

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

La importancia del psicólogo en el tratamiento de la obesidad

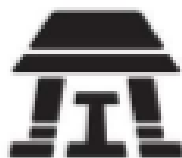
T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Rocío Daniela Ramírez Montalvo

Directora: Mtra. Mayte Ortiz Romero

Dictaminadoras: Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo

Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado gracias a la participación directa o indirecta de muchas personas, a las que deseo agradecer en este apartado:

A mi directora Mtra. Mayte y mis sinodales Mtra. Maetzin y Mtra. Ana agradezco su esfuerzo, dedicación y paciencia en la supervisión de este trabajo.

Me gustaría expresar mi más grande agradecimiento a mis padres sé que sin su ayuda no hubiera sido posible culminar mi profesión. A mi mamá por ser el pilar que me sostiene día a día, por su inmensa fe en mí, por sus sabios consejos, y su incondicional amor. A mi papá por ser mi ejemplo a seguir, por los sacrificios realizados cada día para darme lo mejor, y también, su incondicional amor.

Gracias a mis hermanos Francisco, Iván y Carlos por su enorme amor y apoyo.

Agradezco infinitamente a Claudia, por ser una fuente de constante apoyo, ayuda y amor. También a mi tía Mary porque antes de partir soñamos con este momento, y sé lo orgullosa que estarías hoy de mí.

Gracias a mis mejores amigos Enya y Erick por acompañarme en este proceso, en mis logros y fracasos, por creer en mí y alentarme día a día, especialmente agradezco a Yael por su apoyo incondicional en todo momento. A mis amigos Oscar, Mariana, Pamela, Araiz y Fanny por tantas experiencias inolvidables de la universidad. A Pilar por su ayuda en algunos trabajos y las inolvidables aventuras juntas.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OBESIDAD EN ADULTOS	7
1.1. Epidemiología.....	7
1.2. Definición.....	8
1.3. Etiología	9
1.4. Clasificaciones.....	11
1.5. Implicaciones para la salud.....	13
1.6. Diagnóstico	14
1.7. Tratamiento médico	14
1.8. Acciones preventivas.....	15
CAPÍTULO 2. REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DE LA OBESIDAD EN ADULTOS	22
2.1. Repercusiones en la vida del paciente adulto con obesidad.....	22
2.1.1. Laborales.....	22
2.1.2. Relaciones interpersonales.....	23
2.2. Repercusiones psicológicas	24
2.2.1. Personalidad.....	24
2.2.2 Distorsión en la imagen corporal.....	25
2.2.3. Psicopatologías.....	26
2.2.3. Calidad de vida.	30
CAPÍTULO 3. APLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS	32
3.1 Evaluación psicológica en pacientes adultos con obesidad.....	33
3.2 Intervenciones psicológicas en pacientes adultos con obesidad para la pérdida de peso	40
CONCLUSIONES.....	57
REFERENCIAS	65

RESUMEN

Desde que la salud se definió como un estado de completo bienestar físico, mental y social, ciencias como la psicología, han aplicado sus principios teórico-metodológicos en las enfermedades, como en el caso de la obesidad, que ha sido reportada como una epidemia a nivel mundial por su alta incidencia, además representa un factor de riesgo para desarrollar otras enfermedades crónicas y afectaciones psicosociales. El objetivo del presente trabajo es identificar las principales intervenciones en adultos con obesidad desde el enfoque cognitivo conductual que contribuyen a la pérdida de peso. Se evalúa a través de observación, entrevistas, inventarios, cuestionarios o autorregistros, acerca de los hábitos alimenticios, actividad física y comorbilidades psicológicas, para la modificación tanto de los hábitos alimenticios como la práctica de ejercicio se valen del uso de técnicas, por mencionar algunas: automonitoreo, control de estímulos, solución de problemas, activación conductual, reestructuración cognitiva, manejo de contingencias y entrevista motivacional, que favorecen cambios significativos estadística y clínicamente y por tanto, han mostrado ser eficaces así como viables a corto, mediano y largo plazo; para fomentar estilos de vida más saludables, conseguir la disminución del exceso de peso, mejorar la calidad de vida y bienestar de estos pacientes.

Descriptores clave: obesidad en adultos, intervenciones cognitivo conductuales, psicología de la salud.

INTRODUCCIÓN

A finales del siglo pasado la percepción sobre el binomio salud-enfermedad cambió debido a tres acontecimientos. En primer lugar, el modelo de historia natural de la enfermedad de Leavell y Clarck (1953;1965 como se citó en Reynoso, 2014), afirmaba que existe un desequilibrio entre factores del agente (ser humano), el huésped (virus y bacterias) y el medio ambiente, la llamada triada ecológica vio limitada en la explicación de los problemas de salud, dando origen al modelo biopsicosocial de George Engel, el cual explica que los seres humanos son unidades biológicas con la capacidad de sentir, percibir y pensar, insertas en un determinado contexto social, factores que el modelo biomédico dejaba de lado, y que se encuentran relacionados con el proceso salud enfermedad. En segundo lugar, con la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, se definió que la salud es un estado de bienestar físico mental y social, dando pauta a la atención de los aspectos psicológicos y el trabajo multidisciplinario. En tercer lugar, en los países desarrollados se empezó a observar la transición epidemiológica, caracterizada por la disminución de enfermedades infecto contagiosas (cólera y tuberculosis) dando paso a las crónico degenerativas (cáncer, diabetes y obesidad, entre otras), como principales causas de mortalidad en la población en general.

Como parte de las acciones de la OMS y la aceptación del modelo biopsicosocial el lugar del modelo biomédico, en la Conferencia Internacional de Salud, reunida en Alma-Ata (OMS, 1978), se consideró a la salud no sólo como ausencia de enfermedad, sino entendida como un continuo en donde convergen distintos factores que pueden mantenerla o afectarla, de manera que Sánchez (2002) identifica cinco pilares que permiten explicar por qué se tiene salud o enfermedad:

1. Herencia y Genética
2. Nutrición
3. Calidad del ambiente
4. Acceso y calidad de los servicios de salud
5. Comportamiento humano

De acuerdo con Reynoso y Seligson (2005) gracias a los avances en los tratamientos médicos, la urbanización, la implementación de vacunas y ambientes más salubres, han permitido que la expectativa de vida sea cada vez mayor, aunque éste ha exacerbado las enfermedades crónico degenerativas, ya que entre sus características se encuentran que son prolongadas, sus síntomas y repercusiones van desarrollándose a lo largo del tiempo, lo que significa que no tienen cura, únicamente se controlan mediante fármacos, la modificación de hábitos y cogniciones (Bravo, 2014). Estos mismos autores, así como Sánchez (2002) reconocen que la conducta presenta distintos niveles de respuesta, a partir de las cuales el psicólogo del área de la salud investigará y formulará un plan de tratamiento adecuado: fisiológicas (sudoración, aumento en la temperatura corporal y cambios en el ritmo cardíaco, entre otros); motoras (lo que hacemos) y cognitivas (pensamientos, creencias, actitudes, emociones); en conjunto actúan como mediadoras o moderadoras en las decisiones que tomamos respecto a lo que le hace bien a nuestro cuerpo o cómo enfrentamos una enfermedad. Estos patrones conductuales se aprenden, se desarrollan a lo largo de nuestra vida, es decir estilos de vida, y han sido estudiados por diversos autores a lo largo del tiempo. Uno de los principales es Matarazzo (1984, como se citó en Becoña, Vázquez & Oblitas, 2000) quien realizó una distinción entre patógenos conductuales, aquellos factores que probabilizan la susceptibilidad a una enfermedad e inmunógenos conductuales, aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad.

De modo que la relación del comportamiento en el surgimiento de la enfermedad y en el mantenimiento de la salud da paso a que diferentes ciencias, como la psicología, tengan inserción dentro de la atención a pacientes, sobre todo a aquellos con enfermedades crónico degenerativas (Reynoso, 2014). En el ámbito de la salud, la psicología se ha utilizado para dar cuenta de una perspectiva distinta, con base en la aplicación de fundamentos teóricos y metodológicos a problemas que antes sólo los médicos explicaban y tenían acceso. El papel de los psicólogos en esta área ha permitido reiterar que los tratamientos médicos no son lo único ni lo mejor para beneficiar la salud; Larrañaga y García (2007) afirman que en la terapéutica de la obesidad, no se logra una pérdida de peso, ni un mantenimiento de cambios

logrados ni adhesión a las indicaciones médicas, ya que existen de trasfondo comorbilidades físicas y psicosociales que no se toman en cuenta, pero que sí se vinculan a un cambio real de conductas. Por lo que resulta esencial identificar los déficits o excesos en los comportamientos, así como otras variables de la historia de aprendizaje, de reforzamiento y las creencias sobre los procesos de enfermar o sanar (Reynoso & Seligson, 2005).

De forma tal que las tareas centrales del psicólogo en el campo de la salud se resumen en:

Modificar estilos de vida a través del cambio conductual, diseñar y aplicar programas de entrenamiento para que las personas sean más sanas, prevenir la aparición de algunas enfermedades, mejorar las condiciones de vida en el caso de enfermedades crónico-degenerativas, y desarrollar programas de rehabilitación (Reynoso & Seligson, 2005, p. 12).

Las actividades de los psicólogos y sus contribuciones han abordado las áreas de prevención de enfermedades, modificación de estilos de vida, atención a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, rehabilitación a pacientes (Reynoso & Seligson, 2005), además, Oblitas (2008) considera la evaluación y mejora del sistema sanitario con las aportaciones sobre el papel que juega el médico en el proceso terapéutico de las enfermedades.

Actualmente, dos de los padecimientos de mayor preocupación para los profesionales de la salud y el sistema de salud en general, son el sobrepeso y la obesidad; ambos han alcanzado proporciones epidémicas alarmantes a nivel mundial, constituyen graves problemas de salud pública, debido a que generan un incremento en la morbilidad y mortalidad en población adulta e infante juvenil, en los costos en el sector salud, así como la disminución de la calidad de vida y el bienestar de quienes las padecen (Dávila, González & Barrera, 2015).

En relación a la participación de los psicólogos al campo de la salud, también se han encargado de este padecimiento, utilizando una gama de tratamientos experimentales y clínicos basados en evidencia, procurando que las personas realicen cambios y alcancen metas específicas (Reynoso & Seligson, 2005). Es relevante destacar esta práctica clínica basada en evidencia, enfoque que proviene del campo médico, pero que posibilita integrar a) el conocimiento de la evidencia científica sobre trastornos y enfermedades y sus tratamientos más eficaces, con b) la experiencia clínica del terapeuta y el contexto en el que se lleva a cabo la interacción y, c) los valores, creencias, objetivos y preferencias del paciente (Daset & Cracco, 2013; Ybarra, Orozco & Valencia, 2015), en este caso, contribuir a la pérdida de peso, la alimentación saludable, la actividad física y la disminución de conductas de riesgo, como fumar o consumir alcohol, entre otras problemáticas, con la ventaja de que el psicólogo ofrece al servicio de salud y al paciente un tratamiento efectivo, que busca disminuir el sufrimiento del paciente, ahorrar tiempo, dinero y esfuerzos (Echeburúa, Corral & Salaberría, 2010). Para la psicología clínica y de la salud, el enfoque cognitivo conductual ha sido empleado para que los pacientes con obesidad modifiquen favorablemente sus estilos de vida, es considerada como la más apropiada en relación al costo-beneficio, sesiones breves, resultados consistentes, paulatinos y una amplia eficacia en distintos trastornos o problemáticas psicológicas en este campo (Bachman, 2007).

Tener un panorama sobre lo importante que es considerar a la obesidad como un grave problema de salud a nivel nacional, al dar cuenta de la falta de análisis, de organización de la información disponible y de la planeación de estrategias de fondo para contribuir al cumplimiento de las metas en materia de salud para beneficio de la población en México. Aunado a las consecuencias psicosociales para los individuos que la padecen, sus familias, principalmente, la dificultad de adhesión a los tratamientos médicos y psicológicos y al desarrollo de comportamientos protectores. De ahí la relevancia de conocer las medidas de acción que desde el punto de vista de la psicología de la salud, mejoran el bienestar y la calidad de vida de las personas con obesidad (Loreto, 2015).

El presente trabajo tiene como objetivo identificar las principales intervenciones con enfoque cognitivo conductual en pacientes adultos con obesidad que favorecen a la pérdida de peso.

En el Capítulo 1 se da cuenta del contexto de la obesidad, para ello se aborda epidemiología, definición, causas y consecuencias, tipos y categorías, diagnóstico y tratamientos médicos, así como las acciones y políticas de prevención que se han realizado. En el Capítulo 2 se abordan las afectaciones psicosociales que puede tener un adulto con obesidad en su vida cotidiana y las psicopatologías que puede desarrollar. El Capítulo 3 habla sobre el trabajo del psicólogo en el tratamiento para la pérdida de peso de los adultos con obesidad, para ello se describen los métodos de evaluación y las intervenciones realizadas bajo el enfoque cognitivo conductual

CAPÍTULO 1. GENERALIDADES Y CARACTERÍSTICAS DE LA OBESIDAD EN ADULTOS

1.1. Epidemiología

Las estadísticas mundiales indican que desde 1980 el número de personas con sobrepeso y obesidad incrementa año con año. Por ejemplo, en 2014 se estimó que más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales 60 millones tenía obesidad, con una mortalidad de alrededor de tres millones de adultos por año (OMS, 2016).

Desde enero del 2015 la OMS indicó que México es el primer lugar a nivel mundial en obesidad, esto es que aproximadamente el 70% de los mexicanos padecen sobrepeso y un tercio obesidad. De acuerdo con Oropeza (2012) la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), siete de cada diez adultos tiene sobrepeso y obesidad. En la versión más reciente de ENSANUT (Hernández et al., 2016) se afirma que la prevalencia de ambas condiciones ha aumentado desde 2012, en adultos de 20 años de edad el 72.5% continúa presentando exceso de peso respecto a la cifra de 2012 de 71.2%; en las mujeres es de 75.6%, siendo mayor el incremento en zonas rurales (aumento de 8.4%) que en zonas urbanas (aumento de 1.6%); mientras que en hombres adultos es de 69.4%, se observa un incremento continuo en zonas rurales y un aumento general de 10.5% respecto a 2012.

Las cifras anteriores son una evidencia de como la obesidad y el sobrepeso se han convertido en una epidemia, que implica un gran número de gastos para el sector salud. Bachman (2007) afirma que las personas obesas representan mayor costo en comparación con personas sanas, ya que gran parte de ese dinero se destina a productos farmacéuticos, no solo para ayudar en la pérdida de peso, sino para atender las enfermedades ocasionadas por las mismas. Se estima que México gasta más de 85 mil millones de pesos al año, de esta cifra, 73% corresponde a gastos por tratamiento médico, 15% a pérdidas de ingreso por ausentismo laboral y

12% a pérdidas de ingreso por mortalidad prematura (Instituto Mexicano para la Competitividad –IMCO-, 2015). Del mismo modo, Barrera et al. (2013) refieren que la atención de enfermedades causadas por la obesidad y el sobrepeso tiene un costo anual aproximado de 3,500 millones de dólares. Para el año 2017, se estima que dicho gasto alcance los 77, 919 millones de pesos.

1.2. Definición

El concepto y la percepción que se tiene acerca de la obesidad ha cambiado a lo largo del tiempo, en la prehistoria el ser humano experimentaba largos períodos de sequía o escasez de alimentos, por lo que el cuerpo tendía a acumular en forma de grasa lo que se ingería, así las mujeres con grandes caderas, abdomen y busto eran consideradas como signo de fertilidad. Posteriormente, Hipócrates en la antigua Grecia, comenzaba a asociar la obesidad con una muerte prematura; Galeno relacionaba la obesidad con un estilo de vida sedentario (Monereo, Iglesias & Guajiro, 2012).

Durante los siglos X y XI, en la medicina egipcia, Avicena dedica un capítulo de la enciclopedia *El Canon de la Medicina* en el que expresa que las personas con obesidad pueden tener dificultades para respirar, moverse y reproducirse, así como de presentar accidentes cerebrales, mareos, diarreas; después, en los siglos XVI y XVII la obesidad representaba riqueza y estatus social (Monereo, Iglesias & Guajiro, 2012).

De Sedibus, en el siglo XVIII, presentaba los primeros hallazgos de que la obesidad visceral, hoy llamada androide, se relacionada con otras comorbilidades, como accidentes cerebrovasculares; para 1835, Adolph Quételet establecía que el peso corporal debía estar en función de la estatura, y desarrollo lo que hoy conocemos como Índice de Masa Corporal; para el siglo XX ya se hablaba de obesidad exógena, aquella causada por una sobreingesta y el sedentarismo, y endógena, consecuencia del hipotiroidismo o el síndrome Cushing (Monereo, Iglesias & Guajiro, 2012).

En 1936 Gregorio Marañón, reconoce que las causas de la enfermedad son múltiples y que el tratamiento debe contemplar un cambio de vida; finalizando la segunda guerra mundial, la obesidad ya era una epidemia en Estados Unidos, por lo que comienzan las investigaciones experimentales, sin embargo poco se hacía para tratarla, hasta que en la Declaración de Milán en 1999 se reconocía que es un trastorno metabólico con morbilidades asociadas, por lo que era indispensable la prevención y el tratamiento; en el 2004 la OMS la reconoce como la epidemia del siglo XXI; y actualmente se lideran acciones de prevención y tratamiento para contrarrestar la prevalencia (Monereo, Iglesias & Guajiro, 2012).

Hoy en día, la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo con implicaciones para la salud de las personas (Díaz, 2011; OMS, 2016). De acuerdo a la grasa corporal, las personas con obesidad son aquellas en las que el porcentaje de grasa es del 12-20% para hombres y del 20-30% para mujeres. Específicamente, el término obeso proviene del latín y significa “alguien que se lo come todo” (Monereo et al., 2012).

1.3. Etiología

La obesidad es considerada como enfermedad crónica degenerativa de causas múltiples, de acuerdo con Loreto (2015) se pueden dividir en: inmediatas, subyacentes o básicas. Las causas inmediatas consisten en el desequilibrio entre las calorías consumidas y las gastadas. Las causas subyacentes son tanto el estilo de vida de la población, como sus hábitos alimentarios. Las causas básicas son la industrialización, la urbanización, además de la globalización (OMS, 2016).

Es decir, se ha producido un aumento en el consumo de alimentos ricos en carbohidratos, grasas, sales, azúcares, pero faltos de nutrientes, debido al tiempo para cocinar, el precio de los alimentos; y la falta de actividad física, como resultado de largas jornadas de trabajo, nuevos modos de desplazamiento, también, la creciente urbanización, lo cual se traduce en que las personas consumen grandes cantidades de calorías que no son utilizadas (Loreto, 2015).

Además, Segal, Rayburn y Martín (2016) mencionan que el ambiente no favorece a una vida saludable, ya que la disposición de alimentos procesados es mayor que la de alimentos saludables, aunado a que las porciones de comida rápida se han hecho más grandes con el paso de los años. Por su parte Vera (1998) y Silvestri y Stavile (2005) destacan el rol que juegan los medios de comunicación como promotores de hábitos poco saludables, estereotipos que brindan un valor supremo a la delgadez y esbeltez corporal, la asociación de la ingesta de alimentos con reuniones sociales, familiares o, momentos felices, entre otros.

Por otra parte, se han identificado factores relacionados con el abuso infantil como evento sumamente estresante que desencadena trastornos como ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático (TEP), que dificultan el autocontrol y el cuidado personal (Pagoto, Scheider, Appelhans, Curtia & Hajduck, 2011). De igual manera, el trastorno por atracón, el cual se caracteriza por una forma incontrolada de comer, del cual se hablará en el Capítulo 2. En México las mujeres presentan este trastorno con mayor frecuencia que los hombres, M=29.7% y H = 21.8% (Secretaría de Salud, 2012).

También se han realizado estudios para identificar la predisposición genética de la obesidad, Ayela (2009) ha sugerido: a) el genotipo tiene mayor influencia sobre la grasa visceral, aquella que envuelve a los órganos sobre el tejido adiposo subcutáneo, responsable de las diferencias individuales del gasto energético cuando la persona está en reposo o realizando actividad física, b) el efecto térmico de los alimentos, recientemente c) la producción de leptina, una proteína formada en el tejido adiposo responsable de la regulación del apetito y la actividad física a nivel hipotálamo, un porcentaje menor d) la consecuencia de una condición médica, como hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, ovario poliquístico, lesiones hipotalámicas, o alteraciones hormonales.

Cabe resaltar que la mayoría de las causas recaen en el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En la ingesta interfieren diversos factores visuales, olfativos, gustativos, sociales, educacionales, religiosos y las hormonas del hambre, por lo que puede afirmarse que todo el organismo participa en su regulación. Por

otra parte, el gasto energético depende del tamaño corporal, la masa muscular, la actividad física, la composición de la comida que ingerimos y la temperatura medio ambiental, y nos sirve para cubrir las necesidades del metabolismo basal, la actividad física y el procesamiento de los alimentos (Monereo et al., 2012).

1.4. Clasificaciones

De acuerdo con Ariza et al. (2014), la obesidad se clasifica por la comparación de un indicador de referencia con los datos obtenidos de cada individuo. La medida más utilizada para determinar estos parámetros es el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice Quételet que expresa la relación entre el peso y la talla, se calcula con la siguiente fórmula:

Índice de Masa Corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Una vez obtenido el valor se puede determinar la gravedad del padecimiento en la que se encuentra un individuo, como se muestra en la Cuadro 1 (OMS, 2016). Esta medida es universal, puesto que puede aplicarse a toda la población, sin embargo, es necesario que se tomen en cuenta otro tipo de mediciones, como el contorno de la cintura, la cadera, la medición de los pliegues cutáneos, el porcentaje de grasa, ya que por sí solo el IMC puede no representar el porcentaje de grasa real de una persona (Barrera et al, 2013).

Cuadro 1

Clasificación de la obesidad de acuerdo al Índice de Masa Corporal (IMC)

Clasificación	IMC (kg/m ²)
Peso normal	18.5-24.9
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad grado I o moderada	30-34.9
Obesidad grado II o severa	35-39.9
Obesidad grado III o mórbida	>40

Nota: Organización Mundial de la Salud. (2016). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

De acuerdo con Ayela (2009) la obesidad también puede clasificarse según su morfología en: hiperplástica e hipertrófica, la primera es el aumento del número de células adiposas que componen el tejido graso, mientras que la segunda es el aumento del volumen de dichas células. Con base en la etiología, se clasifica en a) primaria cuando la causa es el desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético, y b) secundaria cuando el aumento de grasa corporal es provocado por una determinada enfermedad.

También es posible caracterizar la forma del cuerpo de un paciente con obesidad, en relación a la distribución de la grasa corporal (Díaz, 2013):

- a. Androide o en forma de manzana, comúnmente se presenta en hombres, el exceso de grasa está en la cara, el tórax y el abdomen, y se asocia con el riesgo de desarrollar dislipidemia, diabetes y enfermedad cardiovascular. Existen dos subtipos: obesidad abdominal subcutánea, la grasa se encuentra en el tejido debajo de la piel y obesidad abdominal visceral, la acumulación de grasa predomina en la zona abdominal central, bajo vientre y zona lumbar.

- b. Ginecoide o en forma de pera, comúnmente en las mujeres, la grasa se acumula en caderas y muslos, produciendo problemas de varices y artrosis de rodilla.
- c. De distribución homogénea: el exceso de grasa no predomina en ninguna parte del cuerpo.

1.5. Implicaciones para la salud

El exceso de peso genera mortalidad prematura, morbilidad crónica e incremento en el uso de los servicios de salud, porque se encuentra asociado con enfermedades crónicas no transmisibles (Secretaría de Salud, 2012). Las implicaciones para la salud de padecer obesidad pueden clasificarse como físicas y psicológicas.

Las implicaciones físicas van a depender del grado del exceso de peso y la localización de la grasa en el cuerpo, por lo tanto entre mayor sea el IMC y el contorno de la cintura mayor es el riesgo de comorbilidades (Monereo et al., 2012). Entre las enfermedades asociadas se encuentran: cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, osteoartritis, enfermedades degenerativas de las articulaciones, algunos tipos de cáncer como ovario poliquístico, trastornos del sueño, asma, hernias, venas varicosas, edema, lumbalgia, cataratas, hígado graso, infertilidad, entre otras (Silvestri & Stavile, 2005; Monereo et al., 2012). Se afirma que la obesidad en adultos es la responsable del 80% de los casos de diabetes mellitus tipo 2, 55% de enfermedad hipertensiva y 35% de las enfermedades cardiovasculares isquémicas (Secretaría de Salud, 2012).

Respecto a las segundas, pueden presentarse depresión, ansiedad, distorsión de la imagen corporal, problemas de autoestima, alteración en las relaciones interpersonales, sentimientos de desvalorización, de culpabilidad y de vergüenza, y disfunciones sexuales. Además, el paciente se enfrenta a una

sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso, producto de críticas de la familia, los amigos y los compañeros de trabajo (Silvestri & Stavile, 2005).

1.6. Diagnóstico

La evaluación diagnóstica tiene como objetivo identificar a las personas que padecen obesidad o aquellas que están en riesgo de tenerla, aunque el cálculo del IMC es el mayor indicador, es necesario explorar otras variables. Ayela, (2009) y Barrera et al. (2013) recomiendan que la historia clínica documente medidas antropométricas, como peso, estatura, IMC, circunferencia de cintura y cadera, signos vitales, pliegues cutáneos, para identificar el estado general, tipo de distribución de grasa corporal y exámenes de laboratorio. Además de evaluar el riesgo actual y futuro de comorbilidad, mediante la historia de la obesidad: edad de comienzo, duración, progresión de la obesidad, probable causa del comienzo, tratamientos previos, antecedentes mórbidos personales y los antecedentes familiares.

Adicionalmente se evalúan los hábitos alimenticios incluyendo tiempos de alimentación, tipos de alimentos, tamaño de las porciones, uso de suplementos. (Secretaría de Salud, 2013) y los hábitos de estilo de vida, actividad física actual y previa, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias, uso de fármacos (Ayela, 2009).

Antes de proponer un tratamiento, es preferible que el médico considere las motivaciones y barreras para cambiar el estilo de vida de la persona, así como las preferencias para el uso de fármacos o intervenciones quirúrgicas (Barrera et al. 2013).

1.7. Tratamiento médico

De acuerdo con Sierra, Vite y Torres (2014) los tratamientos para la pérdida de peso se pueden dividir en farmacológicos, quirúrgicos y encaminados a la modificación de hábitos y estilos de vida.

Se ha demostrado que el uso de fármacos, como Orlistat, contribuye a la pérdida de peso, aunque su administración debe ser individualizada acorde a las características de la persona y no debe tomarse por periodos prolongados debido a sus efectos secundarios. Es necesario complementarlo con una dieta hipocalórica y el incremento de actividad física (Barrera et al., 2013).

Los tratamientos quirúrgicos solamente se utilizan en obesos mórbidos, y se dividen en a) restrictivo, se reduce el volumen de la cámara gástrica, b) malabsortivo, se reduce la longitud del intestino delgado para disminuir la superficie de absorción de nutrientes y c) mixto, la combinación de los dos anteriores. La cirugía es eficaz para que los obesos pierdan peso, pero es necesario que sigan una dieta hipocalórica y realicen ejercicio para mantener los efectos a largo plazo (Sierra et al., 2014).

Los tratamientos encaminados a la modificación de hábitos y estilo de vida tienen como estrategia principal que el gasto energético sea mayor que la ingesta calórica, para ello se calcula que la dieta tenga una reducción de 500 a 1000 calorías por día, lo que equivale a perder de 0.5 a 1 kilogramo a la semana. El ejercicio también contribuye a la pérdida de peso, y tiene beneficios para la condición cardiorrespiratoria, la reducción del riesgo cardiovascular, de enfermedad coronaria y de resistencia a la insulina; se calcula que a una intensidad moderada, la actividad física tendría un gasto energético de 2500 calorías a la semana (Barrera et al., 2013).

1.8. Acciones preventivas

Por otra parte, Segal et al. (2016) afirma que una de las maneras para evitar que la epidemia de la obesidad siga creciendo a nivel mundial es la prevención, Santacreu, Márquez y Rubio (1997) la definen como la preparación o a la acción anticipada y de otra, que tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como prever (saber con anticipación lo que ha de pasar), avisar o advertir (para que otros conozcan lo que va a ocurrir) y precaver (tomar medidas para evitar o remediar algo).

En la prevención de la enfermedad se habla de diferentes niveles (Santacreu, Márquez & Rubio, 1997):

- **Primaria:** que se refiere a informar del estado de la situación, con la intención de llevar a cabo actuaciones que reduzcan las probabilidades de enfermar.
- **Secundaria:** se refiere a la tendencia a remediar los posibles daños que hay en un determinado momento en poblaciones con presencia de factores de riesgo.
- **Terciaria:** actuaciones en las que se interviene cuando la enfermedad está diagnosticada pero incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se previenen estados más avanzados de la enfermedad.
- **Cuaternaria:** intervención que se realiza cuando el sujeto ya padece o ha padecido la enfermedad, y ha sido tratado con el resultado de curación o al menos, dependiendo del tipo de enfermedad, paliando sus efectos más nocivos y donde las posibilidades de recaída son muy altas.

La OMS (2004) ha establecido estrategias de intervención: universal o de salud pública, selectiva y diana, respectivamente. La educación de los hábitos nutricionales debe comenzarse desde el período antenatal. En la selectiva se busca detectar a la población de riesgo mediante factores como antecedentes familiares, el peso al nacer, etc. Por último, la diana implica ya el tratamiento para el sobrepeso, para ello se requiere un trabajo multidisciplinario que combine la restricción dietética, el aumento de actividad física y la modificación de conductas (Gutiérrez, 2015).

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) comenzó en 2002 un programa de prevención primaria para promoción de la salud, nutrición, salud sexual y la prevención, detección temprana y control de padecimientos específicos especiales para niños, adolescentes, mujeres adultas y adultos mayores. Se reportó que el sobrepeso en hombre afiliados al IMSS, de 2000 a 2012 fue de 36.3% a 43.1% y en mujeres de 42.7% a 36.4%, mientras que las cifras para obesidad en hombres

fueron 30.9% a 30.2% y en mujeres, 21.1% a 38.8%. Aunque este programa reportó bajas en la incidencia de enfermedades como la diabetes, el sobrepeso y la obesidad siguen siendo un problema, y no se cuenta con evidencia de una disminución de una dieta poco saludable y baja actividad física, siendo las cifras un ejemplo de esto (Borja, González, Dávila, Rascón & González, 2016).

De igual forma, la Secretaria de Salud (2013) estableció la estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes, con el objetivo de mejorar los niveles de bienestar de la población y contribuir a la sustentabilidad del desarrollo nacional al desacelerar el incremento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los mexicanos, a fin de revertir la epidemia de las enfermedades no transmisibles. Para ello planteó tres principales vías de acción como se muestra en la Cuadro 2.

Si bien la estrategia nacional contempla múltiples acciones para la prevención de la obesidad, están dirigidas a poblaciones específicas, por ejemplo a personas que asisten a algún servicio de salud pública, a las escuelas, y a los niños, dejando de lado la complejidad y las múltiples causas que generan esta condición. De acuerdo con Segal et al. (2016) tanto las acciones de prevención como las de intervención, deben considerar una consulta en nutrición, actividad física y en comportamiento saludable, además de promover un ambiente saludable, es decir tener acceso a lugares seguros para practicar actividad física, como caminar, andar en bicicleta o realizar algún deporte, para lograr que las decisiones saludables sean fáciles y parte de la vida diaria. De igual manera se debe prestar atención y mayor esfuerzo en las zonas de mayor reto, como las minorías.

El único resultado reportado hasta el momento de las acciones de esta estrategia, es el que corresponde al impuesto a las bebidas azucaradas de un peso por litro, Cochero, Rivero, Popkin y Wen (2017) dieron a conocer que en el año 2015 hubo una reducción alcanzando un 9.7%, siendo los hogares de menor nivel socioeconómico quienes más disminuyeron sus compras.

Este plan es una muestra de la preocupación del gobierno federal por combatir el incremento en las estadísticas, sin embargo, son acciones que dejan mucho que desear y que tienen muy poco alcance y seguimiento. Sería necesario el diseño, desarrollo, e implementación de estrategias que contemplen a cada uno de los sectores de la población, sus características, fortalezas y dificultades, enfatizando la promoción del psicólogo como un profesional de la salud que junto a otros profesionales, favorece el bienestar y calidad de vida de la población a través de enseñar estrategias y habilidades para tales fines. Además de invertir en la vigilancia, la investigación y la evaluación del desarrollo de este tipo de programas, con el objetivo de que las estrategias implementadas estén probadas y sean culturalmente relevantes a la población mexicana (OMS, 2004).

Respecto al trabajo del psicólogo no se han encontrado acciones en la población mexicana adulta que prevengan el sobrepeso u obesidad, sería importante que se consideren las necesidades de aquella población que presenta factores de riesgo para padecer éstas, y al igual que a los niños, enseñarles acerca de hábitos saludables que sean compatibles con su estilo de vida.

Hasta el momento, sólo se ha considerado la pérdida de peso como prevención de enfermedades crónico degenerativas, tal es el caso del estudio reportado por Carrasco et al. (2008), el cual tuvo el objetivo de dar a conocer los resultados de un programa para reducir el peso corporal y la resistencia insulínica y prevenir la aparición de Diabetes Mellitus tipo 2 en Chile. El programa constó de cuatro meses de intervención con atenciones médicas, atenciones de nutricionista, sesiones de actividad física con un profesor de educación física o kinesiólogo, y sesiones educativas grupales con dos psicólogos. Se utilizaron medidas antropométricas y exámenes de laboratorio para conocer los resultados del programa. En los 160 participantes que completaron el programa se observó una reducción significativa en la pérdida de peso, el índice de masa corporal y la circunferencia de la cintura; en los indicadores bioquímicos hubo una reducción significativa de glicemia, insulinemia y colesterol. Aunque el programa multidisciplinario es efectivo para que los individuos pierdan peso, los autores

reconocen que estos cambios no permanecen por más de año, por lo que proponen programas de las mismas cualidades, pero de duración más prolongada.

Respecto al desarrollo de programas que previenen el aumento de peso Metzgar y Nickols (2016) realizaron un estudio el cual tuvo el objetivo de examinar la prevención del aumento de peso en mujeres premenopáusicas en un ensayo controlado aleatorizado de un año de duración, los participantes recibieron 16 sesiones semanales de educación nutricional general y 8 sesiones mensuales de estilo de vida, manejo de estrés, solución de problemas y alimentación. Se realizaron cinco mediciones (línea base, a los 3, 6, 9 y 12 meses) de medidas antropométricas, presión arterial, química sanguínea, consumo de alimentos y actividad física. Los resultados mostraron que el 56.3% mantuvo su peso, el número de calorías, el porcentaje de carbohidratos, proteínas, grasa y fibra no cambiaron en el tiempo, así como la actividad física. Aunque los resultados no demostraron diferencias, los grupos de intervención fueron más exitosos que el grupo control, y sugieren que el tratamiento es posible, pero es necesario el seguimiento por más tiempo.

El papel de la prevención resulta importante, porque a nivel económico se podían reducir las visitas al hospital, los exámenes médicos prescritos, los pagos por ausentismo laboral y los índices de las enfermedades asociadas (Segal et al., 2016). Pero, tanto para la prevención, como para el tratamiento es importante tener una visión general de las repercusiones psicosociales de la obesidad porque nos van a permitir comprender el entorno donde se desempeña la persona obesa y las comorbilidades psicológicas a las que se enfrenta, a continuación se abordarán.

Cuadro 2***Descripción de los pilares de la estrategia nacional para la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes.***

Pilares	Objetivos	Ejes específicos	Acciones específicas
Salud Pública	Incrementar la conciencia pública e individual sobre la obesidad y su asociación con enfermedades no transmisibles.	Vigilancia epidemiológica. Promoción de la salud y comunicación educativa. Prevención	Diseño, desarrollo e implementación de un sistema de información del comportamiento de las enfermedades no transmisibles. Promoción de la alimentación correcta y actividad física a nivel individual y colectivo. Campaña masiva en contra de la obesidad mediante mensajes positivos. Establecer la estrategia única de prevención de enfermedades que consideren el autocuidado y el esquema de participación social.
Atención médica	Orientar al Sistema Nacional de Salud a la detección temprana y controlar el primer impacto.	Acceso efectivo a los servicios de salud. Calidad de los servicios de salud.	Seguimiento individualizado de todos los pacientes en sus hogares y en las unidades de primer contacto. Programas de incentivos para aumentar la adherencia a los tratamientos.

			Programas de incentivos a médicos para mejorar la atención.
			Diagnóstico y aplicación de acciones nutricionales para prevenir el sobrepeso y la obesidad.
Regulación sanitaria y política fiscal	Regular el etiquetado y publicidad de los alimentos y bebidas, además de impulsar políticas fiscales que disminuyan el consumo de productos con escaso valor nutricional.	Etiquetado Publicidad Medidas fiscales	Hacer obligatorio el etiquetado frontal, que señale el porcentaje que el contenido calórico del producto representa de acuerdo a la Ingesta Diaria Recomendada (IDR). Controlar la publicidad de los alimentos en horarios infantiles. Introducir, mediante la política fiscal, medidas impositiva que permitan reducir el consumo de aquellos alimentos y bebidas que son considerados como no aportantes de elementos nutritivos.

Nota: Secretaria de Salud, (2013). *Estrategia nacional de la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Recuperado de:
http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf.

CAPÍTULO 2. REPERCUSIONES PSICOSOCIALES DE LA OBESIDAD EN ADULTOS

Con la aceptación del nuevo modelo biopsicosocial, la manera en la que se explican las enfermedades ha tenido que reformularse, permitiendo una mayor comprensión de las variables comportamentales en la etiología y mantenimiento. Asumiendo que los estilos de vida poco saludables son uno de los factores involucrados en la aparición de enfermedades crónico degenerativas, junto con factores ambientales y hereditarios. Una vez que se presenta una enfermedad, la percepción de la gravedad del padecimiento, las experiencias previas, factores comportamentales y actitudinales y las características del individuo implicadas en el estilo de vida van a jugar un papel importante en el control de la misma. Además de las consecuencias físicas y biológicas, la obesidad se presenta junto con graves repercusiones psicosociales, las cuales se explicarán a continuación.

2.1. Repercusiones en la vida del paciente adulto con obesidad

2.1.1. Laborales

La obesidad es un estigma social que repercute en la manera en la que las personas se desempeñan día a día, incluso limitando sus oportunidades de interacción con otras personas, laborales y de educación (Villaseñor, Ontiveros & Cárdenas, 2006). Jáuregui, Plasencia, Rivas, Rodríguez y Gutiérrez (2008b) consideran que entre más presión social exista por la delgadez, las personas obesas sufren un mayor juicio orientado a cuestiones estéticas por encima de las cuestiones de salud.

Jáuregui et al. (2008a) realizaron un estudio con el objetivo de recoger la percepción sobre las personas obesas. Después de obtener los adjetivos calificativos de 138 participantes afirmaron que los obesos son percibidos con adjetivos que normalmente se identifican como negativos como: introvertidos, inhibidos, excluido, tímido, susceptible, ansioso, vago, dependiente, miedoso, solo, infantil, entre otros. Igualmente, Pagoto et al. (2011) afirman que los obesos son percibidos como personas con poco autocontrol, no atractivas y perezosas.

Todas las percepciones negativas acerca de los obesos dan como resultado que ellos sean discriminados y humillados por la sociedad, limitando sus interacciones sociales, y laborales, porque se asocia esta condición a una falta de compromiso que condiciona el desempeño en tareas laborales, y sociales. (Guzmán, García & Castillo, 2010).

Lo anterior resulta relevante, no sólo porque las personas obesas llegan a sentir excluidos, sino porque el estigma sobre el peso puede contribuir al desarrollo de problemas psicológicos como la depresión, la distorsión de la imagen corporal, entre otros (Pagoto et al., 2011). Judith Rodin (como se citó en Bersh, 2006, p.539), menciona: “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y la expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un elevado costo emocional”.

2.1.2. Relaciones interpersonales

Guzmán, García y Castillo (2012) afirman que las personas con obesidad carecen de habilidades sociales, como asertividad, problemas para descifrar algunos mensajes no verbales, dificultades expresar sus sentimientos y una carencia de ajuste social, lo que les impide establecer y mantener relaciones interpersonales. Por lo que, generalmente, son personas solitarias que se enfrentan a problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social. Aunado a que la discriminación que padecen limita sus oportunidades de interacción, se han reportado estudios donde alumnos de bachillerato prefieren a personas con alguna discapacidad o adicción por encima de las personas obesas para ser su pareja.

También se han reportado estudios en los cuales las familias con algún miembro con obesidad tienen un estilo de comunicación disfuncional. Aunque no se puede afirmar que la familia sea la causante de la obesidad, es necesario identificar

el papel que juega dentro del desarrollo y mantenimiento de la obesidad, para que sea considerado dentro del tratamiento (Guzmán, García y Castillo, 2010).

2.2. Repercusiones psicológicas

Por otra parte, en las repercusiones psicológicas, Reséndiz y Sierra (2014) identifican que las principales son las psicopatologías, los trastornos de la conducta alimentaria, el síndrome de comedor nocturno, la distorsión de la imagen corporal, y la calidad de vida. A continuación se describirán brevemente cada uno éstos y su relación con la obesidad.

2.2.1. Personalidad.

Otro de los factores relacionados con la obesidad es la personalidad, Bravo, Espinoza, Mancilla y Tello (2011) identificaron los rasgos de la personalidad predominantes en pacientes obesos mediante la aplicación del Perfil-Inventario de Personalidad de Gordon, encontraron que cautela predominó con 40%, seguido de relaciones personales 38% y ascendencia 36%. Esto indica que los individuos presentan bajos niveles de estos rasgos, es decir, tienden a actuar impulsivamente, se sienten ofendidos cuando reciben críticas, pierden fácilmente la paciencia, son inseguros en manifestar sus opiniones, entre otras cosas. Tamayo y Restrepo (2014) afirman que las personas con personalidad tipo A, es decir, aquellas inseguras, con baja autoestima y gran impaciencia, tiene más probabilidad de tener ganancias y pérdidas de peso a lo largo de su vida.

Sin embargo, Guzmán et al. (2010) reportan que los estudios sobre la personalidad de los obesos son confusos y contradictorios por la variabilidad de características y factores que intervienen y no permiten establecer un perfil específico.

2.2.2 Distorsión en la imagen corporal.

Villaseñor et al. (2006) afirman que el cuerpo se define física y socialmente en relación a la cultura, y esto ha cambiado a través del tiempo, de acuerdo a las modas, publicidad, entre otras. De manera que estos factores pueden contribuir a que las personas perciban su cuerpo de manera diferente a como en realidad es, lo que se denomina como distorsión de la imagen corporal. Jáuregui et al., (2008b) afirman que las personas con obesidad llegan a percibir su cuerpo como impuro y encuentran en la comida un aliado para sentir bienestar emocional o para protegerse de alguna amenaza, pero también para castigarse y sentirse culpables.

Respecto a la incidencia de la distorsión de la imagen corporal, Bobadilla y López (2014) evaluaron si existía una relación entre la distorsión de la imagen corporal y el IMC, 579 participantes fueron evaluados en su imagen corporal recordada, es decir cómo ellos perciben que es su cuerpo, la imagen visual, cómo perciben su cuerpo después de verse en el espejo y su imagen corporal real, la que los investigadores percibían que el participante tenía. Los resultados indicaron correlaciones positivas entre todas las variables, el 72.6% tenía una distorsión de la imagen corporal en ambos sentidos (se percibía con más y con menos peso del que en realidad tenía), pero los hombres tienden a percibirse más delgados. Aunque no se realizó ninguna prueba estadística para conocerlo, se podría decir que el sobrepeso/obesidad en los hombres puede no ser percibido por ellos por una distorsión en la imagen corporal.

Osuna, Hernández, Campuzano y Salmerón (2006), también analizaron los datos de 934 participantes, a los cuales les preguntaron talla y peso, les mostraron una imagen con nueve cuerpos para que ellos eligieran el más parecido al suyo y los midieron y pesaron. El análisis de los datos obtenidos indicaron que entre más edad los individuos se percibían con una mayor estatura, el 24% piensa que pesa más de lo que en realidad pesa, mientras que el 62.4% piensa que pesa menos, el 24.5% creyó tener mayor IMC y el 72.6% consideró tener un menor IMC, la correlación entre la percepción de la imagen corporal y el IMC fue estadísticamente

significativa, sin importar si los participantes había subestimado o sobrestimado su IMC.

Sámano et al. (2015) reportaron los datos sobre la autopercepción y satisfacción de la imagen corporal y su relación con el IMC de 217 adultos, encontraron que aunque existe más aceptación respecto a su peso, lo que tenía obesidad se identificaron con sobrepeso, a su vez, los de sobrepeso con peso normal, los de peso normal con bajo peso. Esta percepción distorsionada de la imagen corporal puede ser uno de los principales problemas del fracaso de los programas de pérdida de peso.

2.2.3. Psicopatologías.

De acuerdo con Pagoto et al. (2011) tanto el estigma social como la distorsión de la imagen corporal se encuentran relacionados con la presencia de psicopatologías en la población obesa. Esquivias, Reséndiz, García y Elías (2016) reafirman la prevalencia de psicopatologías como un factor asociado a esta enfermedad, aunque se desconoce si es una causa o un efecto. Baile y González (2011) mencionan que las psicopatologías pueden clasificarse de dos maneras, la primera de ellas es la relacionada con un elevado consumo de alimento que produce obesidad y la segunda, relacionada a los trastornos que aparecen como consecuencia de un IMC elevado.

2.2.3.1. Trastornos psiquiátricos

Las psicopatologías más estudiadas en este tipo de población son trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión y consumo de sustancias, los cuales pueden verse asociados con la pérdida de la calidad de vida relacionada con la salud. Lo anterior concuerda con lo encontrado por Kalarchian et al. (2007), en una muestra con 288 pacientes en busca de una segunda cirugía de banda gástrica, el 45% presentaron trastornos del estado de ánimo y 29.5% tenían un trastorno por atracón.

Esquivias et al. (2016) reportan en su estudio para conocer los trastornos psiquiátricos, su relación con la obesidad y el impacto de éstos en la pérdida de peso, que en pacientes obesos se presenta 30% Depresión, 35% Ansiedad, 27.4% Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), 25% Trastorno por Atracón (TPA), 50% Abuso de alcohol y otros Trastornos de la personalidad, se encuentran asociados con variables relacionadas (atracones, estilos de afrontamiento mal adaptativos, etc.) con el aumento o pérdida de peso.

Por su parte, Quintero et al. (2016) realizaron un estudio exploratorio con el objetivo de conocer la prevalencia de psicopatología en pacientes con obesidad en un contexto clínico no pre-quirúrgico, además de conocer las posibles asociaciones con depresión, ansiedad, estrés postraumático y trastornos de la conducta alimentaria. Para ello evaluaron a 180 pacientes con obesidad mediante una entrevista semiestructurada para conocer datos generales (sociodemográficos, antecedentes médicos, hábitos de vida, historia de la obesidad y antecedentes familiares), el Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, Test de Investigación de Bulimia de Edimburgo y Cuestionario de Experiencias Traumáticas. El 32.7% tiene o ha tenido algún trastorno de ansiedad, el 34% tiene o ha tenido algún episodio depresivo mayor, el 24.2% un trastorno adaptativo, el 12.5% un trastorno de la conducta alimentaria de tipo bulimia nerviosa, el 6.5% algún trastorno de control de impulsos, el 13.9% algún trastorno de personalidad, y sólo un 4.6% de la muestra tiene historia de consumo de sustancias de abuso.

De manera más específica, Tapia y Masson (2006) evaluaron a 100 pacientes con sobrepeso y obesidad con la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldber; en la muestra se encontró que el 61% presentaba síntomas depresivos que indicaban un posible trastorno en el estado de ánimo. Ríos et al. (2008) valoraron a pacientes obesos con la Escala de Ansiedad de Hamilton, Escala de Depresión de Beck y un Cuestionario de Calidad de Vida. Descubrieron que presentan intensidad leve de ansiedad y depresión, poca satisfacción con su peso, figura, imagen corporal, bienestar físico, imagen social y ambiente laboral. Dentro

de las psicopatologías, la relación de la depresión con la obesidad ha sido de las más establecidas, esta relación es recíproca, es decir, la obesidad aumenta el riesgo de depresión y ésta es un factor que predice la aparición de la obesidad. Ambos padecimientos se encuentran relacionados con la comorbilidad de enfermedades cardiovasculares (Luppino et al., 2010). Por su parte, Pagoto et al. (2011) asegura que el grado de obesidad está directamente relacionado con la gravedad de la depresión, a su vez ésta se encuentra sesgada por la edad, sexo, y cultura. Tanto la depresión como la obesidad pueden tener una explicación neurológica, puesto que puede existir un desequilibrio en la secreción de hormonas, que controlan el hambre y las emociones.

A manera de resumen, la población con obesidad presenta grandes índices de psicopatologías, entre las cuales destacan, la depresión mayor, el trastorno por bipolaridad, trastorno de ansiedad generalizada, desorden de pánico, fobias específicas, fobia social, estrés postraumático, trastorno de déficit de atención, impulsividad, psicosis, entre otros. Existen algunos factores asociados a la aparición de las psicopatologías como una mala regulación de los neurotransmisores, o en algunos casos haber sido víctima de abuso infantil (Pagoto et al., 2011).

2.2.3.2. Trastornos de la conducta alimentaria.

Por otra parte, los trastornos de la conducta alimentaria también se encuentran asociados con la obesidad, la incidencia de éstos ya ha sido identificada en estudios previos (Kalarchian et al., 2007; Esquivias et al., 2016; Quintero et al., 2016). Se definen como “un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso” (Vargas, 2013, p.476). Dichos trastornos incluyen no sólo factores genéticos y biológicos, si no también factores psicológicos y sociales. Pagoto et al. (2011) reconocen que los trastornos por atracones son muy comunes en la población obesa, reportan estudios donde el 70% de los participantes obesos enfrentan este trastorno, aunque, al igual que pasa con la depresión,

algunas veces el sobreconsumo de los alimentos aparece antes de la obesidad y otras veces la obesidad tiene como consecuencia episodios de atracones.

Los trastornos de la conducta alimentaria traen consigo grandes complicaciones en el organismo de quien lo presenta, pueden convertirse en crónicos y los tratamientos son largos, tienen que abarcar todas las áreas relacionadas con la aparición y mantenimiento del problema. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V por sus siglas en inglés –APA-, 2013), dentro de la clasificación de los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran:

a. **Bulimia nerviosa:** se caracteriza por episodios de atracones, donde se consumen grandes cantidades de comida en un periodo menor a 2 horas sin tener control de dicha cantidad, acompañado de una conducta compensatoria inadecuada, como inducir el vómito, tomar laxantes, enemas, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo. Los atracones ocurren al menos una vez a la semana durante tres meses.

b. **Trastornos por atracones:** se caracteriza por un gran ingesta de alimentos en un determinado periodo de tiempo, por ejemplo dos horas, durante dos meses, sensación de pérdida de control durante la ingesta de los alimentos. Los individuos tienden a comer muy rápido, en grandes cantidades, solos por evitar la vergüenza de comer grandes cantidades, sentir malestares por los atracones, etc. Se clasifica en leve (1-3 atracones a la semana), moderado (4-7 atracones a la semana), grave (8-13 atracones a la semana) y extremo (más de 14 atracones a la semana).

c. **Síndrome de ingestión nocturna de alimentos:** episodios recurrentes de ingestión de alimentos por la noche, que se manifiesta por la ingestión de alimentos al despertarse del sueño o por un consumo excesivo de alimentos después de cenar.

Los atracones pueden presentarse cuando las personas se sienten muy estresadas, tristes, culpables, porque las emociones juegan un papel importante en la manera en la que consumimos alimentos, Sánchez y Pontes (2012) utilizaron la encuesta del comedor emocional para evaluar a personas sedentarias y cicloturistas, concluyeron que a un menor IMC existe un mejor control emocional, menor pérdida de peso se relaciona con un mayor control emocional, y las mujeres se ven más influenciadas que los hombres por sus emociones a la hora de comer. Tamayo y Restrepo (2014) concuerdan que puede existir una ingesta emocional, la cual se caracteriza por ser una manera de suprimir emociones como: ira, miedo, aburrimiento, tristeza y soledad.

2.2.3. Calidad de vida.

Tanto el estigma social, como la presencia de distorsión de la imagen corporal y de psicopatologías van a modificar la manera en que las personas obesas perciben y valoran su vida cotidiana, es decir su calidad de vida. La relación entre obesidad y ésta ya ha sido identificada, Kroes, Osei, Baker y Huang (2016) realizaron una revisión sistemática de estudios realizados con la población de Estados Unidos y encontraron que el sobrepeso y la obesidad se asocia con una calidad de vida menor a la de las personas con un peso normal, y que la pérdida de peso, ya sea por cambios en el estilo de vida o por un cirugía de bypass gástrico, mejora esta percepción.

En México también se ha estudiado la calidad de vida relacionada con el peso, Salazar, Martínez, Torres, Aranda y López (2016) evaluaron los patrones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) y algunos comportamientos de salud en relación con IMC, en una muestra de trabajadores de la industria manufacturera que no contaban con alguna enfermedad manifiesta. Utilizaron el instrumento SF-36 para evaluar a 392 trabajadores, encontraron que todos los componentes físicos del instrumento disminuyeron linealmente a medida que aumenta el IMC, en ambos sexos; en las mujeres se observaron diferencias en la

escala en función física, el rol físico, dolor corporal y salud general, en los hombres sólo la parte física.

De igual manera, Medrano et al. (2014) identificaron la asociación del autocontrol con la CVRS y el papel que en ella pudiera tener el IMC. Participaron 273 usuarios de un centro de salud, los cuales respondieron el cuestionario de salud SF-12 y el cuestionario de autocontrol. Se presentó una asociación significativa entre CVRS física e IMC, pero no con CVRS mental; no se observó relación entre IMC y autocontrol.

Ambos estudios sugieren que un IMC elevado se relaciona con una percepción de calidad de vida relacionada con la salud física pobre, lo cual se puede reflejar en que las personas obesas no participan en actividades que requieran un gran esfuerzo físico, porque las personas se adaptan a su condición e ignoran las áreas de su vida que se ven afectadas por el exceso de peso (Salazar et al., 2016; Medrano et al., 2012).

Como se puede observar, las personas con obesidad se enfrentan con grandes consecuencias psicosociales, se desempeñan en un ambiente hostil donde la estética y la belleza juegan un papel más importante que la salud, pueden desarrollar psicopatologías, predominan depresión y ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, distorsión en la imagen corporal, los cuales repercuten en la satisfacción que tiene respecto a su vida, caracterizándose por ser personas con una percepción de calidad de vida baja. Por lo tanto, es importante considerar variables psicológicas en el tratamiento que reciben las personas con obesidad, en el siguiente capítulo se abordarán las aplicaciones de la terapia cognitivo conductual a este padecimiento.

CAPÍTULO 3. APLICACIONES DE LA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD EN ADULTOS

En la atención integral del paciente adulto con obesidad se involucran distintos profesionales de manera multidisciplinaria para cubrir cada una de las necesidades de esta población (Larrañaga & García, 2007). En términos generales se espera lograr cambios en el paciente tales como: mejorar autoconcepto y habilidades de autocontrol, modificar hábitos alimenticios y estilos de vida, mantener los logros alcanzados y evitar las recaídas a lo largo de la vida (Vera 1998). De acuerdo con Denia (2011) el planteamiento del tratamiento debe dirigirse a tres aspectos: la conducta alimentaria, la modificación de la vida sedentaria y los factores psicológicos asociados a la obesidad.

Para ello, el profesional de la psicología emplea la intervención cognitivo conductual, la cual es “encargada de modificar la conducta manifiesta influyendo sobre los procesos de pensamiento del paciente” (Reynoso & Seligson 2005, p. 11). De acuerdo con Larrañaga y García (2007) el objetivo de la terapia cognitivo conductual es aumentar o reducir conductas disfuncionales, por lo tanto se dirige a modificar comportamientos y pensamientos presentes, tomando en cuenta que éstos han sido aprendidos a lo largo de la vida, centra su atención en qué tengo que hacer para cambiarlo, para ello confronta al paciente con la idea de que existen muchas más opciones posibles para sus pensamiento y comportamientos.

Las bases teóricas de la terapia cognitivo- conductual son las teorías del aprendizaje, su objeto de estudio es el conocimiento y están enfocadas en descubrir como el individuo adquiere habilidades, destrezas, conocimiento y conceptos. Las cinco principales son el condicionamiento clásico de Pavlov (dos estímulos simultáneos pueden generar respuestas semejantes), el condicionamiento operante de Skinner (un conducta se adquiere, mantiene, aumenta o disminuye su frecuencia por las consecuencias), teoría del aprendizaje social de Bandura (la conducta es observada, y el observador reproduce selectivamente esa conducta y crea leyes de comportamiento), la teoría psicogenética de Piaget (da cuenta de los procesos que

se usan en la solución de problemas, y la teoría del procesamiento de información (el aprendizaje se forma a través de las experiencias, mediante una representación de la realidad (Larrañaga y García, 2007).

Conocer estas teorías nos ayudan a comprender, predecir y controlar el comportamiento humano, considerando que los estilos de vida de los adultos con obesidad han sido aprendidos durante la infancia y se encuentran mantenidos por la repetición y los refuerzos que se obtienen (Larrañaga y García, 2007).

Dicha terapia ha demostrado ser eficaz y con el mejor costo-beneficio en comparación con la cirugía bariátrica y la farmacoterapia (Bachman, 2007), para generar y mantener habilidades que le permitan al paciente lograr los cambios antes mencionados (Lenin et al., 2015).

El tratamiento psicológico para la obesidad debe ir más allá de las cuestiones estéticas, es importante que se contemplen las variables que están involucradas con la ganancia de peso, para que dentro del tratamiento psicológico mediante el uso de las técnicas cognitivo conductuales se logren modificar las conductas, pensamientos, creencias, actitudes, etc., que se encuentran relacionadas con el peso. Tomando en cuenta que la enfermedad no se cura perdiendo los kilogramos extras, sino adoptando estilos de vida más saludables (Vera, 1998; Larrañaga & García, 2007).

La obesidad no es homogénea, para elegir el tratamiento adecuado para utilizar con un paciente es necesario que se realice una evaluación inicial con el fin de asegurar si realmente presenta algún problema y conocer qué tan grave es, esta información inicial, también servirá para que una vez concluido el tratamiento se evalúen los efectos de la intervención psicológica. En el siguiente apartado se abordará el tema de la evaluación psicológica en pacientes obesos.

3.1 Evaluación psicológica en pacientes adultos con obesidad

La evaluación y atención integral del paciente con sobrepeso y obesidad por parte de un equipo multidisciplinario, enfocado a cumplir objetivos específicos tomando

en cuenta las expectativas y preferencias del paciente, ha sido recomendada como un punto de buena práctica, ya que existe evidencia que el seguimiento intensivo por parte de un equipo profesional favorecen una buena aceptación y adherencia al tratamiento de la obesidad (Secretaría de Salud, 2012).

De acuerdo con Lenin et al., (2015) todos los pacientes con obesidad deberán ser evaluados por psicólogos de dos a tres sesiones antes del tratamiento para la pérdida de peso, con el fin de identificar patrones de conducta alimentaria, aspectos emocionales y de personalidad, por ejemplo: factores de psicodesarrollo de obesidad, intentos de reducción ponderal, conciencia de la enfermedad, dinámica familiar, valoración del área familiar, sexual y laboral, psicopatología y tipo de comedor.

Reséndiz y Sierra (2014) mencionan que el objetivo de la evaluación es identificar factores psicológicos, ambientales y biológicos que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la obesidad, además de evaluar los cambios que se generan con la intervención. Por otra parte, Vera (1998) afirma que los objetivos de la evaluación son establecer un diagnóstico funcional del problema, identificar las variables principales que inciden en el problema y llevar a cabo supervisión constante de la eficacia del tratamiento.

Las áreas a evaluar son: padecimiento actual, conducta alimentaria, actividad física, motivaciones y expectativas del tratamiento, redes de apoyo, psicopatología, padecimiento actual y conducta alimentaria, depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y calidad de vida (Reséndiz & Sierra 2014). Para ello se puede hacer uso de diversos métodos:

- Entrevistas clínicas: Permiten establecer la relación terapéutica con el paciente, se comienza a recolectar la información, con la que posteriormente se establecen objetivos y prioridades del tratamiento (Morganstern, 1993). Las preguntas son dirigidas a aspectos físicos, afectivos, cognitivos y conductuales, tanto del paciente como de su entorno social (familia, pareja, amigos), en el momento actual o información histórica relevante a la conducta

que se pretende evaluar (Reynoso & Seligson, 2005). Un ejemplo de una guía para esta entrevista lo podemos encontrar en Vera (1998).

- Instrumentos de evaluación: Inventarios y cuestionarios son útiles para identificar algún problema que durante la entrevista no se haya explorado, o bien para determinar la gravedad (véase Cuadro 3). Pueden ser autoaplicables o el psicólogo los puede aplicar (Reynoso & Seligson, 2005).
- Autorregistro: Es un registro válido, sistemático y confiable para indicar la conducta manifiesta en el momento que ocurre, pueden adecuarse a cualquier información que se necesite recabar (Tron, Ávila & Reynoso, 2014). Vera (1998) para el desarrollo de su trabajo sugiere utilizar tres registros: 1. para indicar la ingesta de comida y bebida, 2. para monitorear la actividad física y 3. un registro cognitivo.

Una vez que el psicólogo realiza la evaluación inicial que considera pertinente, realiza un análisis del caso, que tiene como objetivo explicar que variables se encuentran involucradas en la ganancia de peso, para así diseñar el tratamiento adecuado haciendo uso de las técnicas cognitivo conductuales para conseguir los objetivos terapéuticos (Vera, 1998). Algunos de los tratamientos para la pérdida de peso abordarán en el siguiente apartado

Cuadro 3***Instrumentos de evaluación psicológica para pacientes con obesidad***

Comorbilidad psicológica	Inventario, cuestionario, escala o test	Autor	Características
Ansiedad	Escala de Ansiedad Hamilton	Hamilton (1959, citado en Ríos et al., 2008).	Es un cuestionario que enlista 14 síntomas referidos a conductas ansiosas que se deben valorar de acuerdo a que tan severo es el síntoma. Una puntuación de 17 o menos, indica leve severidad de ansiedad, de entre 18 y 24 leve a moderada y de 24 a 30 de moderada a severa.
	Cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI por sus siglas en inglés)	Spielberger, Gorsuch, y Lushene (1970, citado en Quintero et al., 2016)	Es una serie de 40 afirmaciones, divididas en dos secciones, ansiedad-estado que evalúa cómo se siente la persona en el momento y ansiedad-rasgo que evalúa cómo se siente habitualmente. Se valoran en una escala tipo Likert (nada, algo, bastante y mucho).

Ansiedad	Inventario de ansiedad de Beck (1988 citado en Reynoso & Seligson, 2005).	Es un listado de 21 síntomas de ansiedad, que se evalúan en una escala tipo Likert (está presente de manera severa, moderada, más o menos y poco o nada).
Ansiedad y depresión	Escala de Ansiedad y Depresión de Golberg (1988, citado en Tapia & Masson, 2006)	Está diseñado para detectar probables casos de pacientes portadores de un trastorno depresivo y no para diagnosticarlos. Se compone de nueve preguntas, todas ellas de respuesta dicotómica (Si / No), las cuatro primeras son de despistaje y las 5 restantes solo se responden si se respondió afirmativamente en alguna de las primeras. Se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas algunos de los síntomas a los que hacen referencia las preguntas.
Depresión	Inventario de Depresión de Beck (1978, citado en Ríos et al., 2008; Quintero et al., 2016)	Son 21 síntomas presentados como afirmaciones para que el evaluado conteste si los ha sentido dentro de las dos últimas semanas.

Conducta alimentaria	Encuesta del comedor emocional del Garaulet (2010 citado en Sánchez &Pontes, 2012)	Consiste en la respuesta a 10 preguntas (cada pregunta se ha evaluado entre 0 y 3) La puntuación acumulada permite clasificar en: Comedor Poco emocional (0-9 puntos); Moderadamente emocional (10-19 puntos); Muy emocional. (20-30 puntos).
	Entrevista clínica estructurada para los trastornos del DSM (SCID por sus siglas en inglés) Spitzer et al. (1992 citado en Pagoto et al., 2011)	Es una entrevista que contiene nueve módulos referidos a episodios afectivos, síntomas y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos somatoformes, de la alimentación y de adaptación.
Trastorno por atracón	Eating Disorder Examination Fairburn, Marcus, & Wilson, (1993), adaptado al español en Robles, Oberst, Sánchez y Chaparro (2006)	Está dividido en ítems diagnósticos para evaluar la ausencia o presencia de determinadas conductas que permiten la confirmación o la exclusión de un trastorno alimentario determinado, 22 ítems divididos en 4 subescalas: 5 ítems para restricción, 5 para preocupación por la comida, 5 para preocupación por el peso y 7 para preocupación por la figura. Las respuestas son evaluadas de 0 a 6 puntos respecto a intensidad o frecuencia.

Personalidad	Perfil-Inventario de personalidad	Gordon (1994 citado en Bravo et al., 2011)	Es esta una escala compuesta por 38 reactivos, divididos en dos cuestionarios con respuestas de opción múltiple; evalúa la personalidad del individuo mediante nueve rasgos significativos en el funcionamiento diario de la persona
Imagen corporal	Figura Imagen Corporal (FIC)	Bobadilla & López (2014) y Osuna et al., (2006)	Estimación de la imagen corporal mediante la selección de la silueta que mejor representaba la imagen del participante, en un juego de nueve siluetas, en rangos que iban desde muy delgada hasta extremadamente obesa.
Calidad de vida	SF-36	Hays y Morales (2001, citado en: Salazar et al., 2016)	Son 36 preguntas, generan ocho dimensiones diferentes sobre la CVRS, incluyendo funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y percepción general de salud. Todas las dimensiones son calificadas en una escala que varía de 0 a 100, con el valor de 100 que representa el mejor estado posible de salud.

3.2 Intervenciones psicológicas en pacientes adultos con obesidad para la pérdida de peso

En el ámbito aplicado, de acuerdo con Facchini (2003, como se citó en Leija et al., 2011) la terapia cognitivo conductual empezó a utilizarse con Richard Stuart, el cual impartía tratamientos de manejo de ansiedad y depresión. Posteriormente, en 1991, Mahoney, Mahoney, Cooper, Fairburn y Hawker buscaban que los pacientes obesos modificaran sus estilos de vida con conductas de alimentación más saludables y actividad física mediante la modificación de las estructuras cognitivas que anteceden a ambas actividades y que impiden la pérdida de peso (Leija et al., 2011).

Se utilizó el sistema PICO para identificar los artículos que reportaran intervenciones en adultos con obesidad para la pérdida de peso en PubMed, PsycInfo, Dialnet, Scielo, Science Direct, y Redalyc, del 2012 al 2017. Se emplearon palabras clave en inglés y español: obesity, cognitive behavioral therapy (o cognitive therapy) y weight loss en combinación con comandos booleanos “AND” y “NOT” (véase Cuadro 4). Los criterios de inclusión para los estudios fueron: a) población adulta con obesidad, b) aplicación de técnicas cognitivo conductuales, c) realizar una revisión sistemática o meta-análisis de la intervención cognitivo conductual y d) antigüedad igual o menor a 5 años. Los criterios de exclusión fueron: a) población infanto-juvenil, b) considerar otra enfermedad aparte de la obesidad, c) realizar intervención médica, dietética o física.

Cuadro 4***Descripción de los Medical Subject Headings (MeSH) utilizados***

Obesidad	Terapia cognitiva	Pérdida de peso
<p>Un estado con un peso corporal que está muy por encima del peso aceptable o deseable, generalmente debido a la acumulación de exceso de grasa en el cuerpo. Las normas pueden variar con la edad, sexo, antecedentes genéticos o culturales. Año de introducción: 1966.</p>	<p>Una forma directa de psicoterapia basada en la interpretación de situaciones (estructura cognitiva de experiencias) que determina cómo se siente y se comporta un individuo. Se basa en la premisa de que la cognición, el proceso de adquirir conocimiento y formar creencias, es un determinante primario del estado de ánimo y el comportamiento. La terapia utiliza técnicas conductuales y verbales para identificar y corregir el pensamiento negativo que está en la raíz del comportamiento aberrante.</p> <p>Año de introducción: 1990.</p>	<p>Disminución del peso corporal existente.</p> <p>Año de introducción: 1989.</p>

Para la búsqueda de los artículos en la base de datos PubMed se utilizó el procedimiento descrito por Fernández et al. (2017), que contempla tres filtros de búsqueda, en los que se encontraron alrededor de 60 artículos como se muestra en la Cuadro 5. Para el resto de las bases de datos únicamente se utilizaron los términos obesity, cognitive behavioral therapy, weight loss y sus equivalentes en español, los resultados se muestran en la Cuadro 6.

Cuadro 5

Revisión de artículos reportados sobre intervenciones cognitivas conductuales en adultos con obesidad para la pérdida de peso en la base de datos PubMed.

Método utilizado	Estrategia final de búsqueda	Resultados	Análisis de resultados
Búsqueda general con MeSH.	("Obesity"[Mesh] AND "Cognitive Therapy"[Mesh]) AND "Weight Loss"[Mesh] AND.	60	De los artículos que cumplieron con los criterios, 2 son guías clínicas, 2 meta-análisis 1 revisión sistemática, y 8 ensayos aleatorizados.
Búsqueda utilizando subtemas.	("Obesity/therapy"[Mesh] AND "Cognitive Therapy"[Mesh]) AND "Weight Loss"[Mesh] AND.	55	La mayoría de los artículos que cumplen con los criterios se muestran en la búsqueda anterior, las revisiones sistemáticas son acerca de Mindfulness, 8 artículos contemplan otros efectos del tratamiento aparte

de la pérdida de peso.

Búsqueda utilizando la función restringir el tema principal.	("Obesity"[Majr] AND "Weight Loss"[Mesh]) AND "Cognitive Therapy"[Mesh] AND.	58	Los artículos que no cumplen con los criterios son 23, de los 14 ensayos controlados aleatorizados, 2 son sobre Mindfulness, 8 comparan la terapia con otro tratamiento y 5 miden la eficacia de la terapia.
---------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------	----	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro 6

Revisión de artículos reportados sobre intervenciones cognitivo conductuales en adultos con obesidad para la pérdida de peso en las bases de datos.

Búsqueda	Bases de datos				
	PsycInfo	Dialnet	Science Direct	Redalyc	Scielo
Obesity AND cognitive behavioral therapy AND weight loss.	33	3	78	1	0

Obesidad AND

terapia

cognitivo

conductual

0

5

1

1

0

AND pérdida

de peso.

De acuerdo con Reséndiz & Sierra, (2014) en los tratamientos para la pérdida de peso en pacientes adultos con obesidad destacan el uso de las siguientes técnicas:

- Automonitoreo: consiste en la observación de la conducta, en este caso, el registro, mediante cuadernillos o medios electrónicos, del consumo de alimentos y bebidas, la cantidad de calorías, los pensamientos asociados a la comida, el ejercicio realizado, y las intensidades de hambre y saciedad.
- Control de estímulos: parte de los principios del condicionamiento clásico, y en la obesidad pretende extinguir los patrones en los cuales el paciente tiene una sobreingesta de alimentos y sus sustitución por hábitos saludables que promueven la pérdida de peso, abarcan desde la disponibilidad de alimentos, hasta la implementación de reforzadores y castigos.
- Solución de problemas: enseña al individuo a identificar los obstáculos que impiden su cambio de hábitos y darle solución a los mismos.
- Activación conductual: parte del principio de mantener a los pacientes activos y realizando actividades cotidianas que serán reforzadas naturalmente, en la pérdida de peso es útil para la disminución de actividades sedentarias y el aumento de la actividad física.

- Terapias cognitivas: se enfoca en identificar, poner a prueba y reestructurar pensamientos disfuncionales asociados al peso, el control de alimentos, etc.
- Aceptación y compromiso: esta técnica enseña al paciente a aceptar estados internos (antojos, hambre, cansancio, emociones negativas, etc.) y a comprometerse con sus metas.
- Mindfulness (conciencia plena): busca la aceptación de emociones, cogniciones y sensaciones y no su modificación, lo cual aumenta la tolerancia a la frustración, reduce la impulsividad de la ingesta alimenticia y el consumo de alimentos por estímulos diferentes al hambre.

Para dar cuenta del uso de dichas técnicas, a continuación se describen una serie de estudios reportados sobre tratamientos para la obesidad en adultos.

Vera (1998) describe un programa para aquellas personas que su principal problema es la obesidad. El objetivo principal es que la persona aceptara su cuerpo, y reconociera la importancia de cambiar su estilo de vida y hábitos alimenticios por unos más saludables. Las características del programa se muestran en la Cuadro 7.

Cuadro 7***Descripción del tratamiento para la obesidad de Vera (1998)***

Participantes	Duración	Técnica cognitivo- conductual.	Sesiones
Grupo menor a 20 personas que necesiten perder menos de 20 kg y la obesidad sea su principal problema.	12 sesiones con una duración de 2 horas cada una, de manera semanal. Cada sesión estará dividida en dos partes: 1. Se va a pesar a los participantes, revisar las tareas de la semana	Psicoeducación. Control de estímulos. Manejo de contingencias. Reestructuración cognitiva. Solución de problemas Contrato conductual	1. El grupo se va a conocer, se da información sobre la obesidad y se fija un peso meta. 2. Introducción de autorregistros cognitivos, análisis funcional del problema, realizar una evaluación por un compañero. 3. Análisis de los pensamientos negativos, y firmar el contrato conductual. 4. Fijar horario para las comidas, educación nutricional, incremento de la actividad física y cuestionamiento de los “debo”. 5. Aprender a discriminar entre hambre y apetito y discusión sobre las autoverbalizaciones de “todo o nada” y “autodevaluación”.

pasada y dejar nuevas tareas
Prevenición de recaídas

2. Se dividirán en subgrupos (en caso de haber dos terapeutas)

6. Aprender trucos para controlar la cantidad de comida, aumentar la actividad física y discusión sobre las autoverbalizaciones de “no puedo” y “fatalismo”.

7. Aprender sobre la dieta equilibrada, y promover el cambio de estilo de vida sedentario a activo.

8. Promover el cambio de comer rápido a lento y modificación de excusas y sobregeneralización.

9. Aprender estrategias para comer fuera, programación del ejercicio físico y discusión de las autoverbalizaciones de “tremendismo”.

10. Identificar cadenas conductuales y estrategias para romperlas.

11. Prevenición de recaídas y cómo afrontarlas mediante solución de problemas.

12. Explorar miedos, evaluar el grado de satisfacción y fijar fechas para el seguimiento.

Por otra parte, Larrañaga y García (2007) describen el tratamiento llamado “LEARN” acrónimo de lifestyle, exercise, attitudes, relationship y nutrition (estilo de vida, ejercicio, actitudes, relaciones interpersonales y nutrición), el cual tiene una duración de 38 semanas, las primeras 18 son sesiones semanales de 90 minutos cada una, las siguientes 20 sesiones son para el mantenimiento. Los componentes del programa se muestran en la Cuadro 8.

Por otra parte se ha reportado investigaciones con el objetivo de proporcionar información acerca de las generalidades de la obesidad y los beneficios de tener una vida sana. Villarreal, Garza, Gutiérrez, Méndez y Ramírez (2012) consideran es fundamental que el paciente esté atento a los riesgos que conlleva la enfermedad y que por medio de los cambios conductuales, logre la reducción del peso corporal entre un 5% a 10%, para después intentar su mantenimiento. Los objetivos de su estudio fueron disminuir la ingesta y estimular el gasto energético a través de técnicas para modificar hábitos, con base en el aprendizaje de habilidades. Se realizó la intervención en mujeres derechohabientes de un centro de salud del estado de Nuevo León, de 20 a 60 años de edad, con un IMC mayor a 27, se dividió en grupo control y experimental, en ambos grupos se recabaron medidas antropométricas y datos sociodemográficos, se evaluó la ingesta dietética y de actividad física. Al grupo experimental se otorgó una sesión de intervención psicoeducativa, en la cual se informó sobre qué es la obesidad, sus efectos en la salud y sus riesgos, así como la justificación para tratar el problema, también se les entregó un programa de cambios en el estilo de vida, que enfatizaba estrategias para realizar cambios que favorecieran la pérdida de peso, y se solicitó que lo siguieran la buena alimentación y la práctica de actividad física. Mientras que el grupo control recibió pláticas sobre temas de salud pública como influenza, dengue y otros padecimientos.

Se encontró mediante una prueba de Wilcoxon que la primera evaluación en comparación con la evaluación después de seis meses hubo una significancia estadística en los cambios antropométricos del grupo experimental (peso $Z=-3.766$; $p<0.0000$; IMC $Z=-3.714$; $p<0.0000$ y circunferencia de cintura $Z=-3.433$;

$p < 0.0000$). Concluyeron que la intervención psicoeducativa fue efectiva para obtener cambios significativos en el peso, el IMC y la circunferencia de la cintura, al haber aumentado el número y duración de las actividades físicas, más que con la exclusiva modificación en los hábitos dietéticos.

De manera similar, Arrebola, Gómez, Fernández, Bermejo y Loria (2013) analizaron la modificación de los estilos de vida mediante dieta hipocalórica equilibrada, ejercicio físico y apoyo psicológico en 60 adultos, con IMC de 27-39,9 kg/m², edad de 18 a 50 años, que asistían al Hospital Universitario de Madrid, de los cuales 33 abandonaron el programa. De cada participante se recolectaron datos sociodemográficos, de estilo de vida, medidas antropométricas, y bioquímicas y cada uno de ellos recibieron 11 sesiones quincenales de psicoeducación sobre nutrición, recomendaciones de actividad física y apoyo psicológico. Los resultados obtenidos mediante una prueba t de Student demostraron que hubo una reducción significativa en el peso, IMC, contorno de cintura, porcentaje de grasa y glucemia ($p < 0.05$), asimismo mejoraron las puntuaciones obtenidas del cuestionario de hábitos de vida relacionados con el sobrepeso y la obesidad en las dimensiones de contenido calórico, alimentación saludable y ejercicio. La baja adherencia a un programa de pérdida de peso puede estar relacionada con IMC ≥ 35 kg/m², haber dejado de fumar ≤ 4 meses, hacer una dieta hipercalórica y mantener un estilo de vida sedentario, sus causas podrían estar relacionadas tanto a variables del servicio sanitario como al mismo paciente.

Asimismo, se han considerado la calidad de los alimentos que se consumen como una variable que puede modificarse mediante la intervención a la obesidad, Morales, Sánchez, Esteban, Albuquerque y Garaulet (2013) realizaron un estudio con dos objetivos, el primero fue valorar la calidad de la dieta que presentan los participantes antes y durante un tratamiento de pérdida de peso mediante el índice de alimentación saludable (IAS), el segundo fue

Cuadro 8***Componentes del programa LEARN (tomada de Larrañaga & García, 2007).***

Áreas	Componentes
Estilo de Vida	Mantener registros de comida Identificar situaciones de riesgo para la sobreingesta Disociar comer de otras actividades Reducir la frecuencia de la ingesta Eliminar estímulos para comer Entender los mecanismos que relacionan el ejercicio y el control del peso
Ejercicio	Establecer objetivos realistas Desarrollar un plan de actividad regular Controlar las barreras psicológicas para el ejercicio Integrar el aumento de la actividad en la vida diaria Evitar el pensamiento del “todo o nada” Disociar el peso de la autoestima
Actitudes	Recuperarse de las recaídas con actitud constructiva (prevención de recaídas) Desarrollar metas de pérdida de peso razonables Desviar la atención al hábito, no a la cantidad de comida Entender el papel del apoyo social en la salud
Relaciones interpersonales	Ser concreto al solicitar ayuda Ser asertivo, pero flexible permitiendo la ayuda de otros con actividades gratificantes Resistir la tentación de dietas de moda
Nutrición	Comer con moderación Aumentar el consumo de fibra Desarrollar un plan individualizado

examinar la relación potencial sobre el IAS, la edad, el sexo, y el estado ponderal, así como su asociación con la efectividad del tratamiento. Los participantes fueron 392 adultos, de los cuales 84% eran mujeres y 16% hombres, de 18 a 65 años de edad, los cuales tuvieron que seguir una dieta mediterránea individualizada (alta en consumo de frutas, verduras, hortalizas, legumbres y pescado), un plan de actividad física (30 minutos, dos o tres veces por semana) y una intervención psicológica que constó de una sesión semanal en control de estímulos, automonitoreo y refuerzo positivo. Los resultados mostraron que el 88% de las personas alcanzaron su peso meta y presentaron una dieta buena, el IAS fue mejor en las mujeres y los participantes con obesidad mejoraron la calidad de su dieta de 12% a 85% durante la intervención. Los autores concluyen que la intervención mejora de manera significativa la calidad de la dieta y se incrementa la variedad de alimentos que se consumen durante el tratamiento.

También se ha evaluado en conjunto con técnicas de fisioterapia, bajo el supuesto que facilitan la mayor pérdida de peso, lo cual refuerza continuamente el cambio de hábitos y mejora la adhesión al tratamiento. Torres et al., (2011) analizaron la modificación de hábitos de vida mediante a terapia cognitivo conductual administrada conjuntamente con la presoterapia. Los 40 participantes se dividieron en dos grupos, el grupo control únicamente recibió sesiones informativas de promoción de hábitos saludables, mientras que el grupo experimental recibió sesiones semanales de 80 minutos de duración, en las cuales se trabajó:

- a) Automonitoreo (de alimentos),
- b) control de estímulos (evitar situaciones que propician comer en exceso),
- c) flexibilidad en el programa de alimentación,
- d) reestructuración cognitiva (sentimientos de autoderrota),
- e) relaciones interpersonales y manejo de estrés (solución de problemas y técnicas de relajación),

- f) recompensas,
- g) cambios de actitud al comer (comer lento, comer primero las verduras, y comer en platos más pequeños), y
- h) prevención de recaídas.

Aunado a las sesiones de terapia, durante los tres meses el grupo experimental recibió 30 minutos de presoterapia, una técnica que consiste en utilizar un pantalón neumático que va alternando de forma ascendente una presión positiva en el cuerpo para mejorar la circulación e incrementar el drenaje de líquidos y toxinas. Los resultados demostraron que el grupo experimental tuvo más cambios que el grupo control, puesto que hubo una reducción significativa en el peso (en el primer mes $p < 0,03$ y segundo mes de intervención $p < 0,047$) y en el cuestionario de hábitos saludables que respondieron, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de control de la cantidad mínima de aceite ($p < 0,046$), comer entre comidas asociado a estar bajo de ánimo ($p < 0,042$), realizar ejercicio regularmente ($p < 0,042$) y consumir verduras a diario ($p < 0,002$). Se concluyó que la intervención proporcionó a los participantes habilidades para manejar diversas señales de que se están alimentando de manera excesiva, corregir los errores en el régimen alimenticio y de actividad física. Además se comprobó que la terapia cognitivo conductual es más eficaz que el tratamiento con un régimen alimentario y ejercicio por sí solos.

No sólo la reducción del peso, los cambios de estilo de vida y la calidad de los alimentos han sido objetivos de las intervenciones cognitivo conductuales, también se han contemplado variables psicológicas como depresión, ansiedad, autoestima y calidad de vida; por ejemplo el estudio de Abilés, et al. (2013), el cual tuvo el objetivo de evaluar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en 30 (76% mujeres, 14% hombres, edad $x=49$ años) pacientes con obesidad mórbida. El tratamiento tuvo una duración de 3 meses, en 12 sesiones de dos horas cada una, las primeras cinco se centraron en mejorar los hábitos alimentarios y aumentar la actividad física, en las

sesiones restantes se enseñaron estrategias para mantener los nuevos hábitos adquiridos; las técnicas empleadas fueron: autorregistro, control de estímulos, reestructuración cognitiva, refuerzo positivo, adiestramiento nutricional, activación física y prevención de recaídas. Los datos cuantitativos fueron analizados mediante una prueba t de Student y los cualitativos mediante una prueba chi cuadrada, se encontró que el 95% de los pacientes que pasaron por la terapia cognitivo conductual fueron considerados como exitosos porque el tratamiento contribuyó a la pérdida de peso y disminución en los niveles de ansiedad, estrés y mayor autoestima de manera más significativa que los no exitosos ($p < 0.05$). Los resultados muestran que los pacientes atendidos con terapia cognitivo conductual lograron un mayor exceso de peso perdido, y aprendieron a consumir los alimentos que son adecuados para su enfermedad.

De igual modo, Delgado et al. (2015) tuvieron el propósito de evaluar los efectos de un tratamiento multidisciplinar sobre parámetros antropométricos, glucosa basal, condición física y niveles de depresión o ansiedad en 14 candidatos a cirugía bariátrica. El tratamiento implicó sesiones individualizadas y grupales enfocadas en nutrición, aspectos de ansiedad, sintomatología depresiva y ejercicio. Se encontró con una prueba t de Student que se redujo el peso ($p = 0,004$), el IMC ($p = 0,000$), porcentaje de grasa ($p = 0,001$), y la glucosa basal ($p = 0,002$) de manera significativa, también se aumentó 7.7% la condición física y el número de metros recorridos, por lo tanto se concluyó que las 16 semanas del tratamiento fueron eficaces para mejorar las condiciones preoperatorias de dichos pacientes.

Asimismo, Sierra, Vite y Torres (2014) evaluaron la efectividad de una intervención cognitivo conductual grupal en pacientes candidatos a cirugía bariátrica sobre la pérdida de peso y la calidad de vida antes de ésta. Nueve pacientes (7 mujeres y 2 hombres) con una edad promedio de 34 años, recibían tratamiento multidisciplinario de nutrición, endocrinología, cardiología, cirugía, rehabilitación física, además del tratamiento psicológico que constó de 5 sesiones:

1. Evaluación, mediante la entrevista para cirugía bariátrica, la entrevista MINI y el InCaViSa;

2. Cirugía bariátrica, recibieron psicoeducación sobre la obesidad, tratamientos y la cirugía;
3. Estilos de vida saludables, recibieron psicoeducación sobre los estilos de vida saludables, técnica de control de estímulos (modificación ambiental), preparar redes de apoyo, estructurar patrones de alimentación, identificar y controlar la ingesta emocional, comenzar rutina de ejercicio e identificar pensamientos disfuncionales.
4. Entrenamiento en solución de problemas enfocado en cambios en el estilo de vida mediante el análisis costo-beneficio de las posibles soluciones.
5. Autorregulación, utilizaron psicoeducación sobre las respuestas cognitivas y fisiológicas del estrés, fueron entrenados en respiración diafragmática y en imaginación guiada, también se realizó la segunda evaluación con retroalimentación sobre el desempeño en el programa.

Los resultados indicaron que los participantes perdieron en promedio 5.7 kilogramos, es decir el 8.3% del exceso de peso, su IMC bajo de 44.18 a 42.08, y mostraron una mejoría en actitud ante el tratamiento y en percepción corporal. Se concluyó que la intervención cognitivo conductual se asoció a una pérdida de peso y disminución en el IMC, a la mejor percepción corporal y actitud al tratamiento.

Por otra parte, existen estudios que buscan corroborar la eficacia de la terapia cognitivo conductual dentro del tratamiento multidisciplinar, tal es el caso de Alvarado, Guzmán y González (2005) tuvo el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención psicológica en pacientes con obesidad, para ello se utilizó un diseño cuasi experimental, con un grupo control de 24 pacientes y un grupo experimental de 10, los cuales se sometieron a un programa multidisciplinar de 3 meses, con una sesión cada semana de dos horas, donde únicamente tres sesiones fueron manejadas por psicólogos, y después, el grupo experimental recibió intervención psicológica, en la cual se aplicó reestructuración cognitiva, entrenamiento en

autocontrol y autoestima, relajación y reforzamiento. Se encontró que las técnicas cognitivo conductuales contribuyeron a lograr una reducción mayor en el peso de 75.68kg a 69.08kg en el grupo control, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con la prueba U de Mann Whitney, porque la no hubo normalidad en la variable, a diferencia de la comparación entre grupos, donde se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p= 0.00$). Los autores concluyen que la intervención cognitivo conductual basada en la información contribuye en la pérdida de peso, incluso logrando que los participantes logren su peso meta.

También, Leija et al. (2011) realizó un estudio para comparar un tratamiento cognitivo conductual grupal enfocado al cambio de creencias y adquisición de hábitos de alimentación y activación física contra un tratamiento con ejercicio aeróbico controlado individualizado en pacientes con obesidad I y II. Fueron reclutados 60 participantes que se dividieron de manera aleatoria en dos grupos, uno de ellos realizó actividad física durante 30 minutos en una caminadora mientras que el otro participó en trece sesiones semanales acerca de información relacionada con obesidad, explicación de la terapia cognitivo conductual, cambio de hábitos insanos, la importancia de la activación física y técnicas de autocontrol emocional. Los resultados de la prueba Wilcoxon para grupos independientes mostraron que en ambos grupos hubo una disminución estadísticamente significativa en el IMC ($p<0.05$), en el cuestionario sobre ingesta alimentaria el grupo de terapia obtuvo diferencias estadísticamente significativas en defensividad ($p=0.46$), sobreingesta ($p=0.002$), antojos ($p=0.004$), expectativas ($p=0.006$), racionalización ($p=0.004$), motivación ($p=0.025$), salud ($p=0.010$) y afectividad ($p=0.001$), mientras que para el grupo de ejercicio tanto en salud ($p=0.058$) como aislamiento social ($p=0.016$), y en las comparaciones entre grupos hubo diferencias estadísticas en motivación ($p=0.006$) e imagen corporal ($p=0.024$). Los resultados indican que las personas que han recibido terapia cognitivo-conductual han comenzado a realizar conductas saludables, o cual indica que la terapia está dirigida a la adquisición de hábitos alimentarios y actividad física es útil para modificar la estructuras cognitivas que van a permitir que los cambios en el peso se mantengan a largo plazo.

Los estudios descritos anteriormente son un ejemplo del trabajo que se ha realizado desde el enfoque cognitivo conductual en el tratamiento con adultos obesos, la mayoría de ellos son explicados bajo el modelo de autocontrol, “un proceso en el cual el individuo es el principal agente en guiar, dirigir y regular el proceso de cambio de su propia conducta, o sea que cada individuo se vuelve el agente de su propio cambio” (Reynoso & Seligson, 2005, p.41), en este caso las conductas que el individuo tiene que modificar, principalmente, son la conducta alimenticia y la actividad física.

Para que los programas de intervención bajo este modelo sean exitosos deben de especificar la conducta, así como los antecedentes y consecuentes de ésta e implementar un plan de acción para que cambie alguna de estas situaciones, para ello se utilizan tres estrategias: autoobservación, planeación medioambiental, y programación conductual (Reynoso & Seligson, 2005). A modo de ejemplo, en el caso de los tratamientos en obesidad, la primera estrategia se puede observar con Morales et al. (2013) y Torres et al. (2011) utilizan el automonitoreo de la conducta alimentaria para que el individuo de cuenta de las cantidades que come, los tipos de alimentos, el tiempo y la situación de consumo, etc. En la segunda estrategia, se hace uso de técnicas de control de estímulos y manejo de contingencias para que las personas con obesidad modifiquen la manera en la que comen, como comer más lento, comer primero las verduras, sino también modifiquen el ambiente en el que lo hacen, comer en platos más pequeños, evitar ver la televisión mientras lo hacen, así como las situaciones sociales que posibiliten excederse (Alvarado et al., 2005; Torres et al., 2011; Morales et al., 2013; Abilés et al., 2013; Sierra et al., 2014). Por último, la tercer estrategia, programación conductual, se pone un plan de acción, en el que se hace uso de refuerzos positivos para que los individuos cumplan con el plan de alimentación y realicen actividad física (Alvarado et al., 2005; Leija et al., 2011; Morales et al., 2013; Abilés et al., 2013).

Sin embargo, los cambios en las conductas de alimentación y actividad física explicados por el modelo de autocontrol, son solamente cambios conductuales, bajo el principio de este enfoque, en el cual también es importante influir en los procesos

de pensamiento que se encuentran relacionados con la conducta manifiesta, y pueden ser los que la están manteniendo e incrementando (Reynoso & Seligson, 2005). En las intervenciones en la obesidad adulta, se ha utilizado reestructuración cognitiva para modificar aquellos pensamientos que interfieren con el cumplimiento de los planes de alimentación y ejercicio (Alvarado et al., 2005; Torres et al., 2011; Abilés et al., 2013).

También es importante considerar que las personas tienen información excesiva e inadecuada sobre dietas, alimentación sana, proceso de adelgazamiento, etc. por lo cual resulta imprescindible un módulo de educación alimentaria y psicológica para que se logre involucrar en el tratamiento con información veraz y con criterios de salud adecuados (Denia, 2011), como en el caso de los estudios realizados por Villareal et al. (2012), Arrebola et al. (2013) y Sierra et al. (2014) en los cuales los participantes fueron informados en obesidad (características, efectos secundarios, tratamientos, justificaciones para tratarla), nutrición y actividad física.

Por lo tanto, es importante que los psicólogos que trabajen bajo este enfoque contemplen no solo las conductas manifiestas de comer y ejercitarse, sino también las cogniciones que se asocian con está, como pensamientos, creencias, actitudes, porque la modificación de estos elementos va a permitir que el adulto con obesidad modifique su estilo de vida a uno más saludable, que como se ha demostrado no sólo modificará sus medidas antropométricas y bioquímicas, sino también generara cambios en los constructos psicológicos como ansiedad, estrés, depresión, y calidad de vida (Alvarado et al., 2005; Abilés et al., 2013; Sierra et al., 2014).

Finalmente, el psicólogo debe tomar en cuenta que los cambios generados durante la terapia deben permanecer a lo largo del tiempo, Larrañaga y García (2007) afirman que los pacientes obesos logran mantener la pérdida durante mayor tiempo cuando permanecen en contacto con el terapeuta. Por lo tanto es importante que en la terapia se dedique un tiempo a la prevención de recaídas, y se realicen medidas de seguimiento durante algunos meses (Torres et al., 2011; Abilés et al., 2013).

CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue identificar las principales intervenciones con enfoque cognitivo conductual en pacientes adultos con obesidad que favorecen a la pérdida de peso.

Para dar cuenta del objetivo es importante identificar que la psicología, como ciencia que estudia el comportamiento, ha sido aplicada en el ámbito de la salud, desde que se empezó a identificar y reconocer el papel que juegan los estilos de vida en el desarrollo de enfermedad, sobre todo en las crónicas degenerativas (Reynoso & Seligson, 2005). Las cuales representan un gran reto para la medicina, ya que son condiciones permanentes que suponen un deterioro estructural o funcional en las células irreversible y progresivo, por ello requieren de tratamientos especiales, únicamente para “controlar”, o bien, “retrasar” el avance de la enfermedad, además llegan a generar discapacidad (Bravo, 2014).

Los tratamientos para este tipo de padecimientos implican para el enfermo cambios en el estilo de vida, por ejemplo ingesta de fármacos diariamente, tratamientos médicos invasivos, visitas hospitalarias, revisiones médicas, cambios de alimentación y actividad física. Esta condición genera importantes gastos al gobierno, además de diversas implicaciones psicosociales para las personas que las padecen (Bravo, 2011).

Como ya se mencionó anteriormente, actualmente una de las enfermedades de este tipo que más preocupa a las organizaciones de salud es la obesidad, no sólo por los elevados costos que genera el tratamiento, el ausentismo laboral, sino también, por la gran relación que existe del exceso de grasa corporal con el desarrollo de enfermedades no transmisibles, como la diabetes mellitus tipo 2, las cardiopatías, entre otras (Instituto Mexicano para la Competitividad, 2015).

Sin perder de vista que se ha demostrado que la obesidad genera comorbilidades psicológicas y sociales, porque interfiere con el bienestar psicológico, dificulta la socialización, favorece el aislamiento, propicia el rechazo o

discriminación por el gran estigma que acompaña al exceso de peso. Estas comorbilidades, psicológicas y sociales, repercuten en la manera en la que el individuo se desempeña en las áreas de su vida, incluso llevándolos a desarrollar psicopatologías, como ansiedad, depresión, trastorno por atracón entre otros (Pagoto et al., 2011; López & Garcés, 2012)

Aunado a lo anterior la obesidad se ha convertido en una epidemia nacional y mundial, para la cual se han implementado medidas de prevención e intervención que han resultado inefectivas, porque los estadísticos indican que tanto ésta como las enfermedades asociadas aumentan año con año (OMS, 2016).

De acuerdo con López y Garcés (2012) definir a la obesidad como “exceso de grasa en el cuerpo” y asumir que la causa es un desequilibrio entre lo que se come y la actividad física que se realiza es inadecuado, porque debería reflejar un estado provocado por diversas causas, ya que en ella interactúan hábitos alimentarios, hábitos de estilo de vida, hábitos psicológicos y factores medioambientales. Una definición que contemple estos factores da oportunidad a que diversos profesionales del ámbito de la salud, entre ellos los psicólogos, sean los encargados de la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de este tipo de personas.

Así también, debe considerarse a la obesidad como una enfermedad crónico degenerativa, porque sin importar que las personas se sometan a tratamientos médicos (el uso de fármacos como Orlistat), o tratamientos quirúrgicos (de reducción de la cámara gástrica, reducción de la longitud del intestino delgado disminuyendo la superficie de absorción de nutrientes o la combinación de estos) obtienen una “cura” para la enfermedad, es necesario que modifiquen las conductas que los llevan a la pérdida o mantenimiento del peso (Sierra et al., 2014). Además dichos tratamientos se asocian con baja adhesión terapéutica, lo que provoca que las personas recuperen rápidamente el peso perdido, el llamado “efecto yo-yo”, lo cual hace que nuevamente se sometan a tratamiento farmacológico, o bien a “dietas milagro” que prometen una pérdida rápida de peso, pero el plan de alimentación no incluye las porciones ni todos los grupos alimenticios necesarios, de modo que el

peso de las personas va oscilando, causando aún más daño que si se estuviera en una condición de sobrepeso u obesidad por determinado tiempo (Vera, 1998).

Por lo tanto, los tratamientos enfocados a la modificación de hábitos y estilos de vida han resultado las más eficaces (Sierra et al., 2014), aunque tampoco son el resultado definitivo, el trabajo multidisciplinario, dentro del cual se ha desempeñado en psicólogo, produce efectos a mayor plazo en comparación con los tratamientos de una sola disciplina (Larrañaga & García, 2007). Además que en relación al análisis costo-beneficio, en comparación con los tratamientos farmacológico y quirúrgico, ha representado mayores beneficios, entre ellos la prevención de las enfermedades asociadas, mejora en la calidad de vida y un decremento en el uso de los servicios de salud, a un menor gasto monetario (Bachman, 2007).

Respecto a los niveles de prevención, el tratamiento para la obesidad, está relacionado con los tres primeros, con la prevención primaria porque advierte sobre enfermedades asociadas, con la prevención secundaria porque si se aplica a personas con sobrepeso da resultados favorables y, el más importante, con la prevención terciaria, porque dada la magnitud del problema es indispensable el uso de intervenciones que produzcan resultados que perduren en el tiempo (Reynoso & Seligson, 2005).

El tratamiento multidisciplinario de la enfermedad puede incluir a diferentes médicos especialistas, como endocrinólogos y cardiólogos, un nutriólogo, que proporcionará un plan de alimentación acorde a las características físicas de la persona, calculando de 500 a 1000 calorías menos del consumo, y rehabilitador físico, para diseñar un plan de actividad físico que evite lesiones causadas por el peso, y un psicólogo, que mediante el uso de técnicas ayude al cambio de estilo de vida (Sierra et al., 2014).

De modo que la función del trabajo del psicólogo en el tratamiento concuerda con lo mencionado por Oblitas (2008), el cual afirma que las principales aportaciones de la psicología a la salud son: la promoción de estilos de vida

saludables, la modificación de hábitos insanos y el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas, mediante el trabajo multidisciplinar.

Por otra parte, para la psicología clínica, la terapia cognitivo conductual ha sido la que mayor interés ha prestado en aportar evidencia científica de los tratamientos, en parte por características teórico-metodológicas del enfoque, lo cual ha permitido avalar sus técnicas como basadas en la evidencia. En el ámbito aplicado de la salud, por ejemplo un contexto hospitalario, el uso de tratamientos basados en la evidencia científica es un punto a favor en el trabajo de los psicólogos, no sólo porque están comprobados los resultados que generan, sino porque la práctica basada en la evidencia surgió en el campo de la medicina, lo que favorece el trabajo multidisciplinar para el tratamiento de enfermedades (Ybarra et al., 2015).

Los resultados de una búsqueda bibliográfica, mediante el uso de Medical Subject Headings (MeSH por sus siglas en inglés) indicaron más de 100 artículos en inglés y 7 en español durante los últimos cinco años, en las diferentes bases de datos, que realizan algún tipo de intervención psicológica para la pérdida de peso en pacientes con obesidad. Dichos resultados son relevantes porque permiten que el psicólogo que esté interesado en el tratamiento de la obesidad pueda hacer uso de la práctica clínica basada en la evidencia, esto es, incorporar la mejor investigación disponible, como guías clínicas, revisiones sistemáticas, metaanálisis, entre otros, con su experiencia clínica, y las características del paciente, para tomar una decisión sobre cuál es la mejor y más viable opción para realizar una intervención con gran probabilidad de obtener resultados favorables (Ybarra et al., 2015). Además se describieron intervenciones multidisciplinarias que hacen uso de la terapia cognitivo conductual, demostrando que probabilizan el éxito en la pérdida de peso y el cambio en el resto de las medidas antropométricas (Pagoto et al, 2011).

Para identificar las características del paciente es fundamental que el psicólogo realice una evaluación inicial, las intervenciones descritas en este trabajo, sugieren considerar medidas antropométricas (peso, circunferencia de cintura y cadera, IMC, porcentaje de grasa, entre otras), bioquímicas (presión arterial, glucosa basal, colesterol) y variables psicológicas, que van desde las características

del paciente, el psicodesarrollo de la enfermedad, la ingesta emocional hasta constructos como depresión, ansiedad, calidad de vida, etc. Vera (1998) recomienda que en la evaluación inicial se identifiquen todas las variables relacionadas con la obesidad del paciente, por ejemplo, cuando la obesidad aparece a consecuencia de depresión o ansiedad no es el problema a tratar, requiere de un tratamiento diferente, ya que intervenir con un tratamiento enfocado a la modificación de estilos de vida y hábitos podría no tener un impacto en la pérdida de peso, o los cambios no podrían mantenerse en el tiempo porque el problema de origen es uno u otro trastorno.

En la evaluación inicial el psicólogo cuenta con diversas técnicas para recolectar información, considerando las características, ventajas y desventajas de los métodos, además de considerar los objetivos de la intervención ya que estos deben de ser coherentes, para asegurar que nuestras medidas correspondan a lo que se desea medir. La entrevista adicional a obtener información nos va permitir establecer una relación terapéutica con el usuario, la cual es una variable que puede influenciar en la manera en la que el paciente se desempeña en la terapia (Larrañaga & García, 2007).

Por otra parte, los autorregistros, son los muy utilizados (Leija et al., 2011; Torres et al., 2011; Villarreal et al., 2012; Morales et al., 2013) porque ofrecen al psicólogo los datos respecto a los hábitos implicados en la obesidad, por ejemplo en el caso de la comida, a qué hora, dónde, qué, cuánto, con quién, qué hacen mientras y en cuánto tiempo comen, lo cual va a permitir identificar antecedentes y consecuentes de la conducta de interés para así intervenir en algunos de ellos. Esta información, también puede ser de utilidad para otros especialistas, como el nutriólogo, para corroborar que el paciente está cumpliendo el plan de alimentación recomendado.

Para la elección de las pruebas psicométricas es importante que las características del usuario sean consideradas, como la edad y la escolaridad, ya que generalmente las pruebas son diseñadas en un tipo de persona específico, por lo que es indispensable que antes de la aplicación de la prueba el psicólogo esté

familiarizado con ésta, para evitar que variables extrañas influyan en el resultado (Tron et al., 2014).

Una vez realizada la evaluación el psicólogo debe de plantear una meta realista acerca de la terapia, y aunque ésta sea grupal, el objetivo tiene que ser individual, según Vera (1998) es recomendable que el psicólogo busque que la persona acepte su peso y cuerpo, ya que plantearlo como un problema puede llegar a desarrollar comportamientos obesos fóbicos, si finalmente la meta es ayudar a que la persona logre cierto peso, éste debe ser razonable, es decir, el que la persona sea capaz de mantener al menos un año. También los objetivos de la terapia deberían incluir el aprendizaje y fomentar inmunógenos conductuales, como asistir al médico, dormir al menos seis horas diarias, conductas de autocuidado, entre otros, aspectos que hasta ahora no han sido considerados.

La terapia ha sido utilizada de manera individual o grupal, y no hay un estudio que demuestre que una es más efectiva que la otra, sin embargo Sierra et al. (2014) señalan que las intervenciones grupales resultan eficaces siempre y cuando se refuerce la adherencia al tratamiento, exista psicoeducación, se enseñen estrategias de afrontamiento y solución de problemas, el grupo sea un ambiente seguro y el paciente se sienta aceptado. Además Denia (2011) asegura que es importante que en los grupos de reducción de peso se encuentren motivados, sin embargo, muchas veces las personas con obesidad tienen dificultades para encontrar una motivación suficiente que les permita cambiar el comportamiento. Para lograr esto es necesario canalizar de forma adecuada los sentimientos y emociones de las personas sin usar como intermediario o como finalidad la comida.

Las técnicas utilizadas en el tratamiento cognitivo conductual de la obesidad, han mostrado resultados favorables, aunque no definitivos para la pérdida de peso y conductas patológicas asociadas. El tratamiento implica no sólo cambios conductuales y ambientales, también confronta los pensamientos y patrones habituales de la conducta con la idea de hay más opciones posibles, favoreciendo que los pacientes también modifiquen las creencias, los pensamientos y las actitudes que les impiden seguir con el tratamiento (Larrañaga & García, 2007).

Las técnicas se encuentran fundamentadas en principios teóricos como el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante, la teoría del aprendizaje social, la psicogenética, y la teoría del procesamiento de la información (Larrañaga & García, 2017).

En las intervenciones revisadas (Villareal et al., 2012; Arrebola et al., 2013; Sierra et al., 2014), resalta el uso de la psicoeducación, es importante tomar en cuenta que muchos de los obesos presentan distorsión en la imagen corporal, llegando a estimar un peso menor del que en realidad tienen, por lo tanto no llegan a considerar su peso como un problema que hay que atender, la psicoeducación favorecerá que el paciente conozca que tener un exceso de peso resulta perjudicial para la salud, el bienestar y la calidad de vida, además aprenda la importancia de los hábitos alimenticios saludables, una dieta equilibrada y la actividad física.

Control de estímulos y manejo de contingencias son dos técnicas que dentro de las intervenciones modifican directamente la conducta de comer, en cuanto a la frecuencia, latencia y porciones, también ayuda a que el paciente aprenda a modificar el ambiente, utilizando estrategias que le permitan tomar decisiones saludables más fácilmente (Segal et al., 2016)

La activación conductual utilizada en el tratamiento por Abilés et al. (2013), permite acercar a los pacientes a la actividad física de acuerdo a sus capacidades, horarios, gustos y recursos, con mayor posibilidad de que estos realicen actividad física en comparación con una simple indicación del médico.

Torres et al. (2011) y Sierra et al. (2014) trabajaron sobre cómo evitar situaciones de comer en exceso y relaciones interpersonales, a diferencia de los demás, considerando el contexto social en el que nos desenvolvemos, donde las comidas tienen un valor simbólico, sería importante que los diversos estudios consideren la importancia de que los adultos con obesidad sean entrenados en habilidades sociales, para evitar que en este tipo de reuniones se vean presionados a consumir alimentos fuera de su plan de alimentación, así como favorecer las

psicopatologías que pudiera presentar, como depresión, y contar con una red de apoyo que le permita cumplir su objetivo.

Dado que hasta ahora no hay una solución definitiva, durante la prevención de recaídas es importante hacerle saber al paciente las diferencias entre caídas y recaídas, las primeras son transgresiones concretas en la intervención, como ingerir un alimento fuera de lo recomendado o no realizar actividad física un día, y se debe procurar tener las menores posibles, mientras que las recaídas son el abandono de los hábitos alimenticios, para lo cual se exploran los miedos y las posibles situaciones que podrían causar una recaída, así como los posibles planes de acción para retomarla (Vera, 1998).

Finalmente, implementar en mayor medida el trabajo del psicólogo como parte del tratamiento de la obesidad es necesario en el país, porque ha demostrado resultados favorables para la pérdida y mantenimiento a mediano plazo del peso, y fundamentalmente, para modificar comportamientos poco saludables por otros que favorezcan el bienestar, la calidad de vida y la salud física y mental de quienes ya enfermaron; por encima de cualquier otro tratamiento, desde la teoría cognitivo conductual, que ha demostrado tener fundamentos teórico-metodológicos y se ha preocupado por realizar estudios que comprueben la efectividad y eficiencia de sus técnicas en el mejoramiento de las condiciones, sin dejar de lado las características y contextos propios del paciente. Para ello es necesario que tanto los médicos, profesionales de salud y sistema de salud, continúen posicionando la labor del psicólogo como parte del sistema salud y de cualquier estrategia que debe implementarse en esta materia.

REFERENCIAS

- Abilés, V., Abilés, J., Rodríguez, S., Luna, V., Martín, F., Gándara, N., & Fernández M. (2013). Efectividad de la terapia cognitivo-conductual en la pérdida de peso tras dos años de cirugía bariátrica en pacientes con obesidad mórbida. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 1009-1114. doi: 10.3305/nh.2013.28.4.6536.
- Alvarado, A., Guzmán, E., & González, M. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 417-428. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29210214.pdf>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Ariza, C., Ortega, R. E., Sánchez, M. F., Valmayor, S., Juárez, O., Pasarín, M. I., & Proyecto POIBA (2014). La prevención de la obesidad infantil desde una perspectiva comunitaria. *Atención Primaria*, 47(4), 246-255. doi:10.1016/j.aprim.2014.11.006.
- Arrebola, V., Gómez, C., Fernández, F. C., Bermejo, L., & Loria, K. (2013). Effectiveness of a program for treatment of overweight and nonmorbid obesity in primary healthcare and its influence lifestyle modification. *Nutrición Hospitalaria*, 28(1), 137-141. doi: 10.3305/nh.2013.28.1.6012.
- Arroyo, P., & Carrete, L. (2015). Alcance de las acciones para prevenir el sobrepeso y la obesidad en adolescentes. El caso de las escuelas públicas mexicanas. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(28), 142-160. doi: 10.11144/Javeriana.rgyps18-28.aaps.
- Ayela, P. M. (2009). *Obesidad: problemas y soluciones*. España: Editorial Círculo Universitario.
- Bachman, K. H. (2007). Obesity, weight management, and health care costs: a primer. *Disease Management*, 10(3), 129-137. doi: 10.1089/dis.2007.103643.

- Baile, J. I., & González, M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(2), 253-261. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/11770/8722>.
- Barrera, C. A., Ávila, J. L., Cano, P. E., Molina, A. M., Parrilla, O. J., Ramos, H. I., Sosa, C. A., Sosa, R. M., & Gutiérrez, A. J. (2013). Guía práctica clínica de prevención, diagnóstico y tratamiento del sobre peso y obesidad. *Revista Médica del Instituto del Seguro Social*, 51(3), 344-357. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>.
- Becoña, E., Vázquez, F. L., & Oblitas, L. A. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En L. Oblitas & E. Becoña (Eds.), *Psicología de la salud* (pp. 67-110). México: Plaza y Valdés.
- Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/806/80635407.pdf>.
- Bobadilla, S. S., & López, A. A. (2014). Distorsión de la imagen percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(4), 408-414. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2014/im144m.pdf>.
- Borja, A. V., González, A. J., Dávila, T. J., Rascón, P. R., & González, L. M. (2016). Evaluation of the impact on non-communicable chronic diseases of a major integrated primary health care in Mexico. *Family Practice*, 33(3), 219-225. doi:10.1093/fampra/cmz049.
- Bravo, T. A., Espinosa, R. T., Mancilla, A. N., & Tello, R. M. (2011). Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 115-123. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/292/29215963010.pdf>.

- Bravo, G. M. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónicos degenerativos. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Teoría y práctica* (pp. 43-64). México: FESI-UNAM Qartuppi.
- Carrasco, F., Moreno, M., Iribarra, V., Rodríguez, L., Martín, M. A., Alarcón, A., Mizón, C., Echenique, C., Saavedra, V., Pizarra, T., & Atalah, E. (2008). Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad, en riesgo de diabetes. *Revista Médica de Chile*, 136, 13-21. doi: 10.4067/S0034-98872008000100002.
- Cochoero, A., Rivero, D. J., Popkin, B., & Wen, N. S. (2017). In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax. *Health Affairs*, 36(3), 1-8. doi: 10.1377/hlthaff.2016.1231.
- Daset, L. R., & Cracco, C. (2013). Psicología basada en la evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática. *Ciencias Psicológicas*. 7(2), 209-220. Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212013000200009.
- Dávila, T. J., González, I. J., & Barrera, C. A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152t.pdf>.
- Delgado, P., Cofré, A., Alarcón, M., Osorio, A., Camaño, F., & Jerez, D. (2015). Evaluación de un programa integral de cuatro meses de duración sobre las condiciones preoperatorias de pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 32(3), 1022-1027. Recuperado de <http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9350.pdf>.
- Denia, L. M. (2011). Tratamiento cognitivo-conductual de la obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 14, 1490-1504. Recuperado de http://www.tcsevillla.com/archivos/tratamiento_cognitivo_conductual_de_la_obesidad.pdf.

- Díaz, V. A. (2011). La obesidad en México. *Salud Pública*, 239, 61-64. Recuperado de http://archivo.estepais.com/site/wp-content/uploads/2011/03/IndicadorObesidadM%C3%A9xico_marzo2011.pdf
- Díaz, R. J. (2013). *El libro negro de los secretos de la obesidad*. Madrid: Bubok Publishing.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Salaberría, K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: un análisis de la realidad actual. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 85-99. doi: 10.5944/rppc.vol.15.num.2.2010.4088.
- Esquivias, Z. H., Reséndiz, B. A., García, F., & Elías, L. D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud Mental*, 39(3), 165-173. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58246493009.pdf>.
- Fernández, A. M., Martínez, P. A., Arriarán, R. E., Gutiérrez, R. D., Toriz C. H., & Lifshitz, G. A. (2017). Uso de los MeSH: una guía práctica. *Investigación en Educación Médica*, 6(21). Recuperado de <http://riem.facmed.unam.mx/node/554>.
- González, V., Antún, M., Casagrande, M., Di Paola, M., Eisenberg, M., Escasany, M., Ferrari, M., & Yamal, A. (2015). Experiencia del programa mi escuela saludable. *Actualización en Nutrición*, 16(2), 51-61. Recuperado de http://www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_2/RSAN_16_2_51.pdf.
- Gutiérrez, M. (2015). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. *IV Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura*, 2(1), 54-59. Recuperado de www.revistasan.org.ar/pdf_files/trabajos/vol_16/num_2/RSAN_16_2_51.pdf.

- Guzmán, R., Castillo, A., & García, M. (2010). Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. En J. Morales (Ed.), *Obesidad. Un enfoque multidisciplinario* (pp. 201-218). México: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf.
- Hernández, A. M., Rivera, D. J., Shamah, L. T., Cuevas, N. L., Gómez, A. L., Gaona, P. E., Romero, M. M., Gómez, H. I., Saturno, H. P., Villalpando, H. S., Gutiérrez, J. P., Ávila, A. M., Mauricio, L. E., Martínez, D. J., & García, L. E. (2016). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados*. Recuperado de <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/encuestas/resultados/ENSANUT.pdf>.
- Instituto Mexicano para la Competitividad. (2015). *Kilos de más, pesos de menos: Los costos de la obesidad en México*. Recuperado de http://imco.org.mx/banner_es/kilos-de-mas-pesos-de-menos-obesidad-en-mexico/.
- Jáuregui, L. I., López, P. I., Montaña, G. M., & Morales, M. M. (2008a). Percepción de la obesidad en jóvenes universitarios y pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición Hospitalaria*, 33(3), 226-233. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226726006>.
- Jáuregui, L. I., Plasencia, L. M., Rivas, F. M., Rodríguez, M. L., & Gutiérrez, F. N. (2008b). Percepción de la obesidad y la cultura. *Nutrición Hospitalaria*, 23(6), 624. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226729019>.
- Kalarchian, M., Marcus, M., Levine, M., Courcoulas, A., Pilkonis, P., Ringham, R., Soulakova, J., Weissfeld, L., & Rofey, D. (2007). Psychiatric disorder among bariatric surgery candidates: relationship to obesity and functional health status. *American Journal of Psychiatry*, 164, 328-334. doi: 10.1176/ajp.2007.164.2.328.

- Kroes, M., Osei, A. G., Baker, S. R., & Huang, J. (2016). Impact of weight change on quality of life in adults with overweight/obesity in United States: a systematic review. *Current Medical Research and Opinion*, 32(3), 485-508. doi: 10.1185/03007995.2015.1128403.
- Larrañaga, A., & García, M. R. (2007). Tratamiento psicológico de la obesidad. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 129(10), 387-391. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-tratamiento-psicologico-obesidad-13110213>.
- Leija, A. G., Aguilera, S. V., Lara, P. E., Rodríguez, C. J., Trejo, M. J., & López, R. M. (2011). Diferencias en la modificación de hábitos, pensamientos y actitudes relacionados con la obesidad entre dos distintos tratamientos en mujeres adultas. *Revista Latinoamericana de Medicina*, 1(2), 19-24. Recuperado de www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/download/20964/23505.
- Lenin, P. R., Alcantár, R. J., Cárdenas, C. A., Díaz, J. K., Morales, A. E., Ramírez, W. G., Ríos, M. B., Sánchez, L. K., Tenorio, A. K., & Torres, V. A. (2015). Consenso multidisciplinario de prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad en varón joven y maduro. *Medicina Interna de México*, 31(4), 414-433. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2015/mim154i.pdf>.
- López, M. J., & Garcés, F. R. (2012). Hacia una integración comprensiva de la obesidad desde una perspectiva multidisciplinar. *Nutrición hospitalaria*, 27(6), 1810-1816. doi: 10.3305/nh.2012.27.6.5882.
- Loreto, O. (2015). La obesidad para los mexicanos. *Revista Médica*, 6(3), 180-182. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2015/md153b.pdf>.
- Luppino, F., Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., & Zitman. (2010). Overweight, obesity and depression. A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220-229. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.2.

- Macías, A., Gordillo, L., & Camacho, E. (2012). Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. *Revista Chilena de Nutrición*, 39(3), 40-44. doi: 10.4067/S0717-75182012000300006.
- Medrano, V. M., Rojas, R. M. Serrano, A. K., Flórez, A. L., Aedo, S. A., & López, C. M. (2014). Asociación del índice de masa corporal y el autocontrol con la calidad de vida relacionada con la salud en personas con sobrepeso/obesidad. *Psicología: avances de la disciplina*, 8(1), 13-22. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1900-23862014000100002.
- Metzgar, C. J., & Nickols, S. M. (2016). Effects of nutrition education on weight gain prevention: a randomized controlled trial. *Nutrition Journal*, 15(31), 1-13. doi: 10.1186/s12937-016-0150-4.
- Monereo, A., Iglesias, P., & Guijaro, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida*. España: Fundación BBVA- Bilbao. Recuperado de http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DE_2012_prevenion_obesidad.pdf.
- Morales, F. E., Sánchez, M. C., Esteban, A., Alburquerque, J. J., & Garaulet, M. (2013). Calidad de la dieta "antes y durante" un tratamiento de pérdida de peso basado en dieta mediterránea, terapia conductual y educación nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 28(4), 98-987. doi:10.3305/nh.2013.28.4.6665.
- Morganstern, K. P. (1993). Entrevista conductual. En A. S. Bellack y M. Hersen (Eds), *Manual Práctico de Evaluación de Conducta* (pp.1-18). Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Oblitas, G. L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 16(1), 9-38. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración del Alma Ata 1978: Salud para todos. Recuperado de <http://www.fundacionaequus.com.ar/biblioteca/almaata.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_9-sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

Oropeza, A.C. (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

Osuna, R. I., Hernández, P. B., Campuzano, J., & Salmerón, J. (2006). Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del auto-reporte. *Salud Pública de México*, 48(2), 94-103. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200003.

Pagoto, S., Scheider, K. Appelhas, B. M., Curtin, C., & Hajduk, A. (2011). Psychological co-morbidities of obesity. In S. Pagoto (Ed.), *Psychological co-morbidities of physical illness: a behavioral medicine perspective* (pp. 1-72). New York: Springer Science Business Media. doi: 10.1007/978-1-4419-0029-6_1.

Pérez, L., Llorente, E., Gavidia, C., Caurín, C., & Martínez, J. (2015). ¿Qué enseñar en la educación obligatoria acerca de la alimentación y la actividad física? Un estudio con expertos. *Enseñanza de las Ciencias*, 33(1), 85-100. doi: 10.5565/rev/ensciencias.1355.

- Quintero, J., Félix, A. M., Banzo, A. C., Martínez, V. S., Barbudo, E., Silveria, B., & Pérez, T. L. (2016). Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental*, 39(3), 123-130. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.010.
- Reséndiz, A. & Sierra, M. (2014). Psicopatología e intervención cognitivo-conductual del paciente con obesidad. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 237-362). México: FESI-UNAM Qartuppi.
- Reynoso, E. L., & Seligson, N. I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Reynoso, E. L. (2014). Medicina conductual: Introducción. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 11- 26). México: FESI-UNAM Qartuppi.
- Ríos, M., Rangel, R., Álvarez, C. Castillo, G., Ramírez, W., Pantoja, M. Yáñez, M., Arrieta, M., & Ruiz, O. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4). 147-153. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf>.
- Robles, M. Oberst, U. Sánchez, L., & Chaparro, A. (2006). Adaptación transcultural al castellano de la Eating Disorders Examination. *Medicina Clínica*, 127(19), 734-735. doi: 10.1157/13095526.
- Salazar, E. J., Martínez, M. A., Torres, L. T., Aranda, B. C., & López, E. A. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en trabajadores de manufacturas en Jalisco, México. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 66(1), 43-51. Recuperado de <http://www.alanrevista.org/ediciones/2016/1/art-5/>.
- Sámamo, R., Rodríguez, V. A., Sánchez, J. B., Godínez, M. E., Noriega, A., Zelonke, R., Garza, M., & Nieto, J. (2015). Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal. *Nutrición Hospitalaria*, 31(3), 1082-1088. doi: 10.3305%2Fnh.2015.31.3.8364.

- Sánchez, B. J., & Pontes, T. Y. (2012). Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2148-2150. doi: 10.3305/nh.2012.27.6.6061.
- Sanchez, S. J. (2002). Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. In *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology*. Oxford: UK.
- Santacreu, J., Márquez, M. O., & Rubio, V. (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 10, 81-92. Recuperado de https://www.uam.es/personal_pdi/psicologia/victor/SALUD/Bibliog/prevencion.PDF.
- Secretaría de Salud. (2012). *Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_EyR.pdf.
- Secretaria de Salud, (2013). *Estrategia nacional de la prevención y el control del sobrepeso, la obesidad y la diabetes*. Recuperado de http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf.
- Segal, L. M., Rayburn, J., & Martin, A. (2016). *The state of obesity: better policies for a healthier America*. Trust for America's Health & Robert Wood Johnson Foundation.
- Sierra, M. M., Vite, S. A., & Torres, T. M. (2014). Intervención cognitivo-conductual grupal para pérdida de peso y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 25-34. doi: 10.14718/ACP.2014.17.1.3.

- Silvestri, E., & Stalville, A. E. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. *Posgrado en obesidad a distancia- Universidad Favaloro*. Recuperado de <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>.
- Tamayo, L., & Restrepo, M. (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología de la Universidad de Antioquia*, 6(1), 92-112. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4947506.pdf>.
- Tapia, S. A., & Masson, S. L. (2006). Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*, 33(2), 162-169. doi: 10.4067/S0717-75182006000200005.
- Torres, V., Castro, S. A., Matarán, P. G., Lara, P. I., Aguilar, F. M., & Moreno, L. C. (2011). Beneficios de la terapia cognitivo-conductual y la presoterapia en pacientes obesos: ensayo clínico aleatorizado. *Nutrición hospitalaria*, 26(5), 1018-1024. doi: 10.330S/nh.2011.26.S.4981.
- Tron, A. R., Ávila, C. M., & Reynoso, E. L. (2014). Evaluación psicológica. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 83-100). México: FESI-UNAM Qartuppi.
- Vargas, B. (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(607), 475-482. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>.
- Vera, M. N. (1998). Evaluación y tratamiento de la obesidad. En V. Caballo (Ed.) *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos Vol.2* (pp. 217-248). España: Siglo XXI.
- Villaseñor, B. S., Ontiveros, E. C., & Cárdenas, C. K. (2006). Salud mental y obesidad. *Investigación en Salud*, 8(2), 85-90. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg062e.pdf>.
- Villarreal, P. T., Garza, E. T., Gutiérrez, H. R., Méndez, E. E., & Ramírez A. J. (2012). Intervención psicoeducativa en el tratamiento de la obesidad en un centro de

salud de Nuevo León, México. *Atención Familiar*, 19(4), 90-93. Recuperado de http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/33713/30765.

Vio, F., Salinas, J., Lera, L., González, C., & Huechupón, C. (2012). Conocimiento y consumo alimentario en escolares, sus padres y profesores: un análisis comparativo. *Revista Chilena de nutrición*, 39(3), 34-39. doi: 10.4067/S0717-75182012000300005.

Ybarra, J., Orozco, L. & Valencia, O. A. (2015). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en evidencia. En Autor (Eds.), *Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud* (pp. 1-30). México: Manual Moderno.