida: dieta, agua, ejercicio y descanso. Explica el funcionamiento del organismo, indica que una dieta saludable debe ser completa, que incluya macronutrientes (proteínas, lípidos, hidrato de carbono) y micronutrientes (vitaminas, minerales, fibra), adecuada (especializada de acuerdo a la talla, peso, edad, enfermedad, disponibilidad y gusto), equilibrada (basada en el plato del buen comer), suficiente (que genere energía, prohibido sentir hambre), variada (repetición de alimentos puede producir intolerancia) e inocua. Se otorgan minutos para aclarar dudas. El terapeuta realiza intervenciones mediante las técnicas: presentación de elecciones y acciones alternativas y refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva) y expresión de sentimientos (centrada en el cliente).	Proyector, hojas blancas, bolígrafo	
Intervención psicológica	El terapeuta aborda el tema de los hábitos alimenticios, solicita a los participantes escriban diariamente a partir de esta sesión, en que se basa su alimentación: horario, calidad, cantidad y los sentimientos que anteceden y producen su alimentación. Mediante las técnicas de autovigilancia y registro (cognitivo conductual), reflejo fenomenológico (centrado en el cliente/gestalt), aquí y ahora, e introyectos (gestalt).	N/A	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando que describan como se sienten y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 3			
TEMA: Sobreingesta y subingesta alimentaria			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Revisar la historia de vida con la comida. Registrar sus hábitos alimenticios para que identifiquen lo que es funcional y dañino para su cuerpo.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a cada participante como se siente. Retoman el tema de la ingesta alimentaria.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta solicita a los participantes realicen en una cartulina una línea de vida con la comida, posteriormente cada uno relata su historia y el terapeuta promueve la discusión del tema mediante las técnicas: consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), reflejo fenomenológico (centrado en el cliente/gestalt), aquí y ahora, responsabilización e introyectos (gestalt). Finalmente entrega a cada participante una hoja de registro para revisar los horarios de alimentación, cuales alimentos son funcionales o dañinos para la salud través de las técnicas de autovigilancia y registro (cognitivo conductual).	Cartulina, crayones, hojas blancas y bolígrafo.	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes describan su experiencia y como se van de la sesión. Solicita que en la próxima sesión cada participante lleve su alimento preferido.	N/A	

SESIÓN 4			
TEMA: Necesidades y autorregulación del organismo			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar cómo el propio cuerpo logra la homeostasis. Registrar las emociones al ingerir alimentos.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a cada participante como se siente. El terapeuta describe la importancia de la autorregulación en el organismo, el hambre y la saciedad y explica los 2 tipos de hambre que existen: bucal y estomacal.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta realiza un ejercicio de respiración. Solicita que saquen el alimento solicitado en la sesión anterior, les entrega una hoja y les pide que al ingerirlo registren sus sensaciones, si evocan algún recuerdo y describan lo que se produce en su cuerpo al digerirlo. Solicita a los participantes describan su experiencia y promueve la discusión del tema. Se utilizaron las técnicas: autovigilancia y registro (cognitivo conductual), consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), awareness, aquí y ahora, responsabilización así como los modos de evitación y relación (gestalt).	Hoja de registro, bolígrafo, un alimento por participante	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a cada participante comparta su experiencia y como se va al concluir la sesión.	N/A	

SESIÓN 5			
TEMA: Motivación			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Reconocer los motivos que tiene para bajar de peso, cuales provienen de sus necesidades o de introyectos.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten y si ha pasado algo relevante durante la semana.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta solicita a los participantes escriban sus motivos para bajar de peso, cada uno enlista sus motivaciones. El terapeuta promueve la discusión del tema y realiza intervenciones que se enfocan en la percepción que tienen del exterior de sí mismos y la que ellos tienen de sí mismos. El terapeuta realiza intervenciones a través de las técnicas: presentación de elecciones y acciones alternativas, refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), awareness, aquí y ahora, responsabilización modos de evitación y relación, e introyectos (gestalt).	Hojas blancas, bolígrafo	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 6			
TEMA: Promover la responsabilidad			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Asumir su responsabilidad por su condición física y emocional.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten.	Cojines	110'
Intervención psicológica	Se hace una revisión de la hoja de registro diario a través de: autovigilancia y registro (cognitivo conductual). Cada uno explica como se ha sentido y la dificultad para completar el registro diario. El terapeuta solicita a los participantes describan su experiencia y promueve la discusión del tema, realiza intervenciones mediante las técnicas: expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), reflejo fenomenológico (centrada en el cliente/gestalt), awareness, aquí y ahora, y responsabilización (gestalt).	Hoja de registro	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 7			
TEMA: La comida como adicción y codependencia			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Revisar su relación con la comida, identificar si existe codependencia en su relación con la comida así como en sus relaciones.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se han sentido durante la semana.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta realiza un ejercicio de respiración. Entrega a los participantes una hoja de papel y les pide que realicen una autobiografía de la alimentación, quién y cómo los alimentaba, que función y significado ha tenido la comida en su vida. Solicita a los participantes describan su experiencia y promueve la discusión del tema, el terapeuta realiza intervenciones mediante de las técnicas: refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos (centrada en el cliente), reflejo fenomenológico (centrada en el cliente/gestalt), awareness, responsabilización y ciclo de la experiencia (gestalt).	Hojas blancas, bolígrafo	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 8			
TEMA: Manejo de la ansiedad (autosabotaje)			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Reconocer los obstáculos que los participantes se ponen para no alcanzar aquello que desean y las justificaciones que emiten.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten.	Cojines	110'

Intervención psicológica	Se hace una revisión de la hoja de registro diario a través de: autovigilancia y registro (cognitivo conductual). El terapeuta solicita a los participantes se recuesten en el piso, cierren los ojos y revisen como está su cuerpo, su respiración y recuerden las ocasiones en que se han fijado una meta, se centren sólo en aquellas que no han conseguido, les da tiempo. Pide abran los ojos y solicita a los participantes describan su experiencia y promueve la discusión del tema, realiza intervenciones a través de las técnicas: refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos (centrada en el cliente), awareness, aquí y ahora, responsabilización, ciclo de la experiencia e introyectos (gestalt).	Hoja de registro	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 9			
TEMA: Límites			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer la importancia de marcar límites, para sí mismos y en sus relaciones.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta retoma el tema anterior y les pide que escriban en una hoja sus obstáculos para concluir sus metas y cómo las justifican. Se forman equipos de 2 personas, invierten hojas y cada participante escuchará sus propias objeciones y contestará en base a ellas, posteriormente solicita a los participantes describan su experiencia y promueve la discusión del tema, el terapeuta realiza intervenciones mediante las técnicas: expresión de sentimientos (centrada en el cliente), reflejo fenomenológico (centrado en el cliente/gestalt), awareness, aquí y ahora, responsabilización, ciclo de la experiencia, experimento, introyectos, experiencias obsoletas y asuntos inconclusos (gestalt).	Hojas blancas, bolígrafo	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 10			
TEMA: Cuerpo y emociones			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Establecer un acercamiento a sí mismo mediante su relación con el cuerpo.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten.	Cojines	110'

Intervención psicológica	El terapeuta forma equipos de 2 personas, entrega el material y solicita que dibujen sobre la hoja rotafolio la silueta de su compañero, posteriormente cada uno se pondrá frente a su silueta y sin tocar su cuerpo indique la proporción de su cadera, cintura, espalda y piernas, y se marca en la silueta dibujada las percepciones del sujeto. Cada uno tendrá un tiempo para revisar su percepción y su realidad. Solicita a los participantes describan su experiencia y promueve la discusión del tema y el terapeuta realiza técnicas de: refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), reflejo fenomenológico (centrado en el cliente/gestalt), awareness, aquí y ahora, ciclo de la experiencia, experimento, modos de evitación y relación, introyectos, experiencias obsoletas y asuntos inconclusos (gestalt).	Hojas rotafolio, plumones de colores	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 11			
TEMA: Imagen corporal y autoconcepto			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Lograr un acercamiento con el conocimiento y representación simbólica global del propio cuerpo y su estructura caracterológica.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta explica que sólo el participante que se sienta cómodo participará en el ejercicio. Cada uno pasará frente al espejo y describirá quien es, lo que ve y cómo se diferencia de los demás. Posteriormente el grupo comparte su experiencia, y promueve la discusión del tema donde los demás participan describiendo lo que percibieron en el participante. El terapeuta realiza intervenciones a través de las siguientes técnicas: refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), reflejo fenomenológico (centrado en el cliente/gestalt), awareness, aquí y ahora, responsabilización, experimento, modos de evitación y relación, introyectos, experiencias obsoletas y asuntos inconclusos (gestalt).	Espejo de cuerpo entero	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 12			
TEMA: Erotismo y sexualidad			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Expresar su ser sexual y erótico.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO

Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten. El terapeuta habla de la importancia de la expresión de las emociones a través del cuerpo.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta pide a los participantes se pongan en una posición cómoda, cierren los ojos, revisen su respiración y cimienten sus pies en el piso. Les pone música, y les pide que se sientan la música, se dejen llevar por ella, y muevan su cuerpo, manos, pies, abdomen, se sientan libres de moverse como lo necesite su cuerpo. Posteriormente les pide que abran los ojos y hace equipos de 2, pide como si fuera un espejo realicen los movimientos de su compañero al ritmo de la música. El terapeuta pide se sienten en círculo y platiquen su experiencia, y realizan intervenciones mediante las técnicas: refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), reflejo fenomenológico (centrado en el cliente/gestalt), awareness, aquí y ahora, responsabilización, ciclo de la experiencia, experimento, modos de evitación y relación, introyectos, experiencias obsoletas y asuntos inconclusos (gestalt).	Música hindú, estéreo	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 13

TEMA: Las festividades

OBJETIVO ESPECÍFICO: Revisar la relación con la comida en función de los rituales en las festividades.

ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten al regresar de la semana santa.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta solicita a los participantes compartan sus experiencias en relación a la convivencia y su relación con la comida en el periodo de semana santa; si identificaron diferencias y que les gustaría modificar. Los participantes comparten su experiencia y el terapeuta realiza una intervención a través de las técnicas: refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), awareness, aquí y ahora, responsabilización, introyectos, experiencias obsoletas y asuntos inconclusos (gestalt).	N/A	
Retroalimentación y cierre	E El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión. El terapeuta indica que para la siguiente sesión necesitan ropa cómoda.	N/A	

SESIÓN 14

TEMA: Actividad física

OBJETIVO ESPECÍFICO: Conocer las alternativas para disminuir el sedentarismo y activar el moverse.

ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten y les pide platiquen sobre su experiencia con el ejercicio, presenta al entrenador físico certificado en trastornos de alimentación.	Cojines	110'
Asesoría de actividad física	El entrenador recalca la importancia del ejercicio para quemar las calorías que se ingieran, sentirse energizado, tener un cuerpo sano y tonificar el músculo (más allá de la estética). Indica que las rutinas de ejercicio deben ser especializadas (tiempo, cantidad y ritmo), basadas en el peso, enfermedades, objetivo del cliente e historia con el ejercicio. Sugiere realizar ejercicios de cardio mínimo 30 minutos diarios, realizan una rutina de ejercicio de 20 min de intensidad moderada, que incluyó abdomen, espalda, brazos, piernas y pompa. Indica que es necesario que el cliente se hidrate constantemente, mantenga una motivación diaria y la asuma con responsabilidad. Se otorgan minutos para aclarar dudas. El terapeuta realiza intervenciones mediante las técnicas: presentación de elecciones y acciones alternativas y refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva) y expresión de sentimientos (centrada en el cliente).	Hojas blancas, bolígrafo	
Intervención psicológica	Retomando el tema de la actividad física los participantes exponen su experiencia con el ejercicio, el terapeuta realiza intervenciones a través de las técnicas: consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), awareness, aquí y ahora, responsabilización, ciclo de la experiencia, modos de evitación y relación e introyectos (gestalt).	N/A	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 15			
TEMA: Mi entorno y yo			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Identificar cómo establecen sus relaciones a partir de su condición física.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da inicio a la sesión, pide a los participantes señalen como se sienten.	Cojines	110'
Intervención psicológica	El terapeuta solicita a los participantes describan cómo son actualmente sus relaciones sociales, actividades y personas con las que suelen salir. Comparten sus experiencias y el terapeuta realiza una intervención a través de las técnicas: presentación de elecciones y acciones alternativas, refutación de creencias irracionales (terapia racional emotiva), expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), awareness, aquí y ahora, responsabilización, ciclo de la experiencia, experimento, modos de evitación y relación, introyectos (gestalt).	N/A	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	

SESIÓN 16			
TEMA: Las despedidas			
OBJETIVO ESPECÍFICO: Manejo de despedidas.			
ACTIVIDAD	DESARROLLO DE LA SESIÓN	RECURSOS	TIEMPO
Bienvenida	El terapeuta da la bienvenida al grupo, pregunta a los participantes como se sienten. El terapeuta indica que se llevará a cabo la última sesión de observación y registro, por lo que se hará un breve cierre aportando sus experiencias hasta la sesión 16.	Cojines	110'
Intervención psicológica	A partir del tema de las despedidas, el terapeuta solicita a los participantes describan su experiencia y promueve la discusión del tema expresando de qué manera cierra ciclos, si se le facilita o dificulta desprenderse de ciertas relaciones o situaciones. El terapeuta realiza una intervención mediante las técnicas: expresión de sentimientos, consideración positiva incondicional (centrada en el cliente), awareness, aquí y ahora, así como responsabilización (gestalt).	N/A	
Aplicación de cuestionario OQ	Se entrega a los participantes el cuestionario de sobreingesta OQ, se les explican nuevamente las instrucciones, agradeciendo su participación y confianza.	Tabla de madera, bolígrafo, cuestionario OQ	
Retroalimentación y cierre	El terapeuta realiza un breve resumen de lo visto durante la sesión y hace el cierre de sesión, solicitando a los participantes compartan su experiencia y como se van de la sesión.	N/A	