



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL  
BREVE SOBRE LA AUTOEFICACIA Y LAS  
EXPECTATIVAS DE RESULTADO EN PERSONAS CON  
SOBREPESO Y OBESIDAD

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:**

**SONIA ITZEL MARTÍNEZ RANGEL**

JURADO DE EXAMEN

DIRECTOR: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

COMITÉ: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA

DR. CARLOS GONZALO FIGUEROA LÓPEZ

DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

LIC. KARINA SERRANO ALVARADO

TRABAJO FINANCIADO POR CONACYT (PROYECTO: SALUD-  
2012-01-181118) Y POR LA UNAM (PROYECTO; PAPIIT IN304812)



MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2015



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.

# CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	1
RESUMEN .....	6
INTRODUCCIÓN .....	8
CAPÍTULO I. SOBREPESO Y OBESIDAD .....	11
CAPÍTULO II. AUTOEFICACIA Y EXPECTATIVAS DE RESULTADO .....	25
CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE .....	32
CAPÍTULO IV. EL MODELO TRANSTEÓRICO .....	43
Planteamiento del problema .....	48
MÉTODO .....	52
RESULTADOS .....	58
DISCUSIÓN .....	71
CONCLUSIONES .....	75
REFERENCIAS .....	77
ANEXOS .....	89

## AGRADECIMIENTOS

*“El agradecimiento en ocasiones sobra, pero nunca la gratitud...”*

### ***A mi mamá***

Quiero agradecerte especial y primeramente a ti mami, por siempre sacarme adelante, por ser un gran ejemplo de lucha, por siempre preocuparte en hacerme una mejor persona. Te agradezco mami por tanto esfuerzo y sacrificio porque gracias a ti es que yo he llegado hasta aquí, gracias por tantos regaños y felicitaciones, por velar por mi progreso cada día y por querer lo mejor para mí. Pero sobre todo quiero darte las gracias por ser mi madre, y te felicito porque este logro también es tuyo, por fin llegamos a nuestra meta. Estoy inmensamente orgullosa de ser tu hija y estoy orgullosa de ti porque gracias a ti es que yo me he convertido en la persona que soy actualmente. Este es el primero de muchos logros que compartiremos juntas.

Te amo muchísimo Mamá!!!

### ***A mi abuelita***

Mi pachis hermosa, muchas gracias por siempre cuidarme, por ser mi segunda madre, por educarme a la par con mi mamá, gracias por dedicarme parte de tu tiempo, gracias por ir por mi todos los días a la escuela cuando era pequeña a pesar de tu cansancio, gracias por todas las riquísimas comidas que ya tenías preparadas cuando yo llegaba de la escuela, gracias por contagiarme de tu inmensa alegría, estoy inmensamente feliz porque Dios me dio la oportunidad de

compartir este gran logro contigo y espero me dé la oportunidad de que sean muchos logros más. Te adoro abuelita!!!!

Gracias por ser la mejor abuelita del mundo mundial

### ***A mis Tíos Raúl, Blanca y Alfonso***

Tío Raúl, muchas gracias por ser ese padre para mí, gracias por siempre ofrecerme tu ayuda y apoyo, gracias por siempre querer lo mejor para mí. Te agradezco por siempre escucharme cuando más lo necesito y por siempre tener un sabio consejo para mí. Gracias por enseñarme que en la vida se deben tomar decisiones para lograr la felicidad así como enseñarme que siempre hay que ver para adelante y pase lo que pase nunca debemos darnos por vencidos. Quiero que sepas que este logro también lo comparto contigo. Te adoro Papá!!!

Tía Blanca y Tío Alfonso, muchas gracias por siempre apoyarme, gracias por siempre darme posada en su casa para que yo pudiera llegar temprano a la escuela, gracias por siempre darme un consejo cuando lo necesito saben que los quiero muchísimo y espero poder compartir más logros con ustedes. Los quiero!!!

### ***Al amor***

Gracias Diego por siempre estar a mi lado, gracias por siempre darme ánimos cada vez que yo sentía que no podía más, gracias por siempre aplaudir mis éxitos y por acompañarme en mis derrotas. Te agradezco el compartir todas mis alegrías, cada nuevo proyecto y cada nuevo reto que se me presenta en la vida. Gracias por no dejarme caer y siempre tenderme una mano así como alentarme a

luchar por mis ideales. Gracias por siempre ayudarme a ser una mejor persona, por recalcar mis virtudes y mostrarme mis defectos. Gracias por compartir esta etapa tan importante en mi vida. Espero podamos seguir compartiendo nuevas alegrías no olvides que pase lo que pase y mientras nuestro amor exista “que el mundo ruede”.

### ***A mi pequeña Slow***

Guapa, que puedo decirte, mil gracias por ser mi compañera de alegrías, gracias por siempre estar a mi lado en los momentos que más lo he necesitado. Sabes que más que ser una prima eres como una hermana para mí. Me alegra el poder compartir este gran logro contigo. Gracias por siempre hacerme ver mis errores y alentarme a luchar por mis ideales. Siempre estaré a tu lado porque recuerda...una cache no es nada sin su slow!!!

### ***A mis primos Juan y Nalle***

Mis guapos, gracias por ser un ejemplo de superación para mí, gracias por siempre tenerme en cuenta y por darme un ejemplo de que siempre podemos salir adelante pese a todo lo que nos presente la vida. Saben que los considero como mis hermanos y que siempre podrán contar conmigo. Los quiero.

### ***A la amistad***

Meli, Chio, amigas hermosas!!! Muchísimas gracias por ser mis compañeras tanto escolares como de vida, aprendí muchísimas cosas a su lado, su amistad es completamente invaluable. Agradezco infinitamente su amistad y cada consejo

que me dieron a lo largo de la carrera así como todas aquellas anécdotas que vivimos juntas las alegrías, las tristezas, las vergüenzas que pasamos jeje. Saben que siempre contarán con mi amistad y mi apoyo incondicional. Las amo!!!

Zizzther Mery!!! Por fin ha llegado el día del que tanto hablamos. Que puedo decirte, hemos compartido tantas cosas juntas que el tiempo y la amistad nos convirtieron en hermanas. Iniciamos juntas nuestros sueños de convertirnos en profesionistas y henos aquí. Gracias por seguir a mi lado en esta etapa tan importante para mí. Te amo zizzther!!!

### ***A los obesos***

Mis queridos obesos, iniciamos este proyecto juntos y aunque algunos antes y otros después por fin estamos cerrando este ciclo. Gracias por compartir sus aprendizajes conmigo y por crear una amistad tan linda. Espero nos podamos encontrar en el futuro y recordar nuestros comienzos en CES-UNAM.

### ***A mis profesores de Psicología de la Salud***

Dr. Carlos, Dra. Bertha y Kari muchas gracias por compartir sus conocimientos y ser tan buenos profesores. Gracias al programa de Psicología de la Salud encontré mi verdadera vocación y estoy agradecida por siempre tenerme paciencia para explicarme lo que no entendía.

Dr. Mario, estoy infinitamente agradecida con usted por haberme dado la oportunidad de formar parte de este proyecto así como la confianza que nos tuvo para sacarlo adelante. Gracias por ayudarme a exigirme más cada día. Espero

volver a tener la oportunidad de trabajar con usted ya que ha sido un gran guía académico y profesional. Le tengo una gran admiración.

***A mi casa de estudios fes Zaragoza UNAM***

Gracias por ser mi segundo hogar, gracias por tantas experiencias vividas y por ser el inicio de una vida exitosa. Siempre te llevaré en mi corazón.

***A los proyectos CONACYT (PROYECTO: SALUD- 2012-01-181118) y  
PROYECTO; PAPIIT IN304812***

Gracias por el apoyo brindado para la elaboración y culminación de esta Tesis.

Efectos de una Intervención Motivacional Breve sobre la Autoeficacia y las  
Expectativas de Resultado en personas con sobrepeso y obesidad

## RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son consideradas enfermedades de etiología multifactorial de curso crónico en el cual están involucrados aspectos genéticos y ambientales al igual que los estilos de vida que pueden conducir a un trastorno metabólico. Las comorbilidades de esta enfermedad son hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otras. La actividad física y la dieta son componentes fundamentales para conseguir un balance energético negativo y llevados a cabo conjuntamente producen pérdidas importantes de peso. Para que las personas decidan cambiar su estilo de vida es indispensable que cuente con una serie de creencias y pensamientos que le facilite realizar cambios, como lo son la autoeficacia y las expectativas de resultados. Las expectativas de resultado son la creencia de que la realización de una conducta resulta en consecuencias positivas o negativas es decir, a un determinado comportamiento le seguirá unas consecuencias determinadas. La autoeficacia se define como la creencia que tiene un individuo en su capacidad para realizar conductas y tener éxito en situaciones desafiantes. El presente estudio analizó cuál es el cambio de la autoeficacia y las expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio en personas con sobrepeso y obesidad después de una intervención motivacional breve.

Método: Se analizó una muestra intencional de 100 usuarios de un centro de primer nivel de atención a la salud con un nivel aparente de sobrepeso u obesidad. Se utilizó la escala de expectativas de resultado para ejercicio, la escala de expectativas de resultado para dieta, escala de autoeficacia para ejercicio y la escala de autoeficacia para dieta.

Resultados: El 98% de la muestra estuvo conformada por mujeres de las cuales el 74% tuvo un grado de obesidad. Se realizó una comparación de medias utilizando el test de Wilcoxon y T de student. Los resultados arrojaron que la autoeficacia para realizar ejercicio aumentó significativamente ( $p=0.00$ ) al igual que la autoeficacia para realizar dieta ( $p=0.00$ ). Sin embargo las expectativas de resultado para realizar ejercicio y dieta no mostraron ningún cambio significativo ( $p=0.47$  y  $t=0.77$  respectivamente).

Conclusiones: De acuerdo a los datos obtenidos se observó que la intervención motivacional breve aumentó la autoeficacia de las personas para realizar cambios en sus estilos de vida (actividad física y dieta principalmente). Sin embargo, esta no aumento las expectativas de resultado de las personas. Una explicación consiste en que diferentes estudios han demostrado que el saber los beneficios de realizar estos estilos de vida saludables no es suficiente para que las personas hagan estos cambios ya que el costo de respuesta de las personas es más grande que los beneficios percibidos.

## INTRODUCCIÓN

La Psicología de la Salud es el campo de la psicología dedicado al estudio de las relaciones de los factores psicológicos con la salud de las personas: por qué se enferman y cómo responden cuando se enferman, además de promover intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables o para poder responder a las enfermedades. Los psicólogos de la salud estudian los aspectos psicológicos en la prevención y tratamiento de las enfermedades y trabajan con personas que pueden encontrarse enfermas o tienen riesgo de presentar alguna enfermedad, el objetivo es ayudarles a ajustarse de forma más funcional a su padecimiento o aprender a seguir el régimen del tratamiento. La prevención y tratamiento de enfermedades es el principal foco de atención de los psicólogos de la salud y uno de los objetivos es promover el desarrollo de buenos hábitos de salud como la práctica del ejercicio o deporte y lograr una alimentación balanceada en las personas sanas o enfermas (Shelley, 2007).

Dos de las condiciones crónicas que han ido en aumento en el último año es el sobrepeso y la obesidad. La obesidad es un problema de salud pública. A nivel mundial alrededor de 1,700 millones de adultos padecen sobrepeso y 312 millones, obesidad (Barquera, Campos, Rojas & Rivera, 2010). Concretamente, en México la prevalencia del sobrepeso y la obesidad es del 71.3% lo cual representa a 48.6 millones de personas. La prevalencia de obesidad es de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8% (Barquera, Campos, Hernández, Pedroza, Rivera, 2013).

La actividad física y el ejercicio son componentes fundamentales para conseguir un balance energético negativo y llevados a cabo conjuntamente producen

pérdidas importantes de peso. Los cambios en el estilo de vida consisten en establecer una serie de habilidades para modificar los patrones alimentarios, el grado de actividad física y las falsas creencias que contribuyen al exceso de peso. Se trata, entre otras cosas, de persuadir al paciente de los beneficios que implica adoptar un estilo de vida saludable. (Salas, Rubio, Barbany & Moreno, 2007).

Sin embargo, para que una persona pueda decidirse a cambiar su estilo de vida es indispensable que cuente con una serie de recursos sociales, cognitivos y conductuales que le faciliten realizar los cambios. Algunos de estos recursos son las creencias de autoeficacia y las expectativas de resultado, las cuales han sido considerados como los mayores predictores de cambio.

La terapia cognitivo conductual provee métodos que permiten vencer las barreras que tienen las personas para cumplir con la dieta e incrementar la actividad física. Su principal objetivo es mejorar los hábitos de alimentación y los niveles de actividad física (Vázquez & López, 2001).

Una intervención motivacional breve está dirigida a favorecer la autorregulación y autocontrol del comportamiento. Su principal finalidad es favorecer el proceso motivacional y el desarrollo a partir de decisiones y planes en pocas sesiones adaptada al Modelo de Formulación cognitiva Multinivel (MFCM) orientada a la intervención motivacional para el fomento de control de peso en personas con sobrepeso y obesidad (Riso, 2006).

El presente trabajo tuvo como propósito identificar los cambios en la autoeficacia y las expectativas de resultado como efecto de una intervención motivacional breve, en personas con sobrepeso y obesidad.

Este estudio es parte de un proyecto mayor llamado Intervenciones motivacionales para el manejo del sobrepeso y la obesidad en el primer nivel de atención a la salud: Intervenciones adaptadas al paciente, el cual tiene como objetivo hacer una intervención motivacional breve en pacientes con sobrepeso y obesidad para iniciar cambios de conducta benéficos para su salud como fomentar la realización de una dieta saludable y actividad física.

## CAPÍTULO I. SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad son consideradas como enfermedades de etiología multifactorial de curso crónico en las cuales están involucrados aspectos genéticos y ambientales así como los estilos de vida que pueden conducir a un trastorno metabólico. Actualmente, la obesidad es considerada un problema de salud pública. La prevalencia de esta enfermedad en México ha aumentado más rápidamente en comparación con otros países con el mismo nivel de desarrollo y debido a este incremento a nivel mundial ya es considerada una pandemia (González, 2002).

Según la Norma Oficial Mexicana para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y Obesidad (2010), estas dos condiciones se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal. Ambas se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar enfermedades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.

El sobrepeso y la obesidad son el resultado de un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético que se da por el metabolismo y la actividad física (Bersh, 2006). Para González (2002), ambas condiciones se caracterizan por este balance positivo de energía que se da cuando hay una ingestión de calorías que excede al gasto energético ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y gracias a esto se da la ganancia de peso.

Estas enfermedades se relacionan con dietas hipercalóricas, con alto contenido en grasas saturadas y azúcares sencillos, estilos de vida inadecuados, sedentarismo y componentes genéticos (Prieto & Martínez, 2010).

### **1.1 Diagnóstico y clasificación**

La obesidad se caracteriza por el exceso de grasa corporal. Se define como obesas a aquellas personas que presentan porcentajes de grasa por encima de los valores normales, que son del 12 al 20% para hombres y del 20 al 30% en mujeres adultas (Bray & Popkin, 1998).

El índice más utilizado para medir sobrepeso y obesidad es el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual se calcula con la ecuación: peso (kg)/estatura al cuadrado ( $m^2$ ). Cuando una persona tiene un IMC  $>25$  se le considera con sobrepeso, y con obesidad cuando el IMC es  $> 30$  (Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, & Moreno, 2007) (Tabla 1). A pesar de que el IMC es el índice más utilizado y el más recomendado por diversas sociedades médicas y organizaciones de salud internacionales, dadas su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población no es un excelente indicador de adiposidad en individuos con masa muscular como deportistas y en ancianos (Salas-Salvadó et al., 2007). Los deportistas con huesos densos y músculos desarrollados podrían tener sobrepeso según el IMC sin embargo tienen poca grasa y sería un error clasificarlos con sobrepeso u obesidad. Lo mismo sucede con un gimnasta que puede ser clasificado con peso insuficiente y estar completamente sano. Por el contrario, una persona muy sedentaria puede tener un IMC adecuado y demasiada grasa corporal (Prieto & Martínez, 2010).

**Tabla 1. Criterios OMS para definir la obesidad en grados según IMC en adultos**

<b>CATEGORÍA</b>	<b>IMC</b>
<b>Normopeso</b>	18.5 – 24.9
<b>Sobrepeso</b>	25.0 – 29.9
<b>Obesidad tipo I</b>	30.0 – 34.9
<b>Obesidad tipo II</b>	25.0 – 39.9
<b>Obesidad tipo III</b>	> 40

(Salas-Salvadó, Rubio, Barbany, & Moreno, 2007)

Es por eso que otro indicador que también se utiliza para saber si una persona tiene sobrepeso u obesidad es el cociente de la circunferencia de cintura entre la circunferencia de cadera. Se ha propuesto que una relación entre cintura/cadera superior 1.0 en varones y a .08 en mujeres indica que la grasa corporal sigue una distribución central o abdominal. En relación a este índice si la circunferencia de cintura es mayor de 88 cm para mujeres y 102 cm para hombres se puede decir que existe obesidad abdominal o androide (Prieto & Martínez, 2010).

Otros criterios para la clasificación de la obesidad son:

- Criterio celular: Según número y tamaño de los adipocitos
  - Hiperplásica: Aumento de número de células. Suele aparecer en épocas de crecimiento, considerándose responsable de la obesidad infantil y adolescente.
  - Hipertrófica: Relacionado con un aumento del tamaño celular, en particular de los adipocitos, siendo este tipo de obesidad el principal responsable de la obesidad en el adulto.
  - Criterio anatómico: Se da según la cantidad y localización de los depósitos grasos. Se distinguen dos tipos:

- Obesidad central o “androide”: Se considera típica de los varones y se caracteriza por el exceso de grasa en la región abdominal (tipo manzana) y en el tronco. Se asocia a la intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y enfermedad arterial coronaria.
- Obesidad glúteo-femoral o “ginoide”: Se caracteriza por la localización de la grasa especialmente en la región glúteo femoral (tipo pera). Esta obesidad es sensible a la acción de la insulina, por lo cual los depósitos de grasa tienen una dinámica lenta con movilización retardada de los lípidos (Zárate, Basurto & Saucedo 2001). Suele asociarse a litiasis biliar, tromboflebitos e hiperinsulemia.

## **1.2 Epidemiología**

En la actualidad, la obesidad es una de las alteraciones metabólicas de mayor repercusión desde el punto de vista sanitario a nivel psicológico, social y económico (Martínez, Moreno, Marquez-López, & Martí, 2002). Este fenómeno se debe en gran medida a los cambios ambientales y sociales que han tenido lugar en las últimas décadas los cuales provocan un incremento en la obesidad (Marti, Martinez-González & Martinez, 2008). El proceso de modernización y reestructuración socioeconómica en países desarrollados han modificado los estilos de vida. Los sistemas de alimentación han mejorado la disponibilidad de alimentos con altos contenidos energéticos mientras que el estilo de vida sedentario aumenta cada vez más (Martínez, Moreno, Márquez-López & Martí 2002).

La obesidad es considerada como un problema de salud pública mundial ya que aproximadamente hay 1,700 millones de adultos con sobrepeso y 312 millones con obesidad (Barquera, Campos-Nonato, Rojas, & Rivera, 2010). La epidemia de la obesidad que se experimenta en México lo ha ubicado como uno de los países con mayor tendencia al aumento de sobrepeso y obesidad en el mundo (30%), lo cual es diez veces mayor que en países como Japón y Corea (4%) (Barrera-Cruz, Rodríguez González, & Molina-Ayala, 2013).

Debido a que la obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, ha sido considerada como uno de los problemas de salud pública más importantes del país (WHO, 2003).

Actualmente la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos de 20 años o más es de 71.3%. La prevalencia de obesidad es de 32.4% y de sobrepeso 38.8% siendo las mujeres las que tienen un mayor prevalencia de obesidad (37.5%) ya que la prevalencia de obesidad en hombres es de 26.9%. Los adultos de 40 a 49 años son los que presentan una prevalencia mayor con un 40.5% siendo los adultos de 50 a 59 años los que presentaron obesidad tipo II y III. En cuanto a la obesidad abdominal la prevalencia mayor se encuentra en mujeres con un 82.8% a diferencia de los hombres (64.5%). Los adultos de 40 años o más la prevalencia de obesidad abdominal es de 80%. En el periodo del año 2000 a 2012 la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha incrementado 15.4%. Un dato alarmante es que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en estos últimos años se está presentando cada vez más a edades más tempranas; ha aumentado 15.8% en jóvenes de 20 a 29 años (Barquera, et al., 2013). De acuerdo con los

datos obtenidos en la ENSANUT 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menos de cinco años ha registrado un ascenso de casi 2 puntos porcentuales de 1988 a 2012 (de 7.8% a 9.7% respectivamente)

Esto ocasiona que el costo económico de estas enfermedades en nuestro país sea muy elevado. Se estima que la atención de enfermedades causadas por sobrepeso y obesidad tiene un costo anual de 3,500 millones de dólares aproximadamente. El costo total del sobrepeso y la obesidad aumentó 31,916 millones de pesos en el periodo de 2000 a 2008. Se estima que para el 2017 el costo total ascienda a 150,860 millones de pesos, es decir que en el periodo del año 2000 a 2017 el costo sería de 1.45 billones de pesos (equivalentes en pesos de 2008), lo cual representaría un costo total anual promedio para el país de 80,826 millones de pesos (Barquera et al., 2010).

### **1.3 Causas del Sobrepeso y la Obesidad**

Entre las causas del sobrepeso y la obesidad figuran factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos, ambientales (hábitos dietéticos y actividad física) y psicosociales.

- *Predisposición Genética:* Se puede afirmar que entre un 25.40% de la variabilidad en el peso corporal se atribuye a la genética (Walley, Asher, & Froguel, 2009). Algunos estudios identifican más de 430 genes, marcadores y regiones cromosómicas asociadas con fenotipos de obesidad (Ochoa, Marti, & Martínez, 2004).

- *Factores dietéticos:* Una dieta inadecuada con exceso de aporte calórico con respecto al gasto energético, la sobrealimentación en edades tempranas y la elevada frecuencia de la ingesta son factores de desarrollo de obesidad (Moreno, Monereo, & Álvarez, 2005).
- *Falta de ejercicio físico:* El incremento del sedentarismo es responsable en gran medida del aumento de la obesidad. Los cambios de estilo de vida provocan una disminución de actividad física y por lo cual se da un menos gasto energético (Prieto & Martínez, 2010).
- *Causas psicosociales:* Algunas situaciones ambientales pueden desencadenar respuestas emocionales que condicionen un exceso de la ingesta (Bray & Popkin, 1998). También el rechazo social que pueden sufrir las personas puede provocar síntomas depresivos lo cual puede potencializar el sedentarismo y la falta de ejercicio (Meza & Moral, 2013). El nivel educativo, el nivel socioeconómico bajo, el estrés, fenómenos migratorios, transculturización y el aumento en las porciones de alimentos también puede provocar un aumento de peso (Martínez et al., 2002).
- *Factores neuroendócrinos:* Alteraciones en la región ventromedial o paraventricular del hipotálamo pueden producir modificaciones en la ingesta así como deficiencia de la hormona del crecimiento, hiperinsulinismo, hormonas tiroideas, leptina, entre otras. El ovario poliquístico, Síndrome de Cushing, síndrome de Laurence-Moon-Bield, síndrome de Carpenter, de Summit, Cohen, entre otros afectan los centros reguladores del hambre (Prieto & Martínez, 2010).

- *Empleo de fármacos:* Existen algunos tipos de fármacos que pueden producir obesidad como glucocorticoides, antidiabéticos, antidepresivos tricíclicos, estrógenos, entre otros (Barbany & Foz, 2002).
- *Otros:* Embarazo, lactancia, menarquía, abandono de tabaquismo o el tiempo transcurrido tras una intervención quirúrgica también puede provocar un aumento de peso (Forga, Petrina, & Barbería, 2002).

#### **1.4 Prevención y Tratamiento**

En nuestro país según el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (Secretaría de Salud, 2010) la estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, establece 10 objetivos prioritarios:

- Fomentar la actividad física en población escolar, laboral y recreativa.
- Aumentar la disponibilidad, accesibilidad y el consumo de agua potable.
- Disminuir el consumo de azúcar y en bebidas.
- Incrementar 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 los etiquetados de fácil comprensión en productos.
- Promover y proteger la lactancia materna hasta los 6 meses de edad.
- Disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos.
- Disminuir el consumo diario de grasas saturadas y grasas trans.

- Orientar a la población sobre las porciones recomendables en la preparación casera de alimentos, incluyendo restaurantes y expendios de alimentación.
- Disminuir el consumo diario de sodio.

La motivación es el principal factor para lograr un cambio conductual. Un tratamiento infructuoso puede disminuir la autoestima del paciente e influir sobre futuros esfuerzos para mejorar.

Los pilares del tratamiento son una alimentación hipocalórica baja en grasas, un programa de actividad física permanente, modificación de la conducta, uso de fármacos y las cirugías (Zárate, Basurto & Saucedo,2001).

#### 1.4.1 Dieta

Se deben evitar las dietas microcalóricas debido a su ineffectividad a largo plazo, su imposibilidad para mantenerlas y porque producen un rebote en el peso corporal. La dieta debe contener entre 900 a 1200 calorías. Se ha demostrado que el número de calorías y la distribución balanceada son 50% de carbohidratos, 15-20% proteínas y el resto de grasas. Un error frecuente es suprimir algunas comidas principales lo cual ocasiona que el organismo aprenda a conservar la reserva energética por una tendencia a almacenar grasa es por esto que se presenta un incremento corporal a pesar de que se ha comido una sola vez al día. Por esta razón se recomienda distribuir el aporte calórico en tres comidas principales y dos colaciones. Las características de una alimentación saludable son (Calañas-Continente & Bellido, 2006):

- Ser variada: Aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones adecuadas para cubrir las necesidades fisiológicas del organismo.
- Ser equilibrada y adecuada: Las proporciones de los alimentos deben de modificarse para favorecer la necesidad alimentaria para que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona.
- Ser saludable: La alimentación sana incluye los conceptos de variedad, equilibrio y adecuación así como un estilo de vida saludable.

#### 1.4.2 Actividad física

Los beneficios de la actividad física de intensidad baja a moderada constituyen la base del estilo de vida físicamente activo el cuál debe incorporar en su realización un mínimo de 30 minutos diarios. Algunos de sus beneficios son la disminución de la mortalidad y el retroceso y prevención de la obesidad que normalmente se produce con los años, por lo cual es importante fomentarla a cualquier edad (Donnelly, Blair, Jakicic, Manore, Rankin & B., 2009). Se han evidenciado los múltiples beneficios de la pérdida de peso y el ejercicio físico ayuda a obtener un mayor gasto energético. La combinación del ejercicio y la dieta son los mejores aliados para la pérdida de peso. La actividad física tiende a movilizar la grasa acumulada a nivel abdominal proporcionando tanto a hombres como mujeres efectos beneficiosos sobre el índice cintura/cadera, reduciéndolo significativamente en comparación a sujetos sedentarios (Luque, García-Martos, Villaverde, & Garatachea, 2010).

#### 1.4.3 Modificación de la Conducta

Es un cambio de comportamientos que implica aproximaciones sucesivas. En este proceso se puede auxiliar de nutriólogos, terapeutas y psicólogos. La terapia cognitivo conductual recomienda la implementación o incremento de algunos procesos como el autocontrol (automonitoreo), modificación de patrones de comportamiento (metas y planificación), autoeficacia, apoyo social y habilidades para la prevención de la recaídas (Thompson, Cook, Clark, Bardia, & Levine, 2007).

#### 1.4.4 Fármacos

Además de las medidas no farmacológicas, el uso de medicamentos puede ser de utilidad en algunos pacientes con sobrepeso y obesidad (Carrasco, Klaassen, Papapietro, Reyes, Rodríguez, Csendes & Sepúlveda, 2009). En principio no existe alguna droga que suprima eficientemente el apetito o estimule energéticamente en centro cerebral de la saciedad por lo cual los medicamentos solo son utilizados como auxiliares (Zárate, Basurto & Saucedo, 2001). Según consenso internacional el uso de medicamentos se justifica cuando se fracasa el tratamiento con dieta, ejercicio y manejo conductual en pacientes con sobrepeso u obesidad y comorbilidades de relevancia médica.

En la indicación de un tratamiento farmacológico se deben considerar los factores etiológicos, la respuesta terapéutica, dosis apropiadas, interacciones farmacológicas, contraindicaciones médicas o psiquiátricas. Actualmente el uso de fármacos se justifica en un contexto de tratamiento con dieta, actividad física y

terapia conductual. Debe reservarse para adultos y excepcionalmente en adolescentes. Los fármacos que se utilizan en el tratamiento de la obesidad actúan a través de tres mecanismos principales (Carrasco et al., 2009):

1. Disminuyendo la ingesta calórica por inhibición del apetito (anorexígenos) o aumento de saciedad (sacietógenos).
2. Aumentando el gasto energético y la oxidación de lípidos (termogénicos).
3. Inhibiendo la digestión y absorción de macronutrientes de la dieta (inhibidores de enzimas digestivas).

En la actualidad solamente la *sibutramina* y *orlistat* han sido aprobados a nivel internacional para su uso a largo plazo en el manejo de la obesidad. La siguiente tabla resume los fármacos en uso para ayudar al manejo de la obesidad de acuerdo a su mecanismo de acción:

**Tabla 2. Tipos de fármacos para el control del sobrepeso y la obesidad**

**Inhibidores del apetito o estimulantes de saciedad:**

- **Adrenérgicos controlados:** dietilpropión, mazindol, fentermina
- **Adrenérgicos no controlados:** efedrina
- **Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina:** fluoxetina, sertralina
- **Acción dual (adrenérgico-serotoninérgico):** sibutramina
- **Inhibidores del receptor 1 de endocannabinoides:** rimonabat

**Termogénicos-lipolíticos:** efedrina/cafeína

**Inhibidor de absorción de grasas:** orlistat

(Carrasco et al., 2009)

#### 1.4.5 Tratamiento quirúrgico

La cirugía destinada a modificar el tránsito intestinal es una medida para casos muy especiales con obesidad severa y fracasos del tratamiento convencional. La cirugía sólo debe considerarse en individuos con obesidad extrema que pongan en peligro la vida (Zárate, asurto & Saucedo 2001). Se consideran aceptables pacientes con obesidad mórbida o pacientes con obesidad tipo II asociado a condiciones médicas relevantes como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, cardiopatía coronaria, antropatía de grandes articulaciones o apnea obstructiva del sueño, entre otras condiciones. Se han señalado como contraindicaciones absolutas algunas patologías psiquiátricas (esquizofrenia, trastornos severos de la personalidad, depresión no controlada), adicción a fármacos o alcohol y antecedentes de mala adherencia y mal cumplimiento de tratamientos médicos. Existen 2 grandes grupos de técnicas quirúrgicas que se realizan con mayor frecuencia: las técnicas restrictivas son las que limitan los volúmenes de alimentos a ingerir en cada comida, disminuyendo la capacidad gástrica como lo es la *banda gástrica ajustable* y las técnicas mixtas (restrictiva-malabsortiva) que son aquellas que combinan la disminución de la capacidad gástrica con malabsorción producida por la reducción de la superficie de absorción intestinal, la más difundida es el *bypass gástrico* (Carrasco et al., 2005). Las técnicas más ampliamente difundidas y aplicadas en la actualidad son la gastroplastia con *bypass gastro-yeyunal en Y de Roux* abierto o laparoscópico (BPG), la *banda gástrica ajustable laparoscópica*, y de más recientemente, la *gastrectomía vertical en manga (GVM)* (Carrasco et al., 2009).

Haciendo una evaluación del problema que conlleva el incremento del sobrepeso y la obesidad en la población mexicana se propone un plan de intervención multidimensional que logren prevenir o controlar estas enfermedades. El sedentarismo y la mala alimentación son las principales conductas responsables del incremento de estas enfermedades. Es por eso que a la psicología de la salud le interesa la comprensión de las influencias psicológicas en la salud de las personas, además de promover intervenciones con el fin de ayudar a las personas a estar saludables. Los psicólogos de la salud estudian aspectos psicológicos en la prevención y tratamiento de las enfermedades, en este caso el sobrepeso y la obesidad. El principal objetivo es ayudar a las personas a adaptarse a una forma más funcional de su padecimiento o aprender a seguir un régimen de tratamiento. La prevención y tratamiento de enfermedades es el principal foco de atención de los psicólogos de la salud y uno de los objetivos es promover y aumentar las habilidades o creencias que permitan el desarrollo de buenos hábitos de salud como lo es la práctica del ejercicio o deporte y lograr una alimentación balanceada en las personas.

## CAPÍTULO II. AUTOEFICACIA Y EXPECTATIVAS DE RESULTADO

Para que las personas puedan alcanzar el éxito de cualquier estrategia de control de peso tiene como fundamento los éxitos previos que se han tenido. Específicamente en las acciones dirigidas al control de peso el individuo debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar su ingesta alimenticia y mantener un gasto energético adecuado. Este esfuerzo puede verse afectado por la creencia que tenga un individuo sobre su capacidad para adoptar conductas benéficas. Es por eso que la autoeficacia ha sido identificada como un predictor importante del cambio de conducta. Las expectativas de resultado también suelen ser una variable importante en la adopción de estas conductas ya que según las experiencias pasadas que ha tenido una persona, o el conocimiento que tenga acerca de que la realización de estas conductas traerá efectos positivos a su salud, la persona optara por realizar o no cambios en su conducta (Bandura, 1997). A continuación revisaremos el papel de cada una de estas creencias en la adopción de un estilo de vida saludable.

### **2.1 Autoeficacia**

La percepción de las personas acerca de su propia eficacia es un requisito fundamental para desarrollar con éxito las acciones conducentes al logro de los objetivos personales. Dicha autopercepción, denominada autoeficacia, ejerce una profunda influencia en la elección de tareas y actividades, en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a determinados retos, e incluso en las reacciones emocionales que experimentan ante situaciones difíciles (Ornelas, Blanco, Aguirre, & Guedea, 2012).

La autoeficacia se define como los juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base en los cuales organizar y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1997). Pajares (1996) plantea que son las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para organizar y ejecutar los caminos para la acción requeridos en situaciones esperadas o basadas en niveles de rendimiento. Schunk y Zimmerman (1997), por su parte, la definen como las creencias que tiene la persona sobre sus capacidades para aprender o desempeñar comportamientos en niveles previamente definidos. Los niveles de autoeficacia pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura, 1997). Las personas crean y desarrollan autopercepciones acerca de su capacidad, mismas que se convierten en los medios por los cuales siguen sus metas y toman sus decisiones (Asbún & Ferreira, 2004). Es decir, la forma en que la gente actúa es producto de la intervención de sus creencias acerca de lo que es capaz de realizar.

Así pues, la autoeficacia percibida desempeña un papel importante en el funcionamiento de la conducta humana, ya que afecta el comportamiento no sólo de manera directa, sino también en otros determinantes como metas, aspiraciones, expectativas de resultado, tendencias afectivas y percepción de los

impedimentos y oportunidades que se presentan en el medio social (Bandura, 1997).

Diversas investigaciones han revelado que los altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Klein-Hessling, Lohaus, & Ball, 2005).

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski, Patrick, & Diehr, 1993). En cuanto a la actividad física, Astudillo-García y Rojas-Russell (2006) encontraron que la autoeficacia percibida se asocia significativamente con la realización de actividad física.

Sniehotta, Scholz & Schawarzer, 2005 investigaron una muestra de 307 pacientes cardíacos que fueron motivados a mantener o adoptar la conducta de realizar ejercicios. Los pacientes fueron evaluados inicialmente para saber su intención de realizar ejercicio, y posteriormente se realizaron evaluaciones a los dos y cuatro meses siguientes. Los resultados confirmaron que entre los factores evaluados, la autoeficacia funcionaba como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente.

En el proceso de modificación del peso corporal, la autoeficacia establece patrones comportamentales que intervienen en el control de peso, facilitando el establecimiento de contingencias situacionales específicas (cómo, cuándo y dónde el comportamiento de ingesta de alimentos y de actividad física), además de soluciones alternativas para acceder a un comportamiento favorable del control de peso (Florez-Alarcón, 2007). Distintos hallazgos indican que la percepción de autoeficacia juega un rol significativo al influenciar la conducta de hacer ejercicio (Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson, & Martí, 2001). De igual manera se han obtenido resultados que apuntan que una baja autoeficacia parece guardar clara relación con el número de abandonos en tratamientos dirigidos a la modificación de la ingesta excesiva de alimentos (Bermier & Avard, 1986; Mitchell & Stuart, 1984).

## **2.2 Expectativas de Resultado**

La teoría social cognitiva sugiere que el comportamiento está influenciado por las creencias de autoeficacia y expectativas de resultado. Las expectativas de resultado se definen como la creencia de que la realización de una conducta resulta en consecuencias positivas o negativas es decir, a un determinado comportamiento le seguirán unas consecuencias determinada (Bandura, 1997). Según Bandura, en la mayoría de las actividades sociales, intelectuales y físicas, los que se juzgan a sí mismos como muy eficaces de realizar una conducta tienden a tener resultados favorables, mientras que los que se juzgan como

ineficaces para realizar la conducta evocarán resultados negativos. La teoría sugiere que, con base en la experiencia pasada, los individuos esperan ciertos resultados que se produzcan como consecuencia de una conducta en particular en una situación determinada (Bolles, 1972).

La expectativa de resultado es el mecanismo del condicionamiento conductual que sugiere que los comportamientos que han dado lugar a ciertos resultados en el pasado darán lugar a resultados similares cuando se realicen nuevamente (Bolles, 1972; Tolman, 1932). Por lo tanto, para crear expectativas favorables de actividad física, es necesario que las personas experimenten resultados más positivos acerca de la realización de actividad física. La teoría social cognitiva postula que, además de aprender de la experiencia, aprendemos a través del entorno social, a través del modelamiento y/o la persuasión (Bandura, 1986).

Algunas investigaciones sobre expectativas de resultado relacionadas con la actividad física y una dieta saludable indican una asociación positiva entre ambas variables. Las expectativas de resultados positivos parece ser más predictivo de la actividad física y las barreras personales parece ser más predictivo de la expectativa de un resultado negativo (Williams, Anderson, & Winett, 2005). Otros estudios han encontrado correlaciones bivariadas entre la expectativa de resultado y la actividad física los cuales han demostrado asociaciones significativas (Rovniak, Anderson, & Winett, 2002).

Es de suma importancia diferenciar la autoeficacia de las expectativas de resultado debido a que en realidad son dos conceptos diferentes y son separables

en situaciones donde los resultados no son asociados con la calidad del rendimiento. Las expectativas de resultado son la creencia de que un determinado comportamiento traerá resultados positivos. Sin embargo el tener una baja autoeficacia puede impedir que una persona intente realizar una tarea, incluso si él o ella está segura de que el cumplimiento de la misión llevaría un resultado deseado (Landry, 2003).

De esta manera se asume que las expectativas de autoeficacia, según la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, son un importante predictor de las intenciones y acciones de los individuos frente a diversas situaciones. Un elevado nivel de autoeficacia es un factor protector que aumenta la motivación, disminuye las alteraciones emocionales y mejora las conductas saludables (Ornelas, Blanco, Rodríguez, & Flores, 2011).

El incremento de la prevalencia de la obesidad obliga a establecer criterios de intervención que requieren un enfoque multimodal que se ocupe de la dieta, la actividad física y los problemas de comportamiento (Warren, et al, 2007). Este tratamiento resulta difícil ya que implica cambios permanentes en la ingesta y aumento de la actividad física. Se requiere un manejo integral que incluya aspectos educativos, médicos, nutricionales y psicológicos (Bersh, 2006).

Una forma de cambiar los estilos de vida en las personas es la utilización de la terapia cognitivo conductual ya que ésta provee métodos que permiten vencer las barreras que evitan cumplir con la dieta e incrementar la actividad física en los

pacientes obesos. El objetivo primario de la terapia conductual es mejorar los hábitos de alimentación y los niveles de actividad física (Vázquez & López, 2001).

Una intervención motivacional breve está dirigida a favorecer la autorregulación y autocontrol del comportamiento. Tiene la finalidad de favorecer el proceso motivacional y el desarrollo a partir de decisiones y planes en pocas sesiones adaptada al Modelo de Formulación cognitiva Multinivel (MFCM) orientada a la intervención motivacional para el fomento de control de peso en personas con sobrepeso y obesidad (Riso, 2006).

## CAPÍTULO III. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE

Se conoce como “motivo” a aquello que mueve a una persona a la realización de algo como un estímulo físico, psicológico o social. La motivación hace referencia a lo que da inicio a la ejecución de una acción. En este caso tomaremos a la realización de actividad física y el seguimiento de una dieta saludable como la ejecución de una acción. Para lograr que una persona logre llevar a cabo estas “acciones” es necesario aumentar los procesos subyacentes del proceso motivacional para que estas conductas se puedan llevar a cabo. La intervención motivacional breve nos permite fomentar el afrontamiento instrumental y emocional para realizar estas acciones. Este es el primer trabajo enfocado en la Intervención Motivacional Breve de la cual hablaremos a continuación.

### **3.1 Intervención Motivacional Breve**

La Intervención Motivacional (IM) identifica a un conjunto particular de aplicaciones en el campo de Psicología de la Salud, referente a la implementación de intervenciones fundamentadas en el análisis del proceso motivacional, con el fin de facilitar la realización de cambios de estilo de vida de las personas, para que éste sea más favorable para la salud. Son aquellos intentos de modificación del comportamiento a partir de la afectación de variables intermedias y constructos hipotéticos subyacentes en las diversas fases del proceso motivacional (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

La IM es una metodología sistemática dirigida a la modificación de los factores subyacentes del proceso motivacional (figura 1), con el fin de fomentar el afrontamiento instrumental y emocional requerido para la realización de acciones que resuelvan alguna necesidad. Descartan la presencia de patologías biológicas o psicológicas interferentes con el curso autorregulado de las acciones por parte de la persona.

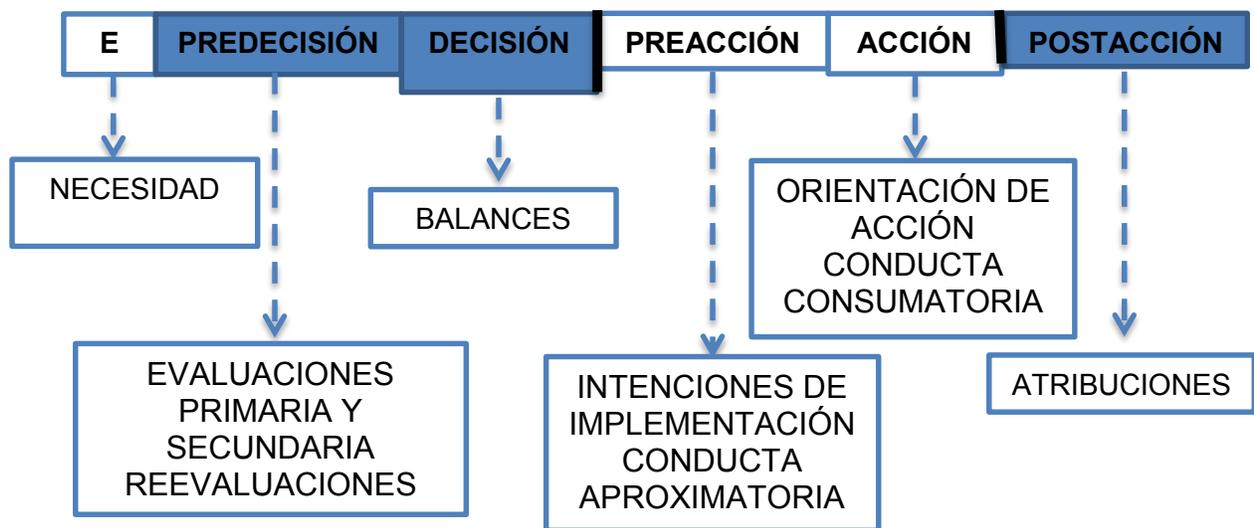


Figura 1. El proceso Motivacional (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014)

Las funciones de la IM son:

1. *Orientar la evaluación inicial para concluir en un diagnóstico:* Este diagnóstico es en esencia la descripción del estado en que se encuentra el proceso motivacional. El diagnóstico se entiende como una hipótesis de los mecanismos motivacionales subyacentes al comportamiento. En la formulación de debe proponer cuáles serán los mecanismos que se van a

afectar con la IM, el orden que tendrán y principalmente cuál es el proceso de afrontamiento que se busca impulsar.

2. *Orientar la elaboración del plan de tratamiento:* Es la especificación de los factores y los mecanismos psicológicos que se proponen afectar mediante la IM, con la finalidad de obtener los resultados de cambio en el comportamiento en coherencia con la hipótesis diagnóstica que se haya concluido en la fase de evaluación.
3. *Orientar la selección e implementación del plan de tratamiento:* Se refiere a la selección de algunos procedimientos particulares de la IM que permitan movilizar los procesos de cambio requeridos con el fin de afectar los factores y mecanismos señalados en la formulación.
4. *Orientar el monitoreo continuo y el sometimiento a prueba de las hipótesis:*  
Se refiere a la observación de algunos aspectos como:
  - a. Observación de los cambios en los factores y mecanismos psicológicos postulados como causa del comportamiento
  - b. Observación de los cambios consecuentes que ocurren concomitante en dicho comportamiento, el cual forma parte de un proceso de afrontamiento emocional o de afrontamiento instrumental.
  - c. Observación de las consecuencias de esos cambios comportamentales y de su impacto sobre aspectos relevantes a corto, mediano y largo plazo.

La Intervención Motivacional Breve (IMB) se refiere más a una metodología que a un procedimiento específico. Un esquema de formulación que puede orientar las intervenciones requeridas para el cumplimiento de las funciones mencionadas es un esquema inspirado en el modelo de formulación cognitiva por niveles que propone Riso (2006) (figura 2). Este esquema destaca los siguientes elementos:

- *Situación problema:* Contexto medioambiental explícito en el que se enmarca la problemática de salud que da origen a la IM. Es preciso establecer los estímulos externos e internos (E) que constituyen aspectos relevantes en el análisis del comportamiento específico en cuestión los cuales adquieren relevancia en función de su papel como estímulos discriminativos del comportamiento, que desencadenan el proceso motivacional relacionado con el déficit conductual de que se trate.
- *Procesamiento de información:* Es el bloque central del procesamiento cognitivo y afectivo de la información que se ubica entre la situación problema antecedente y el proceso de afrontamiento consecuente. En este bloque se distinguen 3 niveles de procesamiento de la información. El nivel 1 se refiere al motivo, el nivel 2 corresponde a la perspectiva que la persona se ha formado en el pasado acerca de la situación problema, por último el nivel 3 corresponde al encuadre de la situación problema dentro del sentido de vida de la persona.
- *Proceso de afrontamiento:* La interacción entre los tres niveles de procesamiento de información arroja un proceso de afrontamiento ya sea de predominio instrumental o emocional. Incorpora un curso de acciones motivadas, aproximatorias o consumatorias, directamente relacionadas con

los déficits o con los excesos comportamentales. Estas acciones pueden modificar objetivamente la situación problema o su significación personal los cuales aportan nuevos niveles de adaptación a la persona lo cual conduce a que evolucione la reevaluación que hace la persona acerca de las relaciones entre el comportamiento y sus consecuencias.

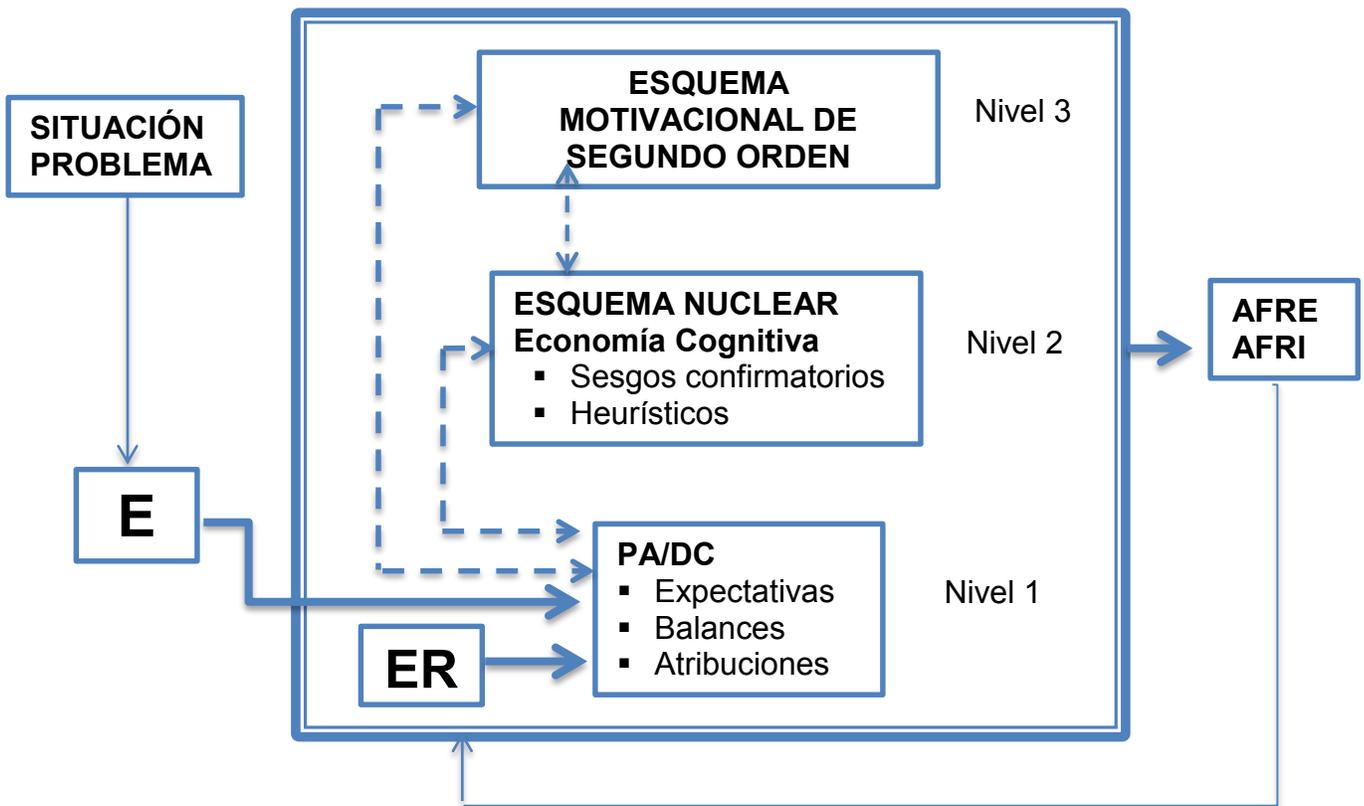


Figura 2. Modelo de formulación motivacional (Riso, 2006)

AFRE: Afrontamiento Emocional  
 AFRI: Afrontamiento Instrumental  
 PA: Pensamiento Automáticos  
 DC: Distorsiones Cognitivas

La Entrevista Motivacional (EM) es el procedimiento más representativo de la IM. Las técnicas de EM representan mayor ayuda para los profesionales de atención primaria que para el resto debido a la continuidad de la asistencia que se presta. Se necesitan técnicas breves y eficaces para aplicarlas en nuestra realidad de

tiempos de consulta escasos y gran variedad de situaciones que requieren cambios conductuales profundos para su resolución.

Hay dos principios básicos que centran este planteamiento (Lizarraga & Ayarra, 2001):

1. Evitar la confrontación con el paciente, situación frecuente cuando nos centramos en informar y el paciente no está seguro de si desea el cambio.
2. Facilitar que el paciente verbalice motivos de preocupación por su conducta.

La entrevista motivacional breve puede aplicarse en una entrevista corta, entre 30 segundos y 15 minutos. Tiene cuatro momentos diferenciados (Lizarraga & Ayarra, 2001):

- Inicio de la entrevista: introducir un tema/problema mediante una pregunta abierta y previa solicitud de permiso.
- Exploración de motivos de preocupación o barreras percibidas
- Elección de opciones para el cambio mediante preguntas abiertas y escucha reflexiva.
- Finalizar realizando un resumen de lo expresado por el paciente y preguntándole si es correcto.

En el estudio de Rubak, Sandbaeck, Lauritzen & Christensen (2005) se demostró que la EM produce un efecto clínico, tanto en los problemas psicológicos como físicos. La revisión demuestra que intervenciones cortas, incluso de solo 15 min, son efectivas, y que la probabilidad de éxito aumenta con el número de encuentros

con el paciente y con periodos de seguimiento más prolongados (Rubak et al., 2005). Dunn, Deroo & Rivara (2001) examinaron el impacto de intervenciones breves siguiendo los principios de la EM. El 60% de los estudios reportaron al menos un tamaño de efecto significativo en el cambio de conducta, encontrándose la evidencia más sólida en el abuso de drogas, con pruebas sustanciales de que la EM es eficaz cuando es utilizada por clínicos no expertos en el tratamiento de comportamientos adictivos.. Hettema et al (2005) revisaron 72 estudios en los que la EM se utilizó como intervención única. Se encontró el apoyo más fuerte para la EM en estudios sobre abuso de sustancias, así como efectos positivos en la adherencia a la dieta y el ejercicio físico (Hettema, Steele, & Miller, 2005).

### **3.2 Entrevista Motivacional**

Una de las tareas prioritarias de los profesionistas sanitarios es la promoción de comportamientos saludables en los pacientes. Sin embargo, esto no es tarea fácil. Tradicionalmente se han empleado estilos de consejo informativos, confrontativos o persuasivos. La entrevista motivacional es un método directivo, centrado en el paciente, que pretende aumentar la motivación intrínseca para el cambio, ayudado al paciente a resolver su ambivalencia (Miller & Rollnick, 2002). La EM permite al profesional de atención primaria provocar un aumento en la motivación del paciente teniendo en cuenta cuál es su nivel de motivación basal y los avances que tenga o las decisiones que tome sin penalizarlo por ello (Lizarraga & Ayarra, 2001). Se ha demostrado que la mayoría de las personas no desean una actitud protectora o autoritaria por parte de los profesionales que velan por su salud, y,

además, estas actitudes no resultan nada útiles para superar la resistencia al cambio (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993).

Existen tres modalidades distintas de intervención en la EM (Miller & Rollnick, 2002):

- a. Consejo breve: Se busca informar sobre los riesgos y se inicia a secuencias de cambio conductual.
- b. Consejería para el cambio conductual: El interventor cumple la función de escucha empática evitando la confrontación de la resistencia, tratando de comprender al consultante sin dirigirlo a la solución de la ambivalencia del cambio
- c. Entrevista motivacional: El interventor sigue los principios de empatía, fomento de autoeficacia, no discusión, uso de la aceptación con un giro y de la reformulación, y fomento de la discrepancia, con el fin de incrementar la motivación y la disponibilidad del cambio así como la solución de la ambivalencia.

Las estrategias de la EM se basan en un estilo colaborativo, evocativo y de respeto a la autonomía del paciente. Su práctica se fundamenta en 4 procesos fundamentales (Miller & Rollnick, 2002):

- a) Establecer una relación
- b) Trazar un objetivo
- c) Evocar
- d) Establecer un plan de acción

Siendo también sus principios básicos (Miller & Rollnick, 1999)

1. **Expresar empatía:** Significa aceptar y respetar al paciente, sin necesidad de aprobarlo. Implica cierto grado de solidaridad emocional intentando comprender sus pensamientos y emociones. La empatía es una habilidad bien definida que se adquiere con entrenamiento y permite comprender y aceptar lo que el otro expresa (Bosch & Cebria, 1999). Permite expresar sinceridad, solidaridad con gestos y con palabras. La empatía es el elemento fundamental de la EM ya que aunque el dolor que prevé el paciente por el cambio, el sentir que tiene un apoyo emocional resulta muy útil.
2. **Desarrollar la discrepancia:** Se trata de lograr que el paciente reconozca dónde se encuentra y dónde querría estar respecto al hábito o conducta a modificar. Interesa aumentar su nivel de conflicto, principalmente entre la conducta actual y los valores importantes de su vida (Cebriá & Bosch, 1999). Trabajar la emoción que genera la incomodidad de la duda y/o conflicto es el mayor motor para el cambio. Para aumentar la eficacia de la entrevista es importante conseguir que el paciente verbalice sus discrepancias.
3. **Evitar la discusión:** Es importante evitar argumentar y discutir con el paciente sobre la conveniencia o utilidad de un cambio porque esto le puede crear resistencia. Los argumentos directos y los intentos de convencerle tienden a producir oposición ante las indicaciones, sugerencias u órdenes para el cambio.

4. Trabajar las resistencias del paciente: Se trata de imponer un cambio por su “bien”, plantear implícita o explícitamente que la relación asistencial conlleva la obligatoriedad de un cambio.
5. Fomentar la autoeficacia: Creer en la posibilidad de cambiar es un factor motivacional importante, ya que tiene una gran influencia en la capacidad de iniciar una nueva conducta y en mantenerla. Los resultados previos satisfactorios refuerzan la creencia del paciente en su capacidad para conseguirlo. Es importante analizar con el paciente los resultados potencializando su positividad.

Basado en la teoría de la autopercepción las personas tienden a comprometerse con lo que ellos mismos defienden, la EM explora las propias razones del paciente para cambiar (Hettema et al., 2008). El escenario natural de la EM suele ser el encuentro personal sanitario-paciente, aunque también se ha visto su utilidad en consultas telefónicas y en formato de grupo así como en ambientes hospitalarios, servicios de urgencias o en la práctica médica en general (Bóveda, Pérula, Campiñez, Bosch, Barragán & Prados, 2013).

Los dos soportes básicos en los que se fundamenta la EM son uno de tipo relacional el cual se refiere al clima generado por las intervenciones del terapeuta durante la entrevista (empatía, aceptación y confianza) y el otro se refiere a la técnica de intervención verbal o conversacional en el cual se usan procedimientos tendientes a facilitar el desarrollo de la automotivación del paciente (Flórez-Alarcón & Carranza, 2007)

El objetivo de la EM es facilitar que el paciente se posicione hacia el deseo de cambio, tratando de ayudarlo a reconocer y ocuparse de sus problemas presentes y futuros así como potencializar la percepción de eficacia (Lizarraga & Ayarra, 2001).

La Entrevista Motivacional ha despertado gran interés y ha sido probada en múltiples comportamientos problema, demostrando su aplicabilidad tanto en la reducción de conductas perjudiciales, como en la promoción de hábitos saludables o adherencia a la medicación (Miller & Rose, 2009). Numerosas evidencias indican que la Entrevista Motivacional puede ser incorporada en una amplia gama de intervenciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad (Bóveda et al., 2013). Una serie de revisiones han encontrado una fuerte evidencia de la EM combinada con intervenciones más directivas como la terapia cognitivo-conductual en áreas de dependencia a sustancias y otras conductas relacionadas con la salud (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2008).

## CAPÍTULO IV. EL MODELO TRANSTEÓRICO

Como se vio en capítulos anteriores, la autoeficacia y las expectativas de resultado son predictores para la adopción de un estilo de vida saludable. Específicamente, la realización de actividad física y el seguimiento de una dieta saludable. Sin embargo, podemos preguntarnos ¿Cómo aumentar la autoeficacia y las expectativas de resultado en las personas para realizar estos estilos de vida? Para que las personas inicien una nueva conducta, es necesario que tengan una alta intención de realizarla por lo cual debe encontrarse en una etapa de “contemplación” es decir que piensen en realizar estas conductas. Esto es posible explicarlo mediante el modelo transteórico.

El Modelo Transteórico (MTT) es un modelo que se originó a finales del siglo XX por un análisis comparativo del investigador norteamericano Prochaska para explicar el cambio de comportamiento en personas con problemas de consumo de drogas, cigarrillo y alcohol. El modelo se fundamenta en la premisa de que el comportamiento es explicable gracias a una dimensión temporal caracterizada por etapas y procesos de cambio (Prochaska, Velicer, Rossi, Goldstein, Marcus, Rakowski & Rossi, 1994; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). Este modelo se ha validado en diversos campos incluyendo la actividad física (Cabrera, Gómez, & Mateus, 2004). El MTT se usa en el diseño de intervenciones facilitadoras de comportamientos saludables como el consumo de una dieta adecuada y la adopción de prácticas deportivas regulares. Una vez considerado el análisis de los hábitos alimentarios en la ingesta de fibra dietética, control de peso, y actividad física se lograrán diseñar intervenciones específicas en función a la

etapa conductual en la que se encuentre el individuo y evaluar el proceso de éste (Cassidy, 1997).

El modelo tiene tres tipos de factores esenciales (Flórez-Alarcón, 2005):

a) Un factor referente a la temporalidad del cambio el cual determina la caracterización y secuenciación de las etapas por las que éste transcurre. Su medición se hace usualmente a través de la disponibilidad al cambio. Las etapas son (López, 2008):

- Precontemplación: Esta etapa se caracteriza por que la persona no ha considerado seriamente la idea de cambiar la conducta.
- Contemplación: Esta es una etapa de ambivalencia debido a que por una parte el sujeto considera la necesidad de dejar su patrón de conducta, pero por otra no se encuentra en condiciones de hacerlo antes de seis meses.
- Preparación: En esta etapa se adopta un planteamiento serio de cambio, generalmente asociado a la aparición de síntomas o experiencias cercanas de enfermedad.
- Acción: En esta etapa el sujeto ha realizado los pasos necesarios para hacer un cambio en su patrón de conducta.
- Mantenimiento: En esta etapa la persona sostiene por más de seis meses una conducta determinada evitando las recaídas para lo cual ha introducido cambios en su estilo de vida.

b) Un conjunto de variables intermedias de tipo psicosocial, que determinan cuándo ocurre el cambio. Estas variables se refieren a:

- Los balances decisionales: Relaciones entre beneficios (pros) y costos (contras) del cambio.
- Las tentaciones: Situaciones en las que se da el consumo.
- Autoeficacia: Confianza que percibe la persona acerca de que puede controlar el consumo al encontrarse en alguna de las situaciones anteriores.

c) Un conjunto de procesos psicológicos, variable independiente que determina cómo ocurre el cambio.

Según el MTT, los procesos de cambio constituyen la auténtica variable independiente, responsable por el movimiento del comportamiento en uno u otro sentido. Existen algunos principios que los autores han postulado los cuales tratan de explicar cómo es que se da el cambio (Prochaska et al., 1994, 1992). El primer principio nos dice que el cambio no se da de manera continua sino de manera secuencial, a través de etapas y la tarea inicial de la persona es tomar conciencia de la etapa en la que se encuentra. El segundo principio es que las estrategias de afrontamiento (procesos de cambio) para moverse proactivamente hacia la acción, difieren según la etapa en que se ubica la persona. Para saber las estrategias y la manera en que se encuentran en cada etapa los autores del modelo han postulado un conjunto de procesos derivados del análisis de los principales enfoques terapéuticos, así como del análisis del curso que sigue el cambio espontáneo, no asistido, que las mayoría de las personas efectúa en sus vidas cuando tiene éxito en el logro de alguna meta comportamental.

La manera en la que se explica el cambio es a través de los “procesos”. Un proceso de cambio es definido como cualquier actividad que la persona emprende para ayudarse a modificar su pensamiento, sentimientos o conductas. Se puede diferenciar entre los denominados procesos experienciales y los procesos conductuales (Prochaska et al., 1994).

Los *procesos experienciales* se refieren a estrategias cognoscitivas y afectivas como el aumento de la consciencia sobre la severidad del problema, la vivencia emocional de situaciones asociadas al comportamiento en cuestión, la toma de consciencia acerca de la propia responsabilidad sobre el control del comportamiento en lugar de atribuirla a factores externos, el cambio en la valoración que hace la persona acerca de las aspiraciones de la sociedad que se refieren al comportamiento, la aceptación de medidas sociales que obligan al cambio y la toma de decisiones de cambio.

Los *procesos conductuales* hacen referencia a estrategias que llevan directamente a la producción del comportamiento o a su mantenimiento, tales como el automanejo de los estímulos discriminativos que alteran la probabilidad del comportamiento, el automanejo de las asociaciones entre el comportamiento y sus consecuencias, la alteración de la asociación condicionada entre ciertos estímulos y el comportamiento el uso del soporte social que se puede obtener en el medio para alterar o mantener el comportamiento (Flórez-Alarcón, 2005).

Diversas publicaciones han reconocido la capacidad que tiene el MTT para describir y explicar las distintas etapas que son comunes a la mayoría de procesos de cambio comportamental y que se han incorporado en las investigaciones e

intervenciones de un amplio número de comportamientos ya reconocidos como de riesgo para la salud (Cabrera y Gustavo, 2000).

Actualmente el MTT se utiliza en el diseño de intervenciones que facilitan el estilo de vida saludable como lo es el consumo de una dieta adecuada (Di Noia, Schinke, Prochaska y Contento, 2006) y la adopción de prácticas deportivas regulares (Wakui, Shimomitsu, Odagiri, Inoue, Takamiya y Ohya, 2002) en la cual dependiendo de la etapa motivacional en la que se encuentre el individuo se generan intervenciones específicas en función de la etapa conductual y se evalúa el proceso que se tenga después de la intervención (López, 2008).

Es por eso que en el presente trabajo se pretende demostrar la importancia de implementar la IMB en el tratamiento para cambiar los estilos de vida de personas con sobrepeso y obesidad y de esta manera poder obtener un cambio de etapa motivacional así como aumentar la autoeficacia y expectativas de resultado de las personas que padecen estas enfermedades, ya que estas creencias han demostrado ser grandes predictores para lograr el cambio de estilo de vida de las personas debido a que estas conductas son los tratamientos más efectivos para lograr una disminución de peso logrando así tener una mejor salud, a la par de una mejor calidad de vida.

## **Planteamiento del problema**

Creencias como la autoeficacia y las expectativas de resultado parecen ser de gran importancia para que se pueda realizar un cambio en el estilo de vida de las personas, específicamente en la realización de actividad física y dieta. Es por esto que en el presente trabajo se pretende saber *¿De qué manera la Intervención Motivacional Breve modifica la Autoeficacia y las Expectativas de Resultado para realizar dieta y ejercicio en personas con sobrepeso y obesidad?*

## **Objetivo general**

El propósito de este trabajo fue Identificar los cambios de la autoeficacia y expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio después de recibir una intervención motivacional breve ajustada a su disposición al cambio en personas con sobrepeso y obesidad.

## **Objetivos específicos**

1. Identificar en una muestra de pacientes con sobrepeso u obesidad el cambio en la autoeficacia después de recibir una intervención motivacional breve ajustada a su disposición al cambio.
2. Identificar en una muestra de pacientes con sobrepeso u obesidad el cambio en las expectativas de resultado después de recibir una intervención motivacional breve ajustada a su disposición al cambio.
3. Determinar el rol de la autoeficacia y las expectativas de resultado en el seguimiento de una dieta saludable y la realización de actividad física.

## **Hipótesis**

1. La autoeficacia para realizar dieta se incrementará después de recibir una intervención motivacional breve en las personas que se encuentren en precontemplación, contemplación o preparación.
2. La autoeficacia para realizar ejercicio se incrementará después de recibir una intervención motivacional breve en las personas que se encuentren en precontemplación, contemplación o preparación.
3. Las expectativas de resultado para realizar dieta se incrementará después de recibir una intervención motivacional breve en las personas que se encuentren en precontemplación, contemplación o preparación
4. Las expectativas de resultado para realizar ejercicio se incrementará después de recibir una intervención motivacional breve en las personas que se encuentren en precontemplación, contemplación o preparación.
5. Las personas que se encuentren en el grupo de acción y mantenimiento mantendrán su autoeficacia y sus expectativas de resultado.

### **5.1 Variables**

#### **Variable Independiente:**

- **Intervención Motivacional Breve**

*Definición conceptual:* Intervención motivacional de corta duración dirigida a favorecer la autorregulación y el autocontrol para favorecer el proceso

motivacional y el desarrollo de la acción a partir de decisiones y planes (Riso, 2006).

*Definición operacional:* La Intervención motivacional breve se llevó a cabo a través de tres sesiones de intervención en las cuales se trató de incrementar la autoeficacia y expectativas de resultado.

### **Variables Dependientes**

- **Autoeficacia**

*Definición conceptual:* Juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base en los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado (Bandura, 1997).

*Definición Operacional:* Se aplicó la Escala de Autoeficacia para ejercicio y dieta (Rojas-Russell, s.f.) para identificar el grado de autoeficacia que tienen los encuestados para realizar ejercicio y dieta. Ambas escalas constan de 16 y 10 reactivos respectivamente con respuestas en una escala tipo Likert que van desde “nada seguro” hasta “completamente seguro” y “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, en la cual la persona elige la opción que más se adecue a ella.

- **Expectativas de resultado**

*Definición teórica:* Creencia de que la realización de una conducta resulta en consecuencias positivas o negativas es decir, a un determinado comportamiento le seguirán unas consecuencias determinadas (Bandura, 1997).

*Definición Operacional:* Se aplicó la Escala de Expectativas de Resultado para ejercicio y dieta (Rojas-Russell, s.f.) para identificar la creencia de los encuestados acerca de los efectos que conlleva el realizar ejercicio y dieta. La escala consta de 16 y 12 reactivos respectivamente con respuestas en una escala tipo Likert que van desde “totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo”, en la cual la persona elige la opción que más de adecue a ella.

- **Etapas de cambio**

*Definición teórica:* Etapa motivacional en el que se encuentran las personas y las cuales pueden progresar a través de las etapas de cambio (Prochaska et al., 1994; Prochaska et al., 1992).

*Definición operacional:* La etapa de cambio se determinó mediante dos algoritmos para identificar la disposición al cambio según el Modelo Transteórico respecto a la realización de ejercicio y el seguimiento de una dieta indicada. El algoritmo de ejercicio se ha empleado previamente (Astudillo y Rojas, 2006; Rojas-Russell, 2009) y ha demostrado una adecuada capacidad para discriminar la disposición al cambio. El algoritmo de dieta, se diseñó *ex profeso* para este trabajo.

## MÉTODO

### **Participantes**

Participaron 100 usuarios de un centro de primer nivel de atención a la salud, de la Ciudad de México reclutados mediante un muestre no probabilístico.

Criterios de Inclusión:

- Personas con un IMC  $\geq$  a 25
- Que aceptaran participar voluntariamente en el estudio mediante la firma de un consentimiento informado
- Mayores a 18 años y menores de 65 años

Criterios de exclusión:

- Mujeres embarazadas
- Personas con algún padecimiento psiquiátrico
- Personas con contraindicación de realizar actividad física.
- Personas analfabetas

### **Escenario**

Salón de usos múltiples del Centro de Primer Nivel de Atención a la Salud “Dr. Manuel Pesqueira” ubicado en la colonia Agrícola Oriental, Delegación Iztacalco.

## Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron para la evaluación de estas creencias fueron adaptados especialmente a los fines de esta investigación.

- ***Escala de Expectativas de resultado para ejercicio*** (Rojas-Russell, s.f.): Este instrumento se construyó con el fin de identificar la creencia de los encuestados acerca de los efectos que conlleva el realizar ejercicio. La escala consta de 16 reactivos con respuestas en una escala tipo Likert que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, en la cual la persona elige la opción que más se adecue a ella (ver anexo 1). Alpha de Cronbach: 0.95.
- ***Escala de Expectativas de resultado para dieta*** (Rojas-Russell, s.f.): Este instrumento se construyó para identificar la creencia de los encuestados acerca de los efectos que conlleva el realizar una dieta. La escala consta de 12 reactivos con respuestas en una escala tipo Likert que van de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, en la cual la persona elige la opción que más se adecue a ella (ver anexo 1). Alpha de Cronbach: 0.91.
- ***Escala de Autoeficacia para ejercicio*** (Rojas-Russell, s.f.): Este instrumento se construyó para identificar el grado de autoeficacia que tienen los encuestados para realizar ejercicio a pesar de ciertas situaciones que puedan presentarse. La escala consta de 16 reactivos con respuestas en escala tipo Likert que van desde “nada seguro” hasta “completamente seguro”, en la cual la persona elige la opción que más se adecue a ella (ver anexo 1). Alpha de Cronbach: .93.

- **Escala de Autoeficacia para dieta** (Rojas-Russell, s.f.): Este instrumento se construyó para identificar el grado de autoeficacia que tienen los encuestados para realizar una dieta a pesar de ciertas situaciones que puedan presentarse. La escala consta de 10 reactivos con respuestas en escala tipo Likert que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”, en la cual la persona elige la opción que más se adecue a ella (ver anexo 1). Alpha de Cronbach: .90.
- **Algoritmo de etapa de cambio:** Este algoritmo identificó la etapa motivacional en el cuál se encontraban las personas. Consta de 5 opciones de respuesta las cuáles cada una se refiere a la disposición al cambio en la que se encontraron los pacientes para realizar dieta y ejercicio (ver anexo 1).

### **Material y Equipo**

- Para medir la talla se utilizó un estadímetro portátil marca SECA modelo 213.
- Para las medidas de peso y porcentajes de agua y grasa se utilizó una báscula electrónica marca TANITA modelo UM-061.
- Para tomar las medidas de cintura y cadera se utilizaron cintas métricas marca SECA modelo 201.
- Escalas de Autoeficacia para dieta y ejercicio
- Escalas de Expectativas de Resultado para dieta y ejercicio

## **Diseño**

Es un estudio cuasi-experimental, pretest-postest con tres grupos de intervención. Los datos se obtuvieron al inicio y al término de la intervención motivacional breve.

## **Procedimiento**

Los participantes potenciales fueron abordados en la sala de espera del centro de salud y se les ofreció información respecto al programa y la investigación que realizaba el grupo CES-UNAM (Cambio de Estilo de vida y Salud- UNAM) y los fines del mismo. Una vez dada esta información se les preguntó si estarían interesados en participar en la investigación. Aquellos que decidieron participar, se les pidió firmar un Consentimiento Informado y se les tomaron las medidas antropométricas.

Posteriormente se les pidió que contestaran los cuestionarios de Autoeficacia y Expectativas de Resultados. Una vez concluida esta evaluación los pacientes fueron asignados a un grupo de intervención según la etapa de cambio más baja en la que se encontraban para realizar dieta o ejercicio. Posteriormente se programaron citas de acuerdo a dicha etapa. El criterio utilizado para la asignación de grupos consistió en asignar a los pacientes a la etapa de cambio más baja que tenían, es decir, si en el algoritmo de ejercicio se encontraban en preparación pero en el algoritmo de dieta se encontraban en precontemplación se les asignaba a este último con la finalidad de avanzarlos a etapas superiores y mantener la etapa más alta que tenían (figura 3).

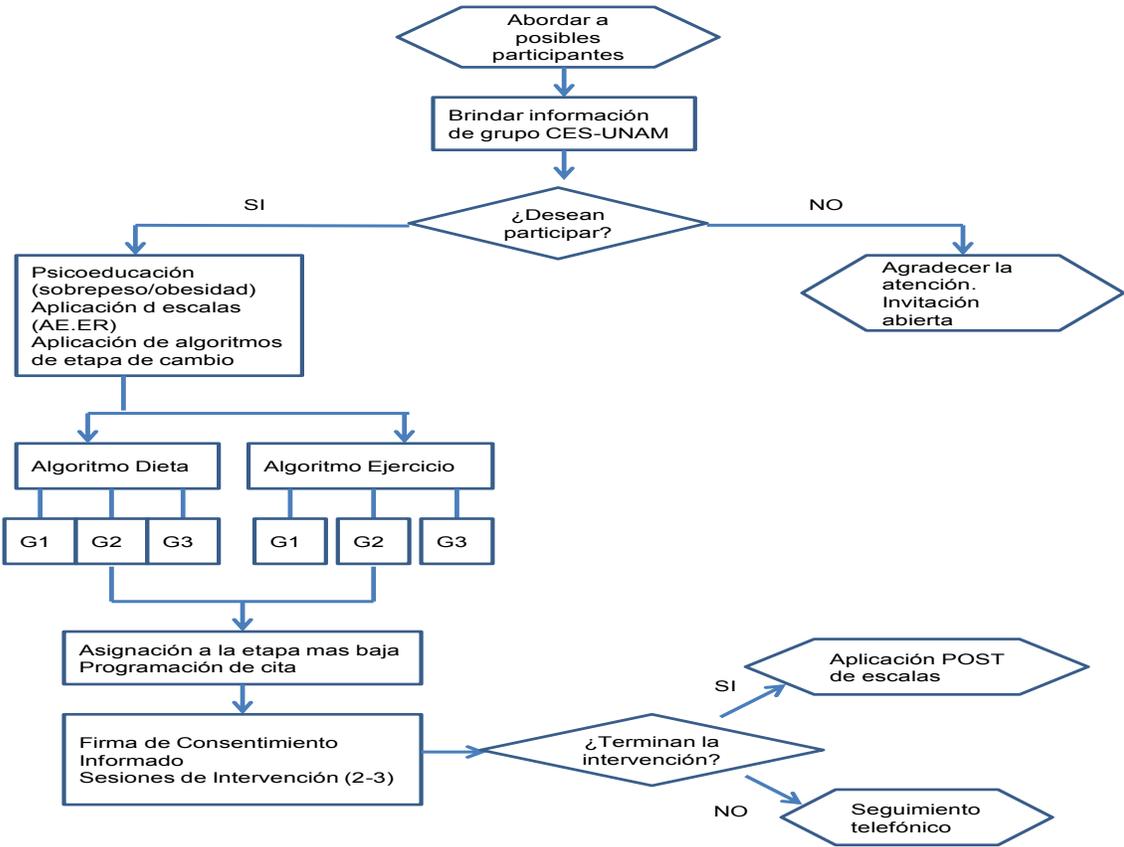
Los grupos de intervención fueron 3. En el apartado de anexos se muestran las cartas descriptivas que se utilizaron en cada una de los grupos de intervención.

GRUPO 1: Pacientes que se encontraron en la etapa de precontemplación/contemplación (ver anexo 2).

GRUPO 2: Pacientes que se encontraron en la etapa de preparación (ver anexo 3).

GRUPO 3: Pacientes que se encontraron en la etapa de acción y mantenimiento (ver anexo 4).

Figura 3. Diagrama de Flujo de asignación a Grupos de Intervención



### **Consideraciones éticas**

Los participantes firmaron un Consentimiento Informado donde se les hizo explícito los propósitos del estudio, cláusulas y compromisos que los participantes tuvieron respecto al programa así como los psicólogos hacia los pacientes. Asimismo se les hizo saber que la información obtenida sería utilizada solo con fines de investigación y los datos proporcionados estarían resguardados lo cual garantizó la confidencialidad de los pacientes.

## RESULTADOS

Todos los datos fueron analizados mediante el programa estadístico STATA V. 12.

### *a) Características psicométricas de los instrumentos*

Para conocer las propiedades de los instrumentos se realizó un análisis de distribución de la muestra y de consistencia interna total de las escalas mediante la prueba Alpha de Cronbach para cada uno de ellos.

### *b) Descripción de la muestra*

El segundo paso del plan de análisis fue conocer la distribución de la muestra mediante el uso de estadística descriptiva para identificar sus características generales.

1. **Datos sociodemográficos:** Promedio de edad, ocupación, estado civil, sexo, escolaridad y nivel socioeconómico.
  2. **Características antropométricas:** Peso, estatura e IMC.
  3. **Distribución de los grupos:** Porcentaje de sujetos en las diferentes etapas de cambio y respecto a la realización de dieta y actividad física.
- a) Para identificar los cambios en la autoeficacia y las expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio, se realizó la prueba t de student para muestras relacionadas para las variables con distribución normal y el test de Wilcoxon para aquellas que no se distribuyeron normalmente..

- b) Finalmente se realizó un análisis de varianza de dos factores para observar el efecto de la VI (Variable Independiente) antes y después sobre las VDs (Variables Dependientes).

### **Características psicométricas de los instrumentos**

Ninguna de las variables de interés se distribuyó de manera normal, a excepción del cuestionario de Expectativas de Resultado para realizar dieta. Al evaluar la consistencia interna de los instrumentos mediante el Alpha de Crombach se identificó que los instrumentos tuvieron una adecuada consistencia interna.

Tabla 3

*Estadísticos de normalidad de las variables de interés y consistencia interna de los instrumentos de medición.*

<b>VARIABLE</b>	<b>n</b>	<b>z</b>	<b>p</b>	<b>α de Cronbach</b>
Expectativas de resultado para realizar ejercicio	100	7.10	0.00	0.95
Expectativas de resultado para realizar dieta	100	5.48	0.00	0.91
Expectativas de autoeficacia para realizar ejercicio	100	1.92	0.03	0.93
Expectativas de autoeficacia para realizar dieta	100	-1.14	0.87	0.90

### **Descripción de la muestra**

#### *Datos sociodemográficos*

Participaron 100 personas. La edad promedio de los participantes fue de 44 años con una desviación estándar de 10.66, mayoritariamente mujeres (98%), amas de casa (52%), casadas (54%) de las cuales 37% tuvo una escolaridad de

preparatoria o carrera técnica, seguido por las personas que tuvieron una escolaridad de secundaria (29%) (Tabla 4).

Tabla 4  
*Datos Sociodemográficos de la muestra*

<b>VARIABLES</b>	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>N</b>
<b>EDAD (promedio)</b>	44.2	45.5	44.27
<b>ESTADO CIVIL</b>			
Soltero	33	1	34
Casado/unión libre	53	1	54
Otro	12	0	12
<b>ESCOLARIDAD</b>			
Primaria o menos	18	0	18
Secundaria	29	0	29
Preparatoria o carrera técnica	37	0	37
Profesional o posgrado	14	2	16
<b>OCUPACIÓN</b>			
Profesional/técnico especializado	7	1	8
Comerciante/trabajador/administrativo	10	1	11
Trabajador manual no calificado	21	0	21
Ama de casa	52	0	52
Estudiante	3	0	3
Desempleado/jubilado/pensionado	5	0	5

### *Características Antropométricas*

En cuanto a las características antropométricas, 74% de la muestra tuvo un grado de obesidad siendo la media de IMC de 34.18 y de peso 82.72 kg.

### *Distribución de los grupos*

En cuanto a la distribución de la muestra por etapa de cambio para la realización de ejercicio las etapas de preparación y acción/mantenimiento tuvieron un 43% y tan solo un 14% de la muestra se encontró en la etapa de precontemplación/contemplación (Tabla 5).

En la distribución de etapa de cambio para la realización de una dieta se encontró que la etapa de preparación tuvo un 54% seguido de la etapa de acción/mantenimiento con un 29% y finalmente la etapa de precontemplación/contemplación con un 17% (Tabla 5).

Tabla 5  
*Distribución de la muestra por etapa de cambio para realizar ejercicio y dieta*

<b>DIETA</b>				
<b>EJERCICIO</b>	<b>Pre/ contemplación</b>	<b>Preparación</b>	<b>Acción/ mantenimiento</b>	<b>Total</b>
<b>Pre/contemplación</b>	10	3	1	14
<b>Preparación</b>	3	36	4	43
<b>Acción/mantenimiento</b>	4	15	24	43
<b>Total</b>	17	54	29	100

#### *Cambios pretest-postest*

Al comparar los cambios pretest-postest en la disposición al cambio, apreciamos que la mayoría de los participantes lograron progresar de la etapa en la que se encontraban. En cuanto a la realización de ejercicio de los 14 participantes que se encontraban en el grupo de precontemplación-contemplación al inicio de la intervención, solo uno se mantuvo en la misma etapa los 13 restantes avanzaron, 4 a la etapa de preparación y 9 a la etapa de acción o mantenimiento. Los participantes que se encontraban en el grupo de preparación de los 43 que se encontraban al inicio de la intervención solo trece se mantuvieron en la misma etapa de cambio y el restante (30) avanzó a la etapa de acción y mantenimiento. En este grupo de intervención no hubo ninguna recaída a la etapa de precontemplación-contemplación. Finalmente, de los participantes que se

encontraban en el grupo de acción y mantenimiento 36 se mantuvieron en esta etapa conforme a lo esperado. Tan solo 7 participantes tuvieron recaídas, 1 retrocedió a la etapa de precontemplación-contemplación y 6 regresaron a la etapa de preparación (Tabla 6).

Tabla 6  
*Cambios pretest-postest en la etapa de cambio para la realización de ejercicio*

Etapa ejercicio pre-tratamiento	Etapa ejercicio post-tratamiento			Total
	Pre/contemplación	Preparación	Acción/mantenimietno	
Pre/contemplación	1	4	9	14
Preparación	0	13	30	43
Acción/ mantenimiento	1	6	36	43
<b>Total</b>	2	23	75	100

En cuanto a la evaluación pretest-postest para la realización de dieta los resultados fueron similares. En la etapa de precontemplación-contemplación en la medición basal se encontraban 17 participantes, 16 avanzaron a las siguientes etapas, 4 a la de preparación y 12 hasta las etapas de acción o mantenimiento. En el grupo de los participantes que se encontraban en la etapa de preparación de los 54 participantes que hubo en la medición basal, 43 avanzaron a acción o mantenimiento, y solo hubo 3 recaídas a la etapa de precontemplación-contemplación. Finalmente, de los 29 participantes que había en el grupo de acción y mantenimiento, solo hubo dos recaídas (tabla 7).

Tabla 7  
Cambios pretest-postest en la etapa de cambio para la realización de dieta

Etapa dieta pre-tratamiento	Etapa dieta post-tratamiento			Total
	Pre/contemplación	Preparación	Acción/mantenimiento	
Pre/contemplación	1	4	12	17
Preparación	3	8	43	54
Acción/mantenimiento	0	2	27	29
<b>Total</b>	4	14	82	100

#### Autoeficacia para realizar Ejercicio y Dieta

Debido a que estas variables no se distribuyeron normalmente se empleó un enfoque no paramétrico de comparación de grupos relacionados mediante la prueba de Wilcoxon. Los resultados mostraron un cambio significativo en la autoeficacia para realizar ejercicio y para realizar dieta.

Se observaron incrementos significativos ( $p < 0.00$ ) en la autoeficacia para realizar ejercicio y dieta (Tabla 8). En cuanto a la etapa de cambio en la que se encontraban, como se muestra en la Tabla 9 el grupo que tuvo un mayor aumento en la autoeficacia para realizar ejercicio y dieta fue el grupo de pre/contemplación (gráfico 1 y gráfico 2).

Tabla 8  
*Prueba Wilcoxon "Autoeficacia para realizar ejercicio y dieta"*

<b>Autoeficacia para realizar ejercicio</b>		
<b>Cambio</b>	<b>n</b>	<b>Suma rangos</b>
Positivo	36	1448.5
Negativo	60	3591.5
Cero	4	10
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>5050</b>

Z= -3.7; p= 0.0002

<b>Autoeficacia para realizar dieta</b>		
Positivo	23	868
Negativo	74	4176
Cero	3	6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>5050</b>

Z= -5.69; p= 0.0000

Tabla 9  
*Medias de autoeficacia para realizar ejercicio y dieta*

<b>Medias de autoeficacia para realizar ejercicio</b>		
<b>Grupo</b>	<b>Pretest</b>	<b>Posttest</b>
Pre/contemplación	26.33	33.52
Preparación	28.92	33.30
Acción/mantenimiento	30.66	33.12
<b>Total</b>	<b>28.8</b>	<b>33.31</b>

<b>Medias de autoeficacia para realizar dieta</b>		
Pre/contemplación	15.28	20.33
Preparación	13.36	17.49
Acción/mantenimiento	18	21.87
<b>Total</b>	<b>14.88</b>	<b>19.14</b>

Gráfico 1 *Cambios pretest-postest en la autoeficacia para realizar ejercicio*

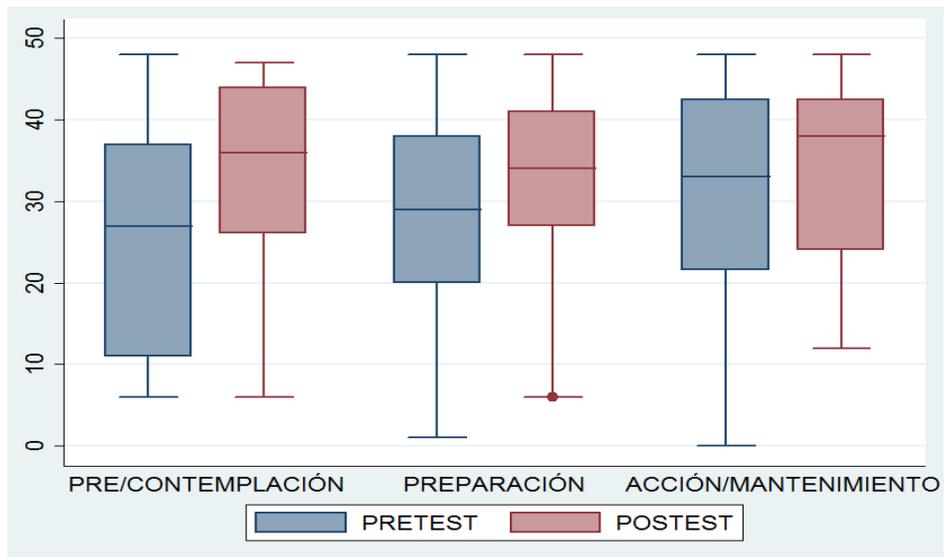
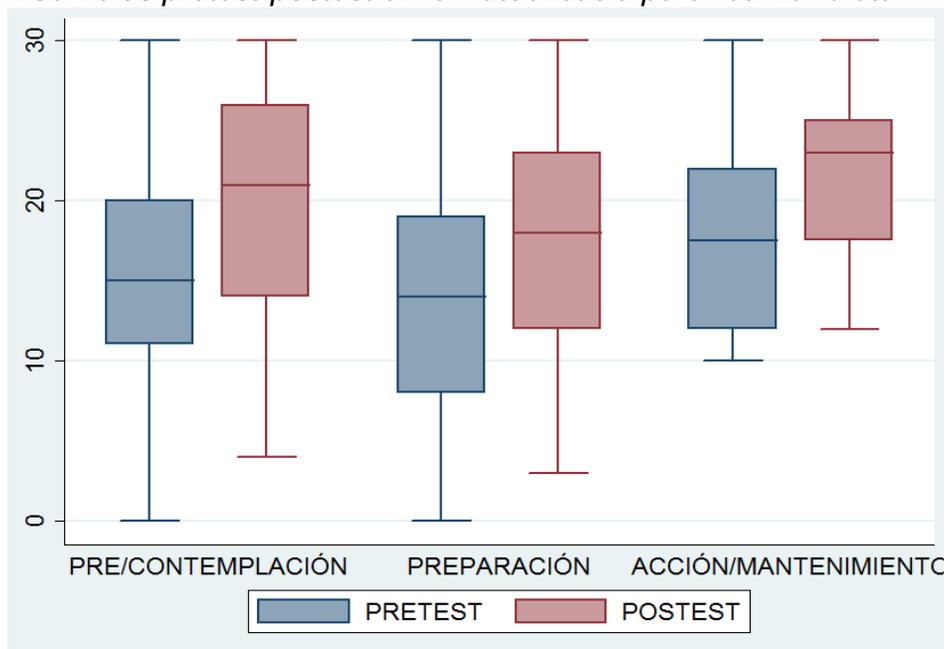


Gráfico 2 *Cambios pretest-postest en la Autoeficacia para realizar dieta*



## Análisis de Varianza para la Autoeficacia para realizar ejercicio y dieta

Para identificar el efecto de la intervención sobre la autoeficacia para realizar ejercicio y dieta según la etapa de cambio en la que se encontraban los participantes se realizó un análisis de varianza (AVAR) de dos factores (TIEMPO X GRUPO). Se encontraron cambios significativos en la autoeficacia para realizar ejercicio en la variable de tiempo, pero no por grupo, es decir la IMB afectó la autoeficacia, independientemente del grupo de intervención. Del mismo modo, en el análisis de varianza realizado para identificar los cambios que hubo en la autoeficacia para realizar dieta, los cambios más significativos también se encontraron en la variable de tiempo, en esta ocasión la variable de grupo también fue significativa lo que nos indica que en la autoeficacia para realizar dieta también cambiaron respecto al grupo de intervención en el cual se encontraban los participantes siendo el grupo de pre/contemplación el que tuvo un mayor aumento en la autoeficacia (Tabla 10).

Tabla 10  
ANOVA de 2 vías (grupo X tiempo) "Autoeficacia para realizar ejercicio"

<b>Autoeficacia para realizar ejercicio</b>			
<b>Fuente</b>	<b>g.l.</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Grupo	2	0.31	0.73
Tiempo	1	6.56	0.01*
Grupo/tiempo	2	0.45	0.63
Total	194		
Total corregido	199		
R <sup>2</sup> = 0.04			
<b>Autoeficacia para realizar dieta</b>			
Grupo	2	7.38	0.00*
Tiempo	1	16.38	0.00*
Grupo/Tiempo	2	0.09	0.91
Total	194		
Total Corregido	199		
R <sup>2</sup> = 0.15			

*Expectativas de Resultados para realizar ejercicio y dieta*

Contrariamente a lo obtenido en las escalas de autoeficacia los cambios en las expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio no fueron significativos.

En cuanto a las expectativas de resultado para realizar ejercicio la prueba de Wilcoxon arrojó una  $p > 0.05$  (Tabla 11). A diferencia de las demás variables, debido a que las expectativas de resultado para realizar dieta se distribuyeron de una manera normal, se realizó una prueba t de student la cual arrojó que de igual manera los cambios en las expectativas de resultado para realizar dieta después de una IMB no fueron significativos (Tabla 12). Podemos observar que el grupo

que reporto un ligero aumento en las expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio fue el grupo de pre/contemplación (Tabla 13, gráficos 3 y 4).

Tabla 11  
Prueba Wilcoxon “Expectativas de Resultado para realizar ejercicio”

Cambios	n	Suma de rangos
Positivo	36	2168.5
Negativo	40	2581.5
Zero	24	300
Total	100	5050

Z= -0.716; p = 0.4739

Tabla 12  
Prueba t de student “Expectativas de resultado para realizar dieta”

Variable	n	Media	SD
Pretest	100	32.15	4.56
Posttest	100	32.49	3.82
Diferencia	100	-.34	4.40

t= -0.7728

Tabla 13  
Medias de Expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio

Medias de Expectativas de Resultados para realizar ejercicio		
GRUPO	PRETEST	POSTEST
Pre/contemplación	40.33	43.76
Preparación	43.54	43.38
Acción/mantenimiento	43.04	43.37
Total	42.75	43.46
Medias de Expectativas de Resultado para realizar dieta		
Pre/contemplación	30.71	32.38
Preparación	33.07	32.67
Acción/mantenimiento	31.29	32.16
Total	32.15	32.49

Gráfico 3 Aumento de las Expectativas de Resultado para realizar ejercicio

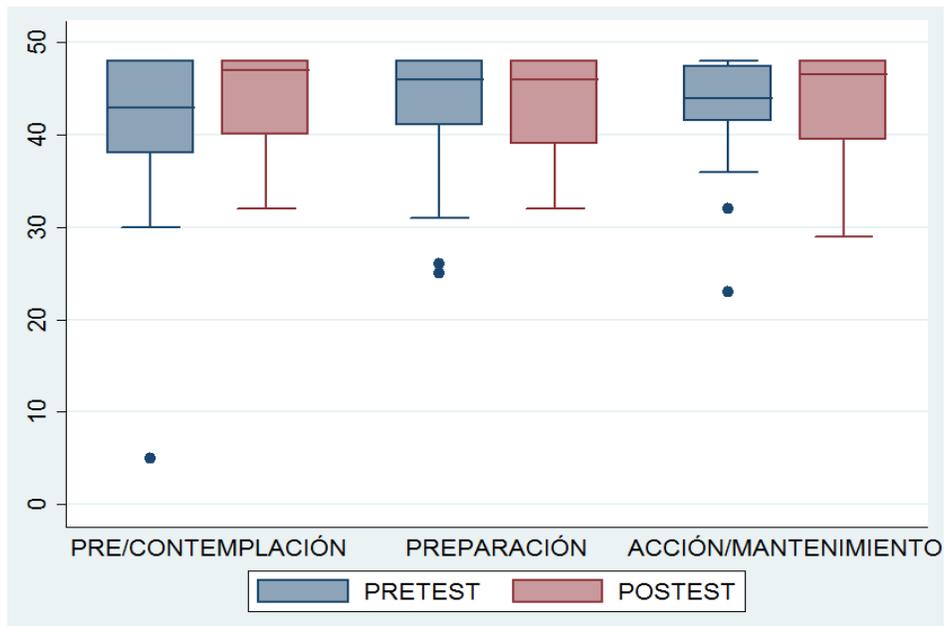
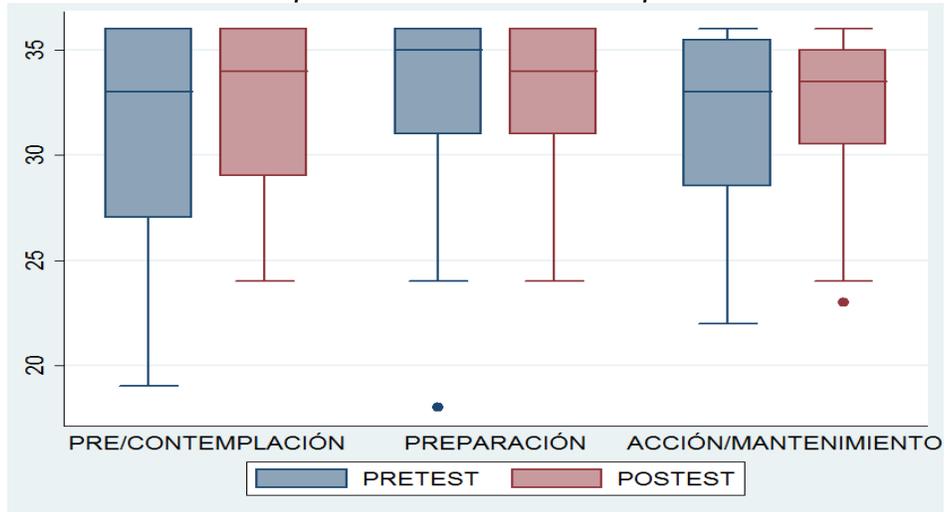


Gráfico 4 Aumento de las Expectativas de Resultado para realizar dieta



## Análisis de Varianza para las Expectativas de resultado para realizar ejercicio y dieta

Del mismo modo para conocer los cambios que hubo en las expectativas de resultado para realizar ejercicio y dieta según la etapa de cambio en la que se encontraban los participantes se realizó un análisis de varianza (AVAR) de dos factores (TIEMPO X GRUPO). Contrariamente a lo encontrado en la autoeficacia, las expectativas de resultados para realizar ejercicio y dieta no tuvieron cambios significativos de ningún tipo como podemos observarlo en la tabla 14.

Tabla 14  
ANOVA de 2 vías (grupo X tiempo) Expectativas de Resultado para realizar Ejercicio

<b>Expectativas de Resultado para realizar Ejercicio</b>			
<b>Fuente</b>	<b>g.l.</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Grupo	2	0.78	0.46
Tiempo	1	1.52	0.21
Grupo/Tiempo	2	1.27	0.28
Total	194		
Total corregido	199		
R <sup>2</sup> =0.02			
<b>Expectativas de Resultado para realizar Dieta</b>			
Grupo	2	2.16	0.12
Tiempo	1	1.22	0.27
Grupo/Tiempo	2	1.06	0.35
Total	194		
Total corregido	199		
R <sup>2</sup> = 0.03			

## DISCUSIÓN

El principal objetivo de este estudio fue analizar los efectos de una IMB en la autoeficacia y las expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio. Al analizar los cambios en la autoeficacia se observó que la autoeficacia aumentó después de la IMB y que existieron cambios hacia adelante en la disposición al cambio que tuvieron los participantes. En cuanto a la autoeficacia para realizar ejercicio, los participantes que mostraron mayor cambio en las etapas motivacionales fueron aquellos que se encontraban en el grupo de pre/contemplación. Se observó que quienes se encontraban en acción o mantenimiento no tuvieron grandes cambios en los índices de autoeficacia. Esto podría deberse a que como nos dice la teoría, cuando las personas se encuentran en una etapa de acción y mantenimiento es porque ya están realizando una conducta determinada (en este caso la realización de ejercicio y el seguimiento de una dieta) por lo cual ya tienen una autoeficacia elevada para realizar estas conductas, contrariamente como ocurre en las personas ubicadas en las etapas previas, principalmente en la etapa de pre/contemplación (Prochaska et al., 1994). De igual manera, al analizar la autoeficacia para realizar dieta de los participantes obtuvimos que el mayor aumento de la autoeficacia se presentó en los participantes del grupo pre/contemplación.

Al analizar las expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio se observó un “efecto de techo”; es decir, desde antes de la intervención, los valores de esta variable ya eran notablemente elevados, de modo que el margen o espacio para incrementar era muy poco. Dicho de otro modo, desde antes de la intervención los

participantes sabían de los beneficios asociados a la realización de ejercicio físico y/o el seguimiento de una dieta, por lo que no se presentaron cambios significativos después de la IMB. En cuanto a las expectativas de resultado para realizar ejercicio el único grupo que registró un ligero aumento en las expectativas de resultado fueron los participantes que se encontraban en el grupo de pre/contemplación al igual que las expectativas de resultado para realizar dieta. Una posible explicación es que el conocer los beneficios de realizar estos estilos de vida saludables no es suficiente para que las personas realicen estos cambios ya que el costo de respuesta de las personas es más grande que los beneficios percibidos (Echenique, Rodríguez, Osiac, Pizarro, Martín, & Atalah, 2011; Meléndez, Olivares, Lera, & Mediano, 2011).

El hecho de que las personas lograron progresar de etapa de cambio, sugiere que las IMB empleadas tuvieron un efecto sobre los mecanismos que se presume operan en la motivación, particularmente sobre la autoeficacia.

Es importante mencionar que debido a que durante la intervención a grupo 1 (precontemplación/contemplación) los participantes solo terminaban 2 sesiones de intervención por lo cual se optó por incluir únicamente a este grupo el modelo PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 1991) para que los participantes lograran fomentar la conciencia acerca de la severidad y vulnerabilidad percibidas ante los problemas generados por el sobrepeso y la obesidad así como crear conciencia acerca de las asociaciones causales entre los hábitos y las consecuencias que tienen y finalmente fomentar la claridad sobre los beneficios que conlleva la modificación de hábitos nocivos. Para esto los participantes

hicieron una evaluación general sobre su vida, incluyendo aspectos personales, políticos y sociales para que de esta manera pudieran comenzar a hacer un plan para cambiar sus estilos de vida. Se incluyó este modelo únicamente a este grupo ya que, como vimos anteriormente en el Modelo Transteórico en estas etapas no se tiene conciencia sobre lo dañinas que son las conductas que llevan a cabo las personas, por lo cual era necesario hacer una reconstrucción cognitiva para modificar estas conductas.

Una de las limitaciones de este estudio fue que los cambios observados en la autoeficacia y las expectativas de resultado para realizar dieta y ejercicio fueron a corto plazo (de 2 a 4 semanas). Del mismo modo, no se midieron los cambios en la práctica de actividad física ni en los hábitos alimenticios. Es por eso que es necesario realizar seguimientos a mediano y largo plazo para observar si los cambios psicosociales se mantienen a través del tiempo y observar el efecto sobre los estilos de vida en un lapso de tiempo prolongado. Otra de las limitaciones fue el diseño del estudio ya que hubo una falta de grupo control para poder hacer la comparación de personas que recibieron la IMB contra personas que no recibieron ningún tipo de intervención.

Debido a que el sedentarismo y la mala alimentación son conductas muy arraigadas en las personas, para los profesionales de la salud resulta muy difícil lograr cambios en los estilos de vida de las personas con sobrepeso y obesidad por lo cual la importancia de este trabajo radica en que con los resultados obtenidos podemos concluir que es importante aumentar la autoeficacia de las personas para cambiar ciertos estilos de vida como lo son el ejercicio y el

seguimiento de una dieta y de esta manera comenzar a trazar un plan de intervención para las personas con estas enfermedades incrementando la autoeficacia de los pacientes mediante la IMB para comenzar a hacer cambios en los estilos de vida de los mismos. Es por esto que resulta importante implementar la IMB en el primer nivel de atención a salud para facilitar el cambio en los estilos de vida de los pacientes logrando de esta manera prevenir o bien disminuir el sobrepeso y la obesidad de la población y prevenir enfermedades que tienen comorbilidad con dicha enfermedad.

Es importante trabajar en las implicaciones que conlleva el uso de la IMB ya que como se mencionó anteriormente, al ser una intervención breve no resulta tan fácil llevarla al cabo ya que al no requerir muchas sesiones de intervención se puede caer en el error de no incluir todas aquellas variables psicosociales que pueden obstaculizar el cambio de los estilos de vida.

## CONCLUSIONES

Finalmente, se puede concluir que la IMB logró aumentar la autoeficacia en el corto plazo de las personas para pudieran hacer cambios en sus estilos de vida, específicamente la realización de actividad física y el seguimiento de una dieta balanceada ya que como se vio anteriormente, la autoeficacia es un predictor del cambio de la conducta logrando así que las personas cambiaran sus conductas de riesgo. De igual manera, también se logró que los participantes progresaran de etapa motivacional logrando mover a las personas de las etapas de pre/contemplación a las etapas de preparación y acción y mantenimiento promoviendo que éstas pudieran hacer pequeños cambios en sus estilos de vida para comenzar la reducción de peso o bien tener una mejor calidad de vida evitando o bien controlando enfermedades como lo son la hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, entre otras.

Sin embargo la IMB no tuvo efecto sobre las expectativas de resultado de las personas tanto para realizar ejercicio como para el seguimiento de una dieta balanceada. Esto es coherente con estudios que demuestran que a pesar de que las personas tengan conocimiento acerca de los beneficios de llevar un estilo de vida saludable los costos de respuesta o las barreras percibidas de las personas suele ser mayor (Echenique et al., 2011; Meléndez, Olivares, Lera, & Mediano, 2011).

Es importante recalcar la importancia de este estudio ya que parece ser el primero en evaluar los efectos de una IMB en el primer nivel de atención a la salud, por lo cual se sugiere continuar con una línea de investigación la cual evalúe los cambios en distintas variables o predictores de la conducta para lograr cambios en este caso para mejorar la calidad de vida de las personas con sobrepeso y obesidad.

Por lo tanto se sugiere implementar la IMB en el primer nivel de atención a la salud ya que como se mencionó anteriormente la IMB logró promover la autoeficacia de las personas cambiar los estilos de vida nocivos que llevaban como era el sedentarismo y una mala alimentación lo cual conllevaba la presencia de un grado de sobrepeso u obesidad. La importancia de que la IMB sea implementada en el primer nivel de atención a la salud es que al promover y lograr el cambio inmediato de los estilos de vida en personas con esta enfermedad se reducirían los costos en salud permitiendo a los profesionales de la salud tener un control de esta enfermedad y en un posible futuro disminuir las cifras de sobrepeso y obesidad en el país permitiendo a la vez tener un control sobre otras enfermedades que tengan comorbilidad con dicha enfermedad.

De la misma manera se sugiere realizar un ensayo clínico con un grupo control que tenga observaciones de tiempo más prolongado para identificar los cambios, avances o recaídas de las personas.

## REFERENCIAS

- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W., & Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Asbún, C. & Ferreira, Y. (2004). Autoeficacia Profesional y Género en Adolescentes de cuarto grado de Secundaria de la Zona sur de la Ciudad de La Paz. *Ajayu Órgano de Difusión Científica Del Departamento de Psicología UCBSP*, 2, 12-20.
- Astudillo-García, C. & Rojas-Russell, M. (2006). Autoeficacia y disposición al cambio para la realización de actividad física en estudiantes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9 (1), 41-49.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action* (pp. 5–107). Prentice Hall: Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. Nueva York: Freeman.
- Barbany, M., & Foz, M. (2002). Obesidad : concepto , clasificación y diagnóstico. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 7–16.

- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Pedroza-Tobías, A., & Rivera-Dommarco, J. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos , ENSANUT 2012. *Salud Pública de México*, 55(2), 151–160.
- Barquera, S., Campos-Nonato, I., Rojas, R., & Rivera, J. (2010). Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México*, 146, 397–407.
- Barrera-Cruz, A., Rodríguez González, A., & Molina-Ayala, M. (2013). Escenario actual de la obesidad en México. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 51(3), 292–299. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>
- Bermier, M., & Avard, J. (1986). Self-efficacy, outcome, and attrition in a weight-reduction program. *Cognitive Therapy and Research*, 10(3), 319–338.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537–546.
- Bolles, R. (1972). Reinforcement, expectancy, and learning. *Psychological Review*, 79(5), 364–409.
- Bosch, J., & Cebria, J. (1999). La Sra. Pesáez en el país de los espejos de la atención primaria. *Formación Médica Continuada*, 6, 451–454.
- Bóveda, J., Pérula, L. Á., Campiñez, M., Bosch, J. M., Barragán, N., & Prados, J. A. (2013). Evidencia actual de la entrevista motivacional en el abordaje de los

problemas de salud en atención primaria. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria*, 45(9), 486–95.  
doi:10.1016/j.aprim.2013.01.014

Bray, G. A., & Popkin, B. M. (1998). Dietary fat intake does affect obesity! *American society for clinical nutrition*, 68, 1157–73.

Bray, S., Gyurcsik, N., Culos-Reed, S., Dawson, K., & Martí, K. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. *Journal of Health Psychology*, 6(4), 425–434.

Cabrera, A. & Gustavo, A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18 (2), 129-138

Cabrera, G., Gómez, L., & Mateus, J. (2004). Actividad física y etapas de cambio comportamental el Bogotá. *Colombia Médica*, 35, 82–86.

Calañas-Continente, A., & Bellido, D. (2006). Bases científicas de una alimentación saludable. *Revista de Medicina de La Universidad de Navarra*, 50(4), 7–14.

Carrasco, F., Klaassen, J., Papapietro, K., Reyes, E., Rodríguez, L., Csendes, A. & Sepúlveda, A. (2005). Propuesta y fundamentos para una norma de manejo quirúrgico del paciente obeso. Año 2004. *Revista Medica de Chile*, 133(6), 699–706. doi:10.4067/S0034-98872005000600013

- Carrasco, F., Manrique, M., de la Maza, M. P., Moreno, M., Albala, C., García, J., ... Liberman, C. (2009). Tratamiento farmacológico o quirúrgico del paciente con sobrepeso u obesidad. *Revista Medica de Chile*, *137*(7), 972–981. doi:10.4067/S0034-98872009000700017
- Cassidy, C. (1997). Use of the transtheoretical model in the occupational health setting. *AAOHN Journal*, *45*(5), 239–246.
- Cebriá, J., & Bosch, J. (1999). Querer y no querer. El dilema de la ambivalencia. *FMC*, *6*, 393–395.
- Di Noia, J., Schinke, S., Prochaska, J., & Contento, I. (2006). Application of the Transtheoretical Model to Fruit and Vegetable Consumption Among Economically Disadvantaged African-American Adolescents: Preliminary Findings. *Am J Health Promot. American Journal of Health Promotion*, *20*(5), 342–348.
- Donnelly, J., Blair, S., Jakicic, J., Manore, M., Rankin, J., & B, S. (2009). Appropriate physical activity intervention strategies for weight loss and prevention of weight regain for adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *41*(2), 459–471.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, *96*(12), 1725–42. doi:10.1080/09652140120089481

Echenique, S. J., Rodríguez, Osias, L., Pizarro, Q. T., Martín, M., & Atalah, S. E. (2011). Impacto de un programa nacional de tratamiento en mujeres adultas con exceso de peso en centros de atención primaria. *Nutricion Hospitalaria*, 26(6), 1372–1377. doi:10.3305/nh.2011.26.6.5272

Flórez-Alarcón, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, 47–78. Recuperado de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0123-91552005000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100004)

Florez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social y de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá: El manual moderno.

Flórez-Alarcón, L., & Carranza, W. A. (2007). La entrevista motivacional como herramienta para el fomento de cambios en el estilo de vida de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 25(2), 63–82.

Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., & Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: Avances de La Disciplina*, 8(2), 49–71.

- Forga, L., Petrina, E., & Barbería, J. J. (2002). Complicaciones de la obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 25, 117–126.
- González, J. (2002). Obesidad: problema de salud pública en México. *Nutrición Clínica*, 5, 213-218
- Grembowski, D., Patrick, D., & Diehr, P. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89–104.
- Green, L., Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Enviromental Approach* (2<sup>nd</sup> ed). Mayfield: Publishing Company
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psuchology*, 1, 91–111.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. (2008). Entrevista Motivacional. *Revista de Toxicomanías*, 52, 3–24.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A., & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 31–43.  
doi:10.1080/13548500512331315343
- Landry, C. C. (2003). *Self-Efficacy, Motivation and Outcome Expectation Correlates of College Stundent's Intention Certainty*. University of Southwestern Louisiana.
- Lizarraga, S., & Ayarra, M. (2001). Entrevista motivacional. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 24(2), 43–53.

- López, M. (2008). Etapas del cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la universidad del desarrollo, sede concepción, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 35(3), 215–224.
- Luque, G. T., García-Martos, M., Villaverde, C., & Garatachea, N. (2010). Papel del ejercicio físico en la prevención y tratamiento de la obesidad en adultos. *Retos. Nuevas Tendencias En Educación Física, Deporte Y Recreación*, 18, 47–51.
- Marti, A., Martínez-González, M. A., & Martínez, J. A. (2008). Interaction between genes and lifestyle factors on obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(1), 1–8. doi:10.1017/S002966510800596X
- Martínez, J. A., Moreno, M. J., Marquez-López, I., & Martí, A. (2002). Causas de obesidad. *Anales Del Sistema Sanitario de Navarra*, 25(1), 17–27.
- Meléndez, L., Olivares, S., Lera, L., & Mediano, F. (2011). Etapas de Cambio, motivaciones y barreras relacionadas con el consumo de frutas y verduras y la actividad física en madres preescolares atendidas en centros de atención primaria de salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 38(4), 466–475.
- Meza, C., & Moral, J. (2013). Modelos Recursivos de Índice de Masa Corporal con Variables Sociodemográficas, Funciones del Yo y Alteración Alimentaria en Mujeres Mexicanas. *Psykhe (Santiago)*, 22, 55–68. doi:10.7764/psykhe.22.1.593

- Miller, W., Benefield, R., & Tonigan, J. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapists styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(3), 455–461.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *Entrevista Motivacional. Preparando a la gente para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona: Paidós.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller, W., & Rose, G. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *The American Psychologist, 64*(6), 527–37. doi:10.1037/a0016830
- Mitchell, C., & Stuart, R. (1984). Effect of self-efficacy on dropout from obesity treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(6), 1100–1101.
- Moreno, B., Monereo, S., & Álvarez, J. (2005). *La Obesidad en el tercer milenio*. Médica Panamericana. Recuperado de <http://books.google.com/books?id=ApxQAAAACAAJ&pgis=1>
- Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Secretaría de Salud. Recuperado en [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010)
- Ochoa, M., Marti, A., & Martínez, J. (2004). Estudios de obesidad en genes candidatos. *Medicina Clínica, 122*, 542–551.

- Ornelas, M., Blanco, H., Aguirre, J. F., & Guedea, J. C. (2012). Autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la salud en universitarios de primer ingreso. *Perfiles Educativos*, 34, 62–74.
- Ornelas, M., Blanco, H., Rodríguez, J. M., & Flores, F. J. (2011). Análisis Psicométrico de la Escala Autoeficacia en Conductas de Cuidado de la Salud Física en Universitarios de Primer Ingreso. *Formación Universitaria*, 4(6), 21–34. doi:10.4067/S0718-50062011000600004
- Pajares, F. (1996). *Current Directions in Self Research: Self-efficacy. Ponencia presentada en el Annual Meeting of the American Educational Research Association*. Nueva York.
- Prieto, P., & Martínez, J. A. (2010). Asesoramiento dietético en el sobrepeso y la obesidad en la oficina de farmacia. *Sobrepeso y obesidad. Definición, clasificación, epidemiología, fisiopatología y comorbilidades*. Recuperado de <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=730805>
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114.
- Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W. & Rossi, S. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39–46.

- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva: fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- Rovniak, L. S., Anderson, E. S., & Winett, R. A. (2002). Social Cognitive Determinants of Physical Activity in Young Adults: A Prospective Structural Equation Analysis. *Annals of Behavioral Medicine, 24*, 149–156.
- Rubak, S., Sandbaeck, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing : a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice, 55*(513), 305–312.
- Salas-Salvadó, J., Rubio, M. A., Barbany, M., & Moreno, B. (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Med Clíin (Barc), 128*(5), 184–196.
- Schunk, D., & Zimmerman, B. (1997). Developing Self-Efficacious Readers and Writers: The role of social and self-regulatory processes. In *Reading Engagement: Motivation readers through integrated instruction*, 34–50. Newark.
- Secretaría de Salud. (2010). *Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad*. Secretaría de Salud. México DF.
- Shelley, E. (2007). Qué es la Psicología de la Salud. En Islas N. (Eds.), *Psicología de la Salud* (pp, 4-7). Los Ángeles: Mc Graw Hill.

- Sniehotta, F., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). Bridging the Intention-Behaviour Gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology & Health, 20*(2), 143–160.
- Thompson, W., Cook, D., Clark, M., Bardia, A., & Levine, J. (2007). Treatment of obesity. *Mayo Clinic Proceedings, 82*(1), 93–102. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619611609713>
- Tolman, E. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. New York: Appleton-Century-crofts.
- Vázquez, V. & López, J. (2001). Psicología y la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición, 9* (2) 91- 96. Recuperado en <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2001/er012i.pdf>
- Walley, A. J., Asher, J. E., & Froguel, P. (2009). The genetic contribution to non-syndromic human obesity. *Nature Reviews. Genetics, 10*(7), 431–42. doi:10.1038/nrg2594
- Wakui, S., Shimomitsu, T., Odagiri, Y., Inoue, S., Takamiya, S., & Ohya, Y. (2002). Relation of the stages of change for exercise behaviors, self-efficacy, decisional balance, and diet-related psycho-behavioral factors in young Japanese women. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 42*(2), 224–232.

Williams, D. M., Anderson, E. S., & Winett, R. A. (2005). A Review of the Outcome Expectancy Construct in Physical Activity Research. *Annals of Behavioral Medicine, 29*(1), 70–79.

WHO. (2003). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *World Health Organization Technical Report Series, 916*, 1–149. doi:ISBN 92 4 120916 X ISSN 0512-3054 (NLM classification: QU 145)

Zárate, A., Basurto, L., & Saucedo, R. (2001). La obesidad: Conceptos actuales sobre fisiopatogenia y tratamiento. *Facultad de Medicina UNAM, 44*(2), 66–70.

## ANEXOS

### Anexo 1 INSTRUMENTOS

- Escala de Expectativas de Resultado para realizar Ejercicio



#### ENCUESTA PARA USUARIOS DE CLÍNICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con los posibles **efectos** de practicar ejercicio físico de manera habitual. Le pedimos por favor lea con atención cada una de ellas y de las opciones de las columnas de la derecha seleccione y marque con una **X** su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación **para su caso en particular**.

Elija su respuesta con base en su opinión personal, no en lo que usted cree que debería de ser.

Hacer ejercicio sirve para ...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. ...sentirme bien conmigo mismo					1. [ ]
2. ...que yo baje de peso					2. [ ]
3. ...sentirme feliz					3. [ ]
4. ...prevenirme enfermedades					4. [ ]
5. ...tranquilizarme, dejar de estar estresado					5. [ ]
6. ...mejorar mi apariencia física					6. [ ]
7. ...mejorar mi autoestima					7. [ ]
8. ...cuidar mi salud					8. [ ]
9. ... mejorar mi estado de ánimo					9. [ ]
10. ... que yo sea más positiva (o)					10.[ ]
11. ...reducir mis tallas					11.[ ]
12. ...que mi salud mental sea buena					12. [ ]
13. ... mantenerme sano					13.[ ]

Hacer ejercicio sirve para ...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
14. ...que yo tenga más energía					14.[ ]
15. ...que mi figura sea estética					15.[ ]
16. ...que yo sea más productivo(a)					16.[ ]

- Escala de Expectativas de Resultado para realizar una dieta



**ENCUESTA PARA USUARIOS DE CLÍNICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con **los posibles efectos de seguir una dieta**. Le pedimos por favor que lea con atención cada una de ellas y que de las opciones de las columnas de la derecha seleccione y marque con una X su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación **para su caso en particular**. Elija la respuesta con base en su opinión personal, no en lo que usted crea que debería de ser.

Seguir una dieta sirve para...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. ...cuidar mi salud					1. [ ]
2. ...mejorar mi calidad de vida					2. [ ]
3. ...que yo sea más atractiva/o					3. [ ]
4. ...ayudarme a controlar algunas enfermedades					4. [ ]
5. ...mejorar mi apariencia física					5. [ ]
6. ...que yo tenga una buena nutrición					6. [ ]
7. ...sentirme bien conmigo mismo/a					7. [ ]
8. ...mejorar mi autoestima					8. [ ]
9. ...prevenirme de algunas enfermedades					9. [ ]

Seguir una dieta sirve para...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
10. ...tener más energía en mis actividades					10. [ ]
11. ...que yo no engorde					11. [ ]
12. ...tener un correcto funcionamiento de mi cuerpo					12. [ ]

- Escala de Autoeficacia para realizar Ejercicio



**ENCUESTA PARA USUARIOS DE CLÍNICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.**

A continuación se le presentan una serie de frases que describen las situaciones, en las cuales las personas pueden encontrar dificultades para practicar ejercicio. Por favor, lea cada una de ellas y tache el cuadro de la columna de la derecha en la opción que más se acerque a su respuesta, utilizando la escala que se presenta abajo.

Este no es un examen, así que no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor conteste de manera honesta todas las preguntas.

<b>Creo que puedo hacer ejercicio físico aunque....</b>	Nada seguro (a)	Algo seguro(a)	Moderadamente seguro (a)	Completamente seguro(a)	
1. ... mis compañeros (a) s de ejercicio decidan no ejercitarse ese día.					1.[ ]
2. ... otras personas significativas (pareja, novio(a), padres, hijo(a)s, etc.) no quieran que yo lo haga					2.[ ]
3. ... no tenga tiempo.					3.[ ]
4. ... atravesase por problemas personales.					4.[ ]
5. ... no me guste el tipo de ejercicio.					5.[ ]
6. ... tenga que hacerlo solo(a).					6.[ ]
7. ... esté ocupado(a).					7.[ ]
8. ... esté bajo mucho estrés.					8.[ ]

<b>Creo que puedo hacer ejercicio físico aunque....</b>	Nada seguro (a)	Algo seguro(a)	Moderadamente seguro (a)	Completamente seguro(a)	
9. ... haga mal clima					9.[ ]
10. ... tenga otros compromisos.					10.[ ]
11. ... esté deprimido(a).					11.[ ]
12. ... esté solo(a).					12.[ ]
13. ... mi familia y amigo(a) s no me apoyen.					13.[ ]
14. ... tenga problemas familiares.					14.[ ]
15. ... no consiga mis metas de entrenamiento que me plantee al inicio.					15.[ ]
16. ... esté triste o desanimado(a).					16.[ ]

- Escala de Autoeficacia para realizar Dieta



### ENCUESTA PARA USUARIOS DE CLÍNICAS DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL D.F.

Independientemente de que en la actualidad esté o no realizando alguna dieta, nos interesa conocer su opinión sobre este tema.

A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden hacer difícil que alguien cumpla una dieta recomendada. Por favor, señale con una cruz su grado de acuerdo o desacuerdo considerando su capacidad para cumplir una dieta en cada una de las siguientes situaciones. Recuerde que este cuestionario no es un examen, sólo requiere que usted conteste de manera honesta y precisa.

<b>Me siento capaz de cumplir con una dieta cuando...</b>	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>	
1. ... visito a alguien y me invita a comer					1. [ ]
2. ... salgo a comer con mis amigos o familiares					2. [ ]
3. ... estoy solo (a) en la calle a la hora de comer					3. [ ]
4. ... estoy en el trabajo (a la hora de la comida, en reuniones)					4. [ ]
5. ... asisto a convivios familiares como cumpleaños o fiestas populares					5. [ ]

Me siento capaz de cumplir con una dieta cuando...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
6. ... se me antoja algún alimento no permitido en mi dieta (pan, dulces, frituras)					6. [ ]
7. ... asisto a restaurantes, cafeterías, o fondas					7. [ ]
8. ... salgo de viaje					8. [ ]
9. ... asisto a lugares recreativos (cine, teatro, feria, parques, conciertos)					9. [ ]
10. ...tengo mucha hambre					10. [ ]

- Algoritmo de etapa de cambio



## FORMATO DE REFERENCIA PARA PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Favor de **NO** contestar dentro del área sombreada

**El ejercicio regular es cualquier actividad planeada (p. ej. Caminar vigorosamente, hacer aerobics, correr, andar en bicicleta, jugar futbol, etc.) que se realice para mejorar la condición física. Esta actividad se debe realizar de 3 a 5 veces por semana con una duración de entre 20 a 60 minutos por ocasión. El ejercicio no debe ser doloroso para que sea efectivo pero se debe hacer a un nivel que incremente tu frecuencia respiratoria y que te haga sudar.**

7. Pregunta: de acuerdo con esta definición ¿Hace ejercicio regularmente?

7. [ ]

- ( ) No, y NO tengo la intención de empezar a hacerlo en los próximos 6 meses
- ( ) No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo en los próximos 6 meses.
- ( ) No, pero tengo la intención de empezar a hacerlo en los próximos 30 días.
- ( ) Si, llevo haciéndolo MENOS de 6 meses.
- ( ) Si, llevo haciéndolo desde hace MAS de 6 meses.

**Seguir o cumplir una dieta significa consumir únicamente los alimentos que alguien (un profesional, un familiar o amigo) le haya recomendado con algún propósito (bajar de peso, mejorar su salud, etc.).**

8. De acuerdo con esta definición, de las opciones de abajo seleccione aquella que mejor describa su **situación actual**. **¿Actualmente sigue usted una dieta?**

8. [ ]

- ( ) No, y NO pienso hacerlo en los próximos 6 meses.
- ( ) No, pero pienso empezar a hacerlo en los próximos 6 meses.
- ( ) No, pero pienso hacerlo en los próximos 30 días.
- ( ) Si, he estado siguiendo una dieta durante menos de 6 meses.
- ( ) Si, he estado siguiendo una dieta durante más de 6 meses

## ANEXO 2 CARTAS DESCRIPTIVAS GRUPO 1

INDUCCIÓN AL PROGRAMA					
Intervención en sala					
Objetivos: Incrementar la Percepción de Riesgo en los pacientes y aumentar el Control Conductual Percibido sobre conductas de riesgo.					
Objetivos	No. sesión	Proceso Psicológico/ constructo	Dinámica	Duración	Procedimiento y técnicas
-Identificar posibles participantes. -Identificar la etapa de cambio.		Socialización	-Presentación del psicólogo -Presentación del programa	5 minutos	- Se les preguntará a los pacientes si es que están esperando consulta médica. - El psicólogo se presentará y se les preguntará a los pacientes si están dispuestos a que se les proporcione información acerca del grupo CES - UNAM -Se les pedirá consentimiento para realizarles dos preguntas acerca de dieta y ejercicio. -Mediante una invitación en la sala de espera se seleccionaran a los posibles participantes del grupo de intervención 1, el cual estará constituido por personas que se encuentren en la etapa de precontemplación y contemplación.
EN CASO DE SER PACIENTES DE GRUPO 1 SE HARÁN LAS SIGUIENTES DINÁMICAS, EN CASO DE PERTENECER A GRUPO 2 O 3 SE APLICARÁ EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN					

<p>-Conocer la evolución social y epidemiológica del peso que han tenido los pacientes a lo largo del tiempo -Conocer que situaciones cambiaron el estilo de vida de los pacientes</p>		<p>-Evaluación social y epidemiológica.</p>	<p>-Elaboración del LIBARE</p>	<p>10 minutos</p>	<p>-Los pacientes harán una Línea Base Retrospectiva (LIBARE) de la evolución de su peso y su talla. -Los pacientes harán una evaluación sobre qué situaciones han cambiado sus estilos de vida basándose en el LIBARE realizado. -Se obtendrá información acerca de los intentos previos que han tenido los pacientes al realizar dieta o ejercicio y qué resultados han obtenido</p>
<p>-Aumentar la percepción de riesgo de las conductas de los pacientes</p>		<p>-Percepción de riesgo -Control Conductual Percibido</p>	<p>Psicoeducación sobre obesidad</p>	<p>15 minutos</p>	<p>-Se les dará información a los pacientes acerca de las consecuencias que tiene la obesidad en la salud física así como de las conductas que llevan a padecerla.</p>
<p>-Aplicación de cuadernillo y evaluación antropométrica</p>		<p>-Evaluación</p>	<p>-Aplicación del cuadernillo de evaluación</p>	<p>30 minutos</p>	<p>-Se le pedirá al participante que conteste el cuadernillo de evaluación. Una vez terminado se le pedirá que pase a una evaluación antropométrica en donde se le tomaran mediciones de cintura, cadera, estatura y peso.</p>

**SESION 1**

Percepción de riesgo e identificación de conductas de riesgo

Objetivos: Reforzar la percepción de riesgo hacia aspectos susceptibles del sobrepeso y la obesidad, identificar conductas personales de riesgo relacionadas con el sobrepeso y obesidad actual de los pacientes así como promover el Control Conductual Percibido.

Objetivos	No. sesión	Proceso Psicológico/ constructo	Dinámica	Duración	Procedimiento y técnicas
-Proporcionar información a los pacientes sobre qué es y cómo llevar a cabo un estilo de vida saludable	1	-Reestructuración cognitiva.	-Discusión dirigida	15 minutos	-Se le hablará al paciente acerca de lo que es un estilo de vida y que para poder realizarlo se necesita un proceso de aprendizaje
- Analizar la evaluación social y epidemiológica del peso que han tenido los pacientes a lo largo del tiempo. - Identificar conductas de riesgo comportamentales y medioambientales.		-Evaluación social y epidemiológica - Evaluación comportamental y medioambiental -Autoevaluación -Observación	-Analizar LIBARE -Autoevaluación	40 minutos	-Se retomará la línea base retrospectiva hecha por los pacientes en la intervención en sala para identificar el incremento de peso que han tenido a lo largo de los años, así como de las causas y acontecimientos que ocurrieron durante el incremento de peso y de qué manera han impactado en su calidad de vida. -Cada participante analizará su LIBARE e identificará conductas relacionadas a las causas posibles de su sobrepeso y/u obesidad. -Cada participante analizará y evaluará los factores del medio ambiente que potencializan la realización de sus estilos de vida y de qué manera impactan en su salud y calidad de vida.

-Incrementar el control conductual percibido en los participantes		-Locus de control interno y externo.	-Discusión dirigida	30 minutos	-Se dará una psicoeducación acerca de cómo las conductas que tienen los pacientes han propiciado a desarrollar sobrepeso/obesidad y se facilitará el análisis del Control Conductual Percibido sobre las conductas identificadas en los pacientes.
- Proporcionar Retroalimentación sobre consecuencias de la obesidad		-Psicoeducación. -Severidad/Vulnerabilidad	-Discusión dirigida	15 minutos	-Se hablara de las consecuencias del sobrepeso y la obesidad sobre la calidad de vida y se facilitará la identificación de dichas consecuencias a nivel personal. Se leerá en conjunto el consentimiento informado y al final se firmará
TAREA SESIÓN 1: ¿Cómo me gustaría que fuera mi vida en 5 años? ¿Cómo me gustaría sentirme y verme? ¿Lo que hago actualmente me acerca a ello?, Para la segunda sesión lo explicara de forma anecdótica.					

**SESION 2**

Balance Decisional

Objetivos: Promover la intención de cambio, que el paciente haga explícito su deseo de un cambio en su estilo de vida.

Objetivos	No. sesión	Proceso Psicológico/constructo	Dinámica	Duración	Procedimiento y técnicas
<p>-Dotar a los pacientes estrategias en cuanto a cómo realizar una dieta o ejercicio.                      -Proporcionar a los pacientes información sobre que es una alimentación saludable.</p>	2	-Psicoeducación	-Discusión dirigida	20 minutos	<p>-Se hablara de los riegos del refresco                      - Se hablará al paciente acerca de la jarra del buen beber.                      -Se hablara de los riegos de omitir comidas.                      -Se hablará al paciente acerca de que es una alimentación saludable.                      - Se hablará al paciente acerca del plato del buen comer                      -Se hablara de los riegos del sedentarismo.                      - Se hablará al paciente acerca de qué es el ejercicio y formas de realizarlo.</p>
<p>-Conocer el diagnostico educacional y organizacional de los participantes.                      -Conocer el administrativo y político de los participantes</p>		<p>-Diagnóstico educacional y organizacional                      -Diagnóstico administrativo y político.</p>	Autoevaluación	20 minutos	<p>-Cada participante hará una evaluación de los aspectos de su comportamiento y de su ambiente físico y social predisponentes, facilitadores y reforzadores asociados a sus estilos de vida que pueden ser modificados para iniciar y mantener un proceso de cambio.                      -Cada participante hará una evaluación administrativa y política para analizar los recursos y circunstancias que pueden facilitar o truncar el porceso del cambio.</p>

<p>-Promover la intención de cambio en los pacientes. -Vencer la ambivalencia en los pacientes.</p>		<p>-Balance Decisional. -Expectativas de resultado. -Ambivalencia</p>	<p>-Análisis -Autoevaluación</p>	<p>20 minutos</p>	<p>-Cada participante hará una lista de ventajas y desventajas de sus conductas actuales y se discutirá acerca de cuáles son los pros y contras de modificar su conducta. -Se indagará acerca de las expectativas de resultado que tienen los pacientes acerca de cambiar sus conductas. Se retomará la tarea de la sesión. El paciente harán un contrato conductual en el cuál se comprometerán a realizar los cambios que se han propuesto</p>
<p>-Conocer la opinión de los pacientes acerca de lo que les pareció el programa y si realmente pudieron lograr un cambio en su estilo de vida.</p>		<p>-Cierre de las sesiones</p>	<p>-Comentarios acerca del programa</p>	<p>5 minutos</p>	<p>-Cada participante dará su opinión personal acerca del programa, sobre que aprendieron, si realmente pudieron considerar hacer un cambio en su estilo de vida. -Se hará la post-evaluación al paciente y se le tomarán de nuevo medidas antropométricas para saber si hubo algún cambio en su peso o índices de grasa y agua.</p>

## ANEXO 3 CARTAS DESCRIPTIVAS GRUPO 2

SESIÓN 1					
Objetivo general: Los participantes plantearán cuáles son los resultados que desean alcanzar al modificar su estilo de vida. Además, reflexionarán sobre las creencias erróneas más comunes en torno a la obesidad, dieta saludable y actividad física.					
Objetivos	Proceso Psicológico/ constructo	Dinámica	Duración	Material	Técnicas
Fomentar integración grupal.	Socialización	La madeja de lana	30 min	Estambre	A través de la dinámica la madeja de Lana, (Anexo 1) cada uno de los participantes expondrá los motivos y objetivos por los cuales decidió asistir a la sesión.
Los participantes describirán y reflexionaran los resultados esperados sobre la realización de actividad física o seguir una dieta saludable.	-Expectativas de resultado	¿Cómo deseo verme y que quiero obtener?	20 min	Pelota	Se fomentará una discusión grupal para conocer los intentos previos y expectativas de resultados de los participantes, sobre la realización de actividad física o seguimiento de una dieta saludable. (Ver Anexo2).
Identificar las creencias erróneas entorno a la obesidad, dieta y actividad física.	-Actitudes -Distorsiones cognitivas -Expectativas de resultado -Costo de respuesta -Eficacia de respuesta	Psico-educación: mitos sobre obesidad.	40 min	-Rotafolio -Diurex o Masking tape	Se abordaran algunos mitos en torno a la obesidad, dieta y actividad física, de tal manera que se ilustren algunas distorsiones cognitivas (ver anexo 3). El objetivo es crear una discusión grupal y retroalimentar a los participantes con información veraz del tema.
Identificar barreras y/o facilitadores para el cumplimiento de	-Auto- observación	Tarea	5 min	-Registros	Los participantes se llevarán como tarea plantearse tres objetivos, de los cuales registrarán durante una

sus objetivos.					semana si lo cumplieron o no, cuando, intensidad, donde, con quien, facilitadores o dificultades de lo que hicieron (Anexo 4).
Resumen y cierre de primera sesión.		Buzón	10 min	-Caja -Hojas -Bolígrafos	Resaltar los puntos esenciales de la sesión y obtener sugerencias de los participantes sobre las actividades realizadas, deberán colocarlas en un buzón.

## SESIÓN 2

Objetivo general: Los participantes plantearán metas y objetivos específicos.

Objetivos	Proceso Psicológico/ constructo	Dinámica	Duración	Material	Procedimiento y técnicas
Los participantes examinarán los motivos por los que lograron o no sus objetivos. Posteriormente, plantearán nuevas alternativas.	-Autoeficacia -Control conductual percibido -Eficacia de respuesta	Revisión de tarea	80 min		Con base en los registros solicitados como tarea, se guiará una discusión acerca de los objetivos planteados en la sesión anterior.
Exponer brevemente información sobre dieta saludable y actividad física.	-Percepción de riesgo y vulnerabilidad	Psicoeducación	20 min	Carteles	Se mostrarán algunos carteles con imágenes para explicar los riesgos de consumir alimentos pocos saludables y los beneficios de conocer el plato del bien comer y la jarra del buen beber.

Los participantes identificarán las emociones que experimentan cuando logran, o no, sus objetivos.	- Auto-observación	Tarea	10 min	Registro	Se les entregará un formato a los participantes, donde se les solicitará que reformulen o establezcan nuevos objetivos para lograr su meta, registrando si lo cumplieron o no y la frecuencia o intensidad de las emociones que experimentaron durante esa semana.
Resumen y cierre de sesión.		Cierre de sesión	10 min		Se invitará a los participantes a exponer dudas o comentarios acerca de la sesión.

### SESIÓN 3

Objetivo general: Que los participantes adopten alternativas para alcanzar sus objetivos e identifiquen la relación entre pensamiento-emoción-conducta.

Objetivos	Proceso Psicológico/ constructo	Dinámica	Duración	Material	Procedimiento y técnicas
Que los participantes identifiquen sus emociones y como se relacionan con sus conductas.	-Emociones -Distorsiones cognitivas.	Revisión de tarea y autoobservación	50 min	Registro	Con base en los registros solicitados como tarea, se guiará una discusión acerca de los objetivos planteados en la sesión anterior haciendo énfasis en las emociones que experimentaron al cumplirlos o no, se hará notar su relación y se ofrecerá algunas técnicas para hacer

					frente a las situaciones donde la emoción interviene de forma negativa en el cumplimiento de los objetivos. (Anexo 8)
Que los participantes busquen alternativas para lograr el cumplimiento de sus objetivos.	-Autoeficacia -Barreras -Facilitadores -Costo de respuesta	¿Cuáles son mis alternativas?	20 min		Se fomentará una discusión grupal entorno a las posibles alternativas existentes para el logro de objetivos y su viabilidad. (Anexo 9)
Que los participantes formalicen y hagan públicos sus metas y objetivos.	-Costo de respuesta.	Contrato conductual	20 min	Contrato	Se les entregará un formato a los participantes (Anexo 10), en el cual deberán registrar sus objetivos a largo y corto plazo y las consecuencias de no cumplirlos.
Que los participantes visualicen su cuerpo y aprecien su importancia.	-Relajación -Imaginería	Ese hermoso cuerpo...	20 min		Se les mostrará el procedimiento necesario para practicar una respiración diafragmática, posteriormente se les inducirá a un estado de relajación y enseguida a una visualización. (Anexo 11)
Resumir el contenido de la sesión y del taller		Cierre de sesión	10 min		Se invitará a los participantes a exponer dudas y comentarios sobre la sesión y el taller.

## ANEXO 4 CARTAS DESCRIPTIVAS GRUPO 3

SESIÓN 1					
PROCESO DE NIVELACIÓN					
Objetivo General: Conocer, evaluar y si es necesario, restaurar las metas del (la) participante y valorar mediante la auto-observación, si el comportamiento elegido en la solución adoptada (dieta o ejercicio) lo (la) acerca al logro de sus metas.					
Objetivos particulares	Proceso psicológico/ constructo	Dinámica	Duración	Materiales	Procedimiento y técnicas
Identificación de los objetivos del programa.	Conocimiento.	Presentación oral del programa.	10 minutos.	Formato de consentimiento informado.	Explicación de los objetivos y contenidos de las intervenciones (carta de consentimiento informado), así como de los compromisos adquiridos por el participante, aclarando dudas y comentarios.
Fomentar la socialización y colaboración durante la intervención.	Socialización.	La madeja de lana.	20 minutos	Bolita de estambre grueso.	Mediante la dinámica "La madeja de lana" se busca que los participantes cuenten sus antecedentes con la realización de una alimentación balanceada y actividad física.  Nota: esta actividad se puede modificar cuando sólo sean uno o dos participantes.
Evaluación y valoración del plan de acción y de los objetivos individuales.	Motivación, creencias, atribuciones. Nivelación: revisión del plan de acción. Eficacia de respuesta. Expectativas de resultados.	Carrera de logros.	50 minutos.	Preguntas impresas sobre el plan de acción.  Muro de carrera y figuras de siluetas masculina o femenina para cada participante.	Haciendo uso de las preguntas impresas sobre el plan de acción. Se le pide a cada participante que describa las acciones que está realizando en beneficio a su salud, sus metas y propósitos. Para después hacer que auto

				Cinta adhesiva.	<p>evalúen sus metas y su plan para alcanzarlas y que describan que tan efectivo ha sido, si han encontrado dificultades y como las han superado, todo esto para proponer acciones complementarias a su plan para conseguir las metas deseadas.</p> <p>Finalmente se refuerza el esfuerzo que han hecho al realizar acciones para tener una vida más sana y se les pide que coloquen en un muro que simula una carrera (Anexo 4) en qué parte de su plan de acción se encuentran.</p> <p>Se da un cierre a la actividad reforzando las acciones ya realizadas describiendo el objetivo general y recapitulando lo visto en la sesión.</p>
Identificar conductas y emociones.	Autoevaluación.	Auto monitoreo.	40 minutos.	Formato de auto monitoreo.	Planteando la importancia de monitorear el plan de acción, se les pide que llenen un autorregistro en donde escriban los propósitos que llevarán a cabo en ejercicio y dieta, marcando si lo hicieron o no, las emociones que sintieron y mencionando algún problema que se halla presentado.

**SESIÓN 2****Ordenación al cambio**

**Objetivo general:** Que el (la) participante ordene el mantenimiento o la modificación de la solución adoptada, en función de la nivelación, valorando, comparando y decidiendo cuales pueden ser las soluciones de afrontamiento alternativas.

Objetivos particulares	Proceso psicológico/ constructo	Dinámica	Duración	Materiales	Procedimiento y técnicas
Brindar alternativas que refuercen u ofrezcan nuevos conocimientos de auto cuidado.	Ordenación, Psicoeducación.	Psicoeducación.	60 minutos.	Esquemas del plato del buen comer, jarra del buen beber, beneficios del agua, etiqueta y pirámide de actividad física	Se les pedirá a los participantes su opinión sobre lo que observaron al realizar su auto registro, reforzando sus logros y evaluando qué, de lo realizado, es funcional o no. Se brindará Psicoeducación sobre alternativas de auto cuidado.
Autoevaluar el desempeño en relación al propósito y entrenamiento en reestructuración cognitiva.	Autorregulación emocional y afrontamiento.	Revisión de autorregistro y reestructuración cognitiva.	45 minutos.	Formato de auto monitoreo contestada. Imágenes de emociones básicas. Pasos de la reestructuración cognitiva, técnicas de afrontamiento emocional y respiración diafragmática	Enlazando los resultados del autorregistro con las imágenes de las emociones, se pasara al proceso de reestructuración cognitiva y ofreciendo técnicas de afrontamiento emocional se dará entrenamiento en respiración diafragmática.

<p>Englobar lo visto en la sesión y hacer un análisis de la utilidad de estos elementos en la vida cotidiana.</p>		<p>Cierre de la sesión. Descripción de la tarea semanal.</p>	<p>15 minutos.</p>	<p>Formato de auto registro de objetivo nivelado y ordenado</p>	<p>Se hace un cierre de la sesión resumiendo lo visto y describiendo la utilidad de los recursos abordados con el objetivo de llevar a cabo un plan de acción para tener una vida más sana. Se pide proponer un objetivo nivelado y ordenado para el cuidado de la salud.</p>
---	--	--	--------------------	---	---

<p align="center"><b>SESIÓN 3</b></p>					
<p align="center">Prevención de recaídas</p>					
<p>Objetivo general: Identificar las etapas del proceso de cambio, reconocer situaciones de riesgo y prevenir las recaídas.</p>					
<p>Objetivos particulares</p>	<p>Proceso psicológico/ constructo</p>	<p>Dinámica</p>	<p>Duración</p>	<p>Materiales</p>	<p>Procedimiento y técnicas</p>
<p>Proporcionar información acerca del modelo transteórico y la teoría de prevención de recaídas.</p>	<p>Autorregulación y planeación.</p>	<p>Descripción de la escalera del cambio y los elementos de la recaída.</p>	<p>30 minutos</p>	<p>Imágenes de la escalera del cambio y elementos de la recaída (anexo 12).</p>	<p>Psicoeducación sobre proceso de cambio conductual de acuerdo al modelo transteórico. Se abordará el concepto de recaída definiéndolo y describiendo el proceso por el cual se llega a ella utilizando la imagen de escalera del cambio para ilustrar el modelo y la recaída (anexo 12).</p>

Revisión de objetivo nivelado y ordenado.	Autorregulación.	Revisión y discusión del formato de objetivo nivelado y ordenado.	15 minutos	Formato de auto registro de objetivo nivelado y ordenado (anexo 11).	Se revisará el formato de objetivo nivelado y ordenado dando retroalimentación a la forma en cómo los participantes están poniendo en práctica las técnicas de afrontamiento.
Precisar el plan de acción e identificación de situaciones de riesgo y establecimiento de contrato conductual	Solución de problemas.	Técnica de solución de problemas y Firma de contrato conductual.	30 minutos	Esquema de los pasos para la solución de problemas (anexo 13) Formato del contrato conductual (anexo 14).	Retomando el objetivo nivelado y ordenado se propondrán soluciones alternativas mediante la técnica de solución de problemas (anexo 13) y pensando en alternativas para enfrentar riesgos futuros. Los participantes se comprometerán, mediante un contrato conductual (anexo 14) a mantener un estilo de vida saludable, tomando en cuenta lo aprendido en las sesiones.