



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TALLER DE TERAPIA COGNITVA DIRIGIDA A ADULTOS
TEMPRANOS PARA MODIFICAR LA NUTRICIÓN

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

WALBERTO TENORIO SALAZAR

DIRECTOR DE TESIS: Mto. Sotero Moreno
Camacho



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX.

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios por permitirme la oportunidad de la vida y dejarme encontrar en ella la felicidad por tener una familia a la que amo, los cuales me han brindado el apoyo necesario para poder escribir este documento.

A mi asesor el Maestro. Sotero Moreno Camacho por aceptar retomar este documento para poder finalizarlo y dejarme en cada asesoría una experiencia inspiracional hacia su persona.

A mi revisor el Doctor. Samuel Jurado Cárdenas por aceptar ser mi revisor y facilitarme el camino de terminar este documento.

A la Licenciada. María Concepción Conde Álvarez porque con su forma de ser tan bondadosa me dio confianza para llegar hasta aquí.

A la Doctora. Yolanda del Rio Portilla por ayudarme a que el documento sea digno de un egresado de la facultad y por qué en cada corrección recordaba mis primeros días de estudiante universitario cuando tuve el honor de ser su alumno.

A la Maestra. Isaura López Segura por aceptar tenerme por segunda vez en un proyecto de titulación, y por que desde que fue mi maestra siempre se mostró comprensiva y tuvo palabras de aliento para que no abandonara la licenciatura y ahora este proceso para titularme.

DEDICATORIAS

A mi padre el señor Arturo Tenorio.

Por darme cada día un apoyo incondicional que me ha fortalecido y me ha dejado una base firme para realizar todo lo que hago, tratando de encontrar la paz y felicidad con la que el camina por la vida.

Recuerdo aquel momento en el que me describiste la emoción que te dio ver a mi padrino aprobar su examen profesional y me preguntaste si algún día yo pasaría por lo mismo, no supe que contestar, seguramente al leer esto estemos viviendo ese momento en que por fin te entregue ese título que soñamos juntos, te amo padre.

A mi madre la señora Leticia Salazar.

Por preferir que durmiera aunque la carrera se aplazara un poco.

Nunca me presionaste mostrándote comprensiva a mi situación laboral y teniendo la enorme paciencia de esperar poder leer estas líneas, hoy es ese día en donde no me queda más que decir “gracias” te amo madre.

A mi amada esposa la Lic. Miriam Rodríguez.

A ti mujer con quien he compartido más de la mitad de mi vida y que fuiste también mi compañera en esta hermosa licenciatura de la psicología, gracias por que juntos hemos dado pasos firmes que nos mantienen hasta el día de hoy entregados el uno para el otro.

Gracias por aguantar los momentos en los que no tenía cabeza para nada, solo este documento que gracias a Dios por fin se terminó], te amo mi amor.

A mi hija Alondra Tenorio.

Hija de mi corazón, al día de hoy eres muy pequeña y no puedes leer estas líneas, el día que puedas hacerlo quiero que sepas que te amo por sobre todas las cosas, y cada vez que necesitaba un aliento para seguir adelante me acordaba de ti y era suficiente para continuar. Llegas muy lejos, hasta donde lo dicten tus sueños, siempre estaré para apoyarte mi niña hermosa, te amo hijita.

A mi hermana Yadira Tenorio.

Por qué siempre me has dicho lo orgullosa que estas de lo que hago, por tus regaños cuando vez que quiero comerme el mundo de un bocado y solo dices estas loquito Walitas.

Contigo queda claro que la familia es lo primero, no habría ninguna posibilidad de imaginarte diferente, eres la hermana que elegí para compartir mi vida, te amo hermanita.

A mi sobrino Alan Molina.

Por el hecho de saber que con este documento puedes inspirarte para cumplir tus sueños, llega muy lejos querido hijo, te digo hijo porque te quiero tanto como a un hijo.

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
CAPITULO I NUTRICIÓN Y ADULTO TEMPRANO	3
1.1 CONCEPTO:.....	3
1.1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA NUTRICIÓN.....	4
1.1.3 NUTRICIÓN Y DIETA.....	6
1.1.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIETA DE LAS PERSONAS.	7
1.1.5 CARACTERISTICAS DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.	8
1.2 ADULTEZ TEMPRANA.....	9
1.2.1 CONCEPTO	10
1.2.2 NUTRICIÓN EN EL ADULTO TEMPRANO	11
1.2.3 RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS EN EL ADULTO TEMPRANO	12
1.2.4 RECOMENDACIONES DE NUTRIMENTOS EN EL ADULTO TEMPRANO	13
CAPITULO II DESORDEN ALIMENTARIO	15
2.1 DESORDEN ALIMENTARIO	15
2.2 FACTORES CONDICIONANTES	17
2.3 DESORDEN ALIMENTARIO EN ADULTOS TEMPRANOS	18
2.4 FORMAS DE TRATAR LOS DESÓRDENES ALIMENTARIOS.....	19
CAPITULO III LA TERAPIA COGNITIVA.....	21
3.1 DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	21
3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA.....	23
3.3 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).	25
3.4 CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES.....	33
3.4.1 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA.....	33
3.4.2 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE ENFRENTAMIENTO	33
3.4.3 TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	34
CAPITULO IV AUTOEFICACIA.....	35
4.1 AUTOEFICACIA.....	35
4.1.1 PROCESO DE LA AUTOEFICACIA.	35
4.1.2 AUTOEFICACIA Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS.	36
4.1.3 PROCESOS ACTIVADOS POR LA AUTOEFICACIA.....	37
4.2 AUTOEFICACIA Y RESULTADOS EN LA SALUD.....	39
4.2.1 AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD.	40
ELABORACIÓN DE CURSO TALLER.....	42
ANEXOS.....	63
REFERENCIAS	70

RESUMEN

En el presente documento se encontrará información para conocer como la terapia cognitiva puede ayudar a modificar la alimentación de los adultos tempranos, previniendo los desórdenes de alimentación utilizando la autoeficacia.

Es importante saber que los desórdenes de alimentación comprometen la salud de las personas y que por mucho es mejor apostarle a la prevención para evitar alguna enfermedad que tratar de curar a una persona que ha perdido la salud a causa de malos hábitos de alimentación.

Los desórdenes de alimentación pueden aparecer por los nuevos estilos de vida que han modificado la conducta alimentaria. Los días en los que la familia se reunía para comer forman parte del pasado, actualmente nuestras actividades y el corto tiempo nos obligan a comer alimentos industrializados que se encuentran llenos de edulcorantes, aditivos y conservadores que nos desarrollan con facilidad una gran adicción a estos alimentos. Es muy común saltarse comidas o hacer comidas que no cubren las necesidades de nutrientes necesarios para el correcto funcionamiento del cuerpo y que a la larga nos privaran de un estado óptimo de salud.

Cambiar la forma de pensar para modificar la conducta es una buena forma de corregir un desorden alimentario, hacer consciente a una persona que mucho de lo que come lo hace por una compensación emocional podría ayudarnos a dejar de comer por los satisfactores emocionales que nos ofrece la comida.

Un desorden alimentario puede convertirse en un trastorno alimentario, tales como la bulimia y la anorexia nerviosa, si bien estos trastornos ocurren con mayor facilidad en los adolescentes también puede afectar a los adultos tempranos, una forma de atender esta problemática es con la terapia cognitivo-conductual, con el objetivo de hacerle ver a los que padece dichos trastornos que una dieta saludable resulta benéfica y compensada en salud.

Palabras clave: Terapia, Adulto Temprano, autoeficacia, desorden alimentario, pensamiento, conducta, alimentación.

INTRODUCCION

La nutrición es un proceso mediante el cual el organismo ingiere los nutrientes necesarios para el correcto funcionamiento del cuerpo, dicho proceso se ve influenciado por infinidad de variables como la situación geográfica, aspectos sociales, culturales, económicos, religiosos, Psicológicos etc.

A lo largo de la historia la nutrición ha formado parte de nuestras vidas desde la caza hasta la domesticación de los animales, hace más de 5000 años, ya se precisaba la importancia del consumo de verduras, frutas, cereales y aceite, a los cuales se les atribuían beneficios curativos a ciertos alimentos como la miel, el vino y la leche.

Que tu alimento sea tu mejor medicina y que tu mejor medicina sea tu alimento *Hipócrates (450-377 A.C)*. Se ha demostrado que la comida es un condicionante importante para el bienestar de las personas, pero en el sentido contrario el consumir comida no saludable o simplemente dejar de comer puede acarrear problemas de salud, entendiendo que salud es: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Los adultos tempranos tienen características específicas con las cuales se pueden identificar, tales como: físicas, cognitivas, sociales y psicológicas. En esta etapa la nutrición juega un papel importante para el funcionamiento adecuado del cuerpo, pero es justo en esta etapa donde la alimentación dependerá de múltiples factores relacionados con los estilos de vida.

Cuando en el adulto temprano se identifica un desorden alimentario y requiere ser tratado, una buena alternativa es la terapia cognitiva, que con sus diferentes técnicas como la reestructuración cognitiva y la terapia racional emotiva se pueden lograr cambios positivos para generar hábitos correctos de alimentación que en consecuencia traerán como resultado un estado óptimo de salud.

Aunque la terapia cognitiva de Beck fue desarrollada para el tratamiento de la depresión también fue adoptada para tratar otros trastornos, basándose en procesamiento de la información, el mundo percibido (externo e interno a nosotros mismos) es lo que determina nuestras emociones y conductas.

CAPITULO I NUTRICIÓN Y ADULTO TEMPRANO

En este capítulo se describirán los conceptos básicos de la nutrición, así como sus antecedentes históricos.

Para lograr una buena nutrición es importante realizar una dieta correcta a través de una alimentación con características específicas para cada individuo. Sin embargo para fines de este documento se hará énfasis en la nutrición correcta del adulto temprano.

1.1 CONCEPTO:

Mejia (2010, en Téllez 2014) menciona que la nutrición es el proceso mediante el cual un organismo ingiere, digiere, absorbe, transporta, utiliza y elimina sustancias, así como intercambia materia y energía con su medio ambiente.

Soriano (2006), describe a la nutrición como el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo vivo, y en nuestro caso el ser humano, utiliza, transforma e incorpora una serie de sustancias que recibe del mundo exterior y que forman parte de los alimentos con objeto de suministrar energía, construir y reparar estructuras orgánicas, así como regular los procesos biológicos.

La Organización Mundial De La Salud OMS (2017), menciona que una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud y una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

Feldman (2007), menciona que de acuerdo con las directrices señaladas por la U.S. Department of agricultura, un individuo obtiene una buena nutrición comiendo alimentos que sean bajos en grasa, incluyendo verduras, frutas, granos enteros, pescado, aves, carnes magras y productos lácteos bajos en grasa por lo cual para lograr una buena nutrición es necesario ingerir los alimentos adecuados según la NOM 043 (Norma Oficial Mexicana de Servicios básicos de Salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria), se define como alimento a aquello que es órgano, tejido o secreciones que contienen cantidades apreciables de nutrimentos biodisponibles, cuyo consumo en cantidades y formas habituales

es inocuo y atractivo a los sentidos. Por su parte, platillo es la combinación de alimentos que da como resultados nuevos sabores o texturas, diferentes de los alcanzados al preparar los alimentos en forma individual., por lo general resulta en un efecto sinérgico en lo que a sabor, textura y aporte nutrimental se refiere.

1.1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA NUTRICIÓN

Pale y Buen Abad (2012), Mencionan que en las cuevas de Laxcaux y Altamira, de 12,000 a 10,000 años de antigüedad se encuentran escenas de casa que representan el medio de abastecimiento de alimentos de ese entonces. Existe una gran diferencia entre la forma de alimentarse entre las sociedades de cazadores, recolectores y los primeros grupos sedentarios. Estos últimos inician con la domesticación de especies animales y vegetales, además de que la sedentarización aumenta las posibilidades de un abasto seguro. Actualmente se debate si, debido a la sedentarización se domesticaron los alimentos o si la domesticación de estos favoreció la aparición del hombre sedentario.

Soriano (2006), menciona que los primeros indicios que poseemos acerca de la nutrición como ciencia se remontan a los griegos. En esta primera época se hicieron algunas experiencias que, por la ausencia de unos conocimientos químicos y biológicos adecuados, no podían ir más allá de una mera asociación de ciertos tratamientos dietéticos con algunas respuestas, sin ninguna base sólida de explicación.

Sin embargo Pale et al. (2012), refieren que la nutrición como medio terapéutico se mencionan algunos papiros egipcios de hace más de 5000 años, donde se precisa la importancia del consumo de verduras, frutas, cereales y aceite. El corpus hippocraticum incluye en sus contenidos alrededor del año 2200 A.C el famoso juramento hipocrático en donde se menciona: "Prescribiré la dieta según mi mejor juicio."

Serra, Aranceta, Mataix (1995), menciona que la ciencia de la nutrición es una disciplina del siglo XX no obstante, el interés por los alimentos, por la dieta y por la salud es muy antiguo, y los primeros intentos para regularizar los conceptos dietéticos pertenecen más a la historia de la religión y del derecho que a la medicina.

En el siglo IV antes de JC, *Hipócrates* formulo en un mini texto de medicina una serie de recomendaciones acerca de la dieta y de la nutrición, las cuales reflejan, en cierto sentido, las guías dietéticas que existen actualmente (Serra et al., 1995).

Soriano (2006), Indica que *Hipócrates* que establece las reglas de la medicina en sus tratados sobre la dieta, el alimento y la naturaleza del hombre en su libro *Corpus Hipocraticum*, describe unas prácticas dietéticas totalmente empíricas, en las que se encuentran ciertas consideraciones sobre las propiedades de los alimentos. Cabe destacar la consideración de Hipócrates de que en todo alimento sólo hay un nutriente universal, principio que ha tenido gran repercusión a lo largo de muchos siglos en todos los trabajos sobre alimentos.

Jaffe y Bengoa, 1988 en (Serra et al., 1995) señala que *Hipócrates* describe que una dieta escasa era más peligrosa que una dieta demasiado generosa. También sentencio – que tu alimento sea tu mejor medicamento, y postulo que todos los alimentos contienen un mismo principio nutritivo básico. A causa de sus enseñanzas dogmáticas, los conocimientos sobre nutrición quedaron prácticamente congelados durante casi 2000 años.

Hipócrates dice que los estragos del hambre crónica han sido conocidos desde tiempos bíblicos, e incluso *Hipócrates*, 5 siglos antes de que fuese escrito el nuevo testamento, mencionaba que el hambre debilitaba y enfermaba al hombre, a tal grado de hacerlo sucumbir (Pale et al., 2012).

Serra et al., (1995) menciona que Galeno, consideraba que una adecuada elección de alimentos era fundamental para una vida larga y sana. Esta idea tomada de los hipocráticos, constituyo el tema central de los escritos durante la edad media y de los primeros textos médicos y científicos. La convicción de que la dieta era un elemento fundamental en la salud y en la longevidad dio lugar a una gran variedad de estudios a partir del siglo XIII, entre ellos lo de Roger Bacon.

Herodoto, historiador griego del siglo v a. De JC, en Serra., (1995) dice que los egipcios creían que los alimentos constituían el origen de todas las enfermedades y, concretamente, que la cantidad de alimentos consumidos está relacionada con la perseveración de la salud.

El historiador griego Herodoto que vivió entre los años 484 y 425 A.C. refiere que ya se usaban enemas para preservar la salud, aplicándolos mediante una especie de pipa durante 3 días,

también refiere que se usaba la cebada, la miel, el vino y la leche como laxantes suaves (Pale et al., 2012).

Stare (1991, en Serra et al., 1995), describe que el primer departamento de nutrición establecido en el mundo, en una escuela de medicina o salud pública, fue fundado en 1942, habiéndose iniciado la nutrición moderna aproximadamente una centuria antes por precursores en esta relativamente nueva ciencia, cuyas raíces están embebidas en la fisiología y en la química.

1.1.3 NUTRICIÓN Y DIETA

La nutrición se da a partir de la dieta, es decir se puede lograr una nutrición de varias formas, una de ellas puede ser la nutrición artificial (apoyo nutricio), otra que es la que describiremos se da con la dieta, entendiendo por dieta todo aquello que consumimos para alimentarnos.

Mejía (2010, en Téllez 2014) define como dieta a todos los alimentos que se ingieren en un día, no hay que confundirse con régimen de reducción, donde se limitan las calorías. Proviene del griego diaita, que significa “forma de vida”.

En nutrición se utiliza el término dieta recomendable, aquella que cumple con ciertas características:

Integridad, calidad, equilibrio, seguridad, accesibilidad, atracción sensorial, valor social, congruencia integral.

Cuando se habla de la influencia de la nutrición en salud, inevitablemente nos remitimos a la palabra dieta, este término nos condiciona a pensar en comer poco para bajar de peso y pasar hambre. La realidad es que la palabra “dieta”, por sí sola hace referencia a los alimentos y platillos que comemos cada día. Si alguien pregunta: ¿Cuál es tu dieta? La respuesta sería la enumeración del tipo de alimentos y la cantidad que ingerimos al día. La dieta normal del ser humano tiene como fin mantenerlo en un estado de suficiencia nutritiva, al satisfacer sus necesidades en la etapa del ciclo de vida en que se encuentra (Román, Bellido, García, 2010).

Por otro lado, el término dieta correcta se entiende como aquella que es capaz de satisfacer aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos. Además, aporta la ingestión diaria de alimentos en porciones adecuadas según la edad y condición de salud, aunque existen diferentes tipos de dietas, como las hipocalóricas, que buscan la reducción de peso, y las dietas para el control de la diabetes y otras enfermedades. Pale et al. (2012).

Con el propósito de integrar una alimentación correcta que se adecue a las necesidades y posibilidades de la población, así como establecer elementos que permitan brindar información homogénea y consistente que promuevan el mejor estado de nutrición de la población, además de prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación se creó la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Esta marca las pautas acerca de la nutrición y la alimentación en el transcurso de la vida, poniendo énfasis en los grupos de riesgo así como aquella relacionada con la prevención de enfermedades derivadas de la alimentación por medio de la dieta y la actividad.

1.1.4 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DIETA DE LAS PERSONAS.

Pale et al. (2012) Menciona que existe una serie de factores que influyen en la dieta de las personas. Entre los de mayor importancia figuran la situación geográfica y los aspectos: sociales, culturales (tradiciones, religión, tabúes), educativos, políticos y hasta la moda. En seguida se describen dichos factores.

- Situación geográfica:

La situación geográfica, abarca el clima la calidad de la tierra y suministro de agua, entre otros factores. Además de la capacidad de producción de la población para la agricultura, pesca y caza.

- Aspectos sociales:

La ocupación y el grupo de origen condicionan hábitos alimentarios, como los tipos de alimentos y horarios.

En casi todos los países, los factores sociales y culturales tienen una gran influencia en lo que comen los individuos, como preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. El patrón de alimentación que sigue durante la infancia es muy similar al que se mantiene a lo largo de la vida.

-Aspectos culturales:

Entre los aspectos culturales que influyen en la alimentación, pueden mencionarse las tradiciones, la religión y los tabúes.

- Tradiciones:

Las tradiciones se van transmitiendo de una generación a otra, son experiencias o creencias que han resultado benéficas para un grupo de individuos y que le son inculcados desde pequeños, estas costumbres constituyen lazo de unión entre los miembros de la familia.

-Religión:

La alimentación forma parte importante de muchas creencias religiosas., por ejemplo la abstinencia de la carne de cerdo entre los judíos, por considerar que este animal es impuro, según lo prescrito en la Torah: “también el cerdo porque tiene pesuñas y es de pezuñas hendidas pero no rumia, lo tendréis por inmundo. De la carne de ellos no comeréis, ni tocáis su cuerpo muerto., los tendréis por inmundos”.

- Aspectos educativos:

El nivel educativo del miembro encargado de planificar la alimentación de la familia es determinante en los hábitos alimentarios de esta. Se verá reflejado y la educación de la alimentación a las necesidades de los integrantes.

- Moda:

Otros aspectos que intervienen en la alimentación son la moda, es decir un estilo o costumbre que mucha gente sigue durante un tiempo.

Determinadas modas dietéticas propuestas para mejorar el estado de salud o reducir peso pueden producir deficiencias vitamínicas, minerales y proteicas, y ocasionar alteraciones cardíacas, renales, metabólicas e incluso la muerte.

- Aspectos políticos:

Las políticas y acciones nacionales e internacionales pueden influir en el estado nutricional de las poblaciones rurales y marginales pobres de las ciudades, en los países en desarrollo. El Estado puede establecer impuestos, controlar los precios, manejar instituciones nacionales y supervisar el sistema legal.

1.1.5 CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

Román, et al. (2010), mencionan que la alimentación saludable debe reunir las cualidades de variedad, equilibrio y adecuación junto con las características de un estilo de vida saludable que se describen a continuación:

- Variada:

No existe ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales, de ahí la necesidad de un aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones adecuadas para cubrir las necesidades fisiológicas de nuestro organismo. Algunos investigadores sugieren que en una semana se necesitan al menos entre 20 y 30 tipos de alimentos diferentes, sobre todo de origen vegetal, para que la dieta sea saludable. La diversidad de alimentos puede compensar la insuficiencia de un nutriente concreto por su aporte en otro de los

alimentos de nuestra dieta. Asimismo, puede disminuir el impacto de componentes tóxicos que, de manera natural o artificial, estén presentes en un alimento.

La falta de variedad dietética es un problema grave en poblaciones en vías de desarrollo, donde la alimentación se fundamenta en el consumo de almidones, sin incluir productos animales y solo estacionalmente frutas y verduras. La diversidad dietética e incluye ahora entre las recomendaciones específicas para la alimentación complementaria y la lactancia de niños de 6 a 23 meses durante la transición de la lactancia a la dieta familiar. En niños y en adultos la diversidad se ha asociado con una mejor estado nutricional, con independía del nivel socioeconómico, y es un buen índice de probabilidad de alcanzar requerimientos nutricionales y de una calidad nutricional más alta.

- Equilibrada y adecuada.

Las proporciones de los alimentos elegidos deben modificarse para favorecer la variedad alimentaria de modo que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona con sus características y circunstancias particulares.

En la actualidad, la información disponible en cuanto a genes o combinaciones de genes es insuficiente para definir unas recomendaciones alimentarias específicas basadas en la distribución de polimorfismos genéticos de una población.

- Saludable.

La alimentación sana incluye los conceptos de variedad, equilibrio y adecuación, junto con las características de un estilo de vida saludable. Una alimentación saludable es aquella que permite: a) el crecimiento y el desarrollo del niño., b) el mantenimiento de la salud, la actividad y la creatividad del adulto, c) la supervivencia y la comodidad en el anciano. Además, en término saludable se relaciona con una alimentación que favorece y posibilita el buen estado de salud y que disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

1.2 ADULTEZ TEMPRANA

A continuación se describirá al adulto temprano haciendo mención de algunas características que lo describen, como los rangos de edad en los que se comprende esta etapa, las características físicas, psicológicas y sociales, así como la nutrición en esta etapa, de esta

manera podremos conocer al adulto temprano y los cambios que se presentan en esta edad y que pueden influir en el desenvolvimiento de su vida cotidiana.

1.2.1 CONCEPTO

La adultez temprana, según (Lefrancois, 2001), se describe mejor como una estabilidad más que de disminución, puesto que muchos de los cambios o decrementos de la edad, en lo físico, no son drásticos ni inevitables. En sentido estricto, es la capacidad de procrear lo que marca el punto de inflexión de la madurez sexual, y completar los cambios de la pubertad, de haber llegado a la adultez biológica, cosa que se logra en la adolescencia pero que, sin embargo, se encuentra cada vez más desfasada de las metas psicosociales. Las divisiones en etapas que pueden prestar los acontecimientos biológicos de la adolescencia y el climaterio poco ayudan para la comprensión de los fenómenos importantes que ocurren en un periodo tan largo., tampoco se sabe si el periodo más extenso de la vida adulta sufrirá otras subdivisiones en lo que a atención medica se refiere.

Fernández (2010, en Téllez 2014), señala que la adultez no inicia ni termina exactamente en estos límites cronológicos. En el campo del desarrollo humano la edad adulta tiene sub etapas.

- Edad adulta temprana (entre los 20 y 40 años)
- Edad adulta intermedia (de los 40 a los 65 años)
- Edad adulta tardía (después de los 65 años de edad).

Roth (2007), señala que la etapa adulta puede dividirse de manera general en tres periodos: etapas adulto temprano, medio y tardío. La etapa adulta joven es de emoción y exploración. El rango de edad va desde los 18 a los 40 años. Los individuos están animados con planes, deseos, y energía a medida que empiezan a buscar y encuentran su camino de vida adulta.

La adultez temprana es la etapa cumbre potencial del desarrollo físico en cuanto a velocidad, fuerza, coordinación y resistencia, así como en términos de salud y vitalidad general. El periodo de rendimiento físico máximo se encuentra en algún punto entre la mitad de la veintena y la de la treintena (Lefrancois, 2001).

Papalia, Duskin, Martorell, (2012), afirman que los adultos jóvenes por lo general se encuentran en la cima de la salud, fuerza, energía y resistencia. También están en el máximo de su funcionamiento sensorial y motor. Para mediados de los 20, la mayoría de las funciones

corporales están completamente desarrolladas.

1.2.2 NUTRICIÓN EN EL ADULTO TEMPRANO

Casanueva, Kaufer, Perez, Arroyo (2010), dicen que la nutrición en el adulto temprano debe reunir las características generales de una alimentación correcta es decir, debe ser completa, equilibrada, suficiente, variada, inocua, y adecuada. Para ello en cada tiempo de comida se deben incluir tres grupos de alimentos Lípidos Proteínas Hidratos de Carbono con la mayor variedad posible, a fin de obtener los nutrimentos necesarios en las proporciones óptimas.

La buena nutrición en el adulto temprano es esencial para el bienestar físico., asimismo, que es un factor muy importante en nuestro bienestar emocional. Su relación con el funcionamiento mental no es tan claro., sin embargo, cuando Wachs (1996) estudio las relaciones entre alimentación y el CI medido de egipcios adultos, descubrieron una relación pequeña pero significativa entre nutrición e inteligencia (Lefrancois, 2001).

Roth (2007) refiere que los nutrientes esenciales en el adulto temprano solo se necesitan para mantener y reparar el tejido corporal así como producir energía. Durante estos años, los requisitos nutricionales cambian muy poco.

Feldman (2007), menciona que el conocimiento que tienen los adultos tempranos acerca de que alimentos son nutricionalmente sanos y cómo mantener una dieta balanceada., simplemente no se molestan en seguir las reglas, aunque no sean tan difíciles.

Nuestra fuerza y vigor, lo impresionante de nuestro rendimiento óptimo, qué tanto y con cuánta salud vivimos y quizá hasta nuestro grado de felicidad pueden tener mucho que ver con qué tan nutritiva es nuestra alimentación (Lefrancois 2001).

Roth (2007), asegura que los requisitos calóricos empiezan a disminuir después de los 25 años, a medida que disminuyen los índices del metabolismo basal. Después de los 25 años una persona subirá de peso si el total de las kilocalorías no se reduce de acuerdo con las necesidades reales, que se determinan por la actividad y la cantidad de masa muscular magra.

Pale et al. (2012), describen las características de la nutrición mencionadas por Casanueva cuando se refiere a que la nutrición se da a través de la dieta. La dieta puede ser:

- Variada:

No existe ningún alimento que contenga todos los nutrientes esenciales, de ahí la necesidad de un aporte diario y variado de todos los grupos de alimentos en las proporciones adecuadas para cubrir las necesidades fisiológicas de nuestro organismo. Algunos investigadores sugieren que en una semana se necesitan al menos entre 20 y 30 tipos de alimentos diferentes, sobre todo de origen vegetal, para que la dieta sea saludable.

- Equilibrada y adecuada.

Las proporciones de los alimentos elegidos deben modificarse para favorecer la variedad alimentaria de modo que la alimentación responda a las necesidades nutricionales de cada persona con sus características y circunstancias particulares.

En la actualidad, la información disponible en cuanto a genes o combinaciones de genes es insuficiente para definir unas recomendaciones alimentarias específicas basadas en la distribución de polimorfismos genéticos de una población.

- Saludable.

La alimentación sana incluye los conceptos de variedad, equilibrio y adecuación, junto con las características de un estilo de vida saludable. Una alimentación saludable es aquella que permite: El mantenimiento de la salud, la actividad y la creatividad del adulto temprano, además, el término saludable se relaciona con una alimentación que favorece y posibilita el buen estado de salud y que disminuye el riesgo de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

1.2.3 RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS EN EL ADULTO TEMPRANO

Pale et al. (2012), Dan una serie de recomendaciones generales para la alimentación del adulto temprano, enumeradas a continuación.

- 1 Cualquier cambio espontáneo, constante o repentino en el peso debe ser considerado y buscar su etiología.
- 2 Consumir una alimentación completa y variada.
- 3 Consumir la cantidad de alimentos suficiente para mantener y obtener el peso saludable.
- 4 Comentar con el paciente la importancia de que ponga atención a sus sensaciones de hambre y saciedad para que no coma ni de más ni de menos, que coma cuando tiene hambre y no por rutina ni horario.
- 5 No espaciar demasiado las comidas (más de 5 horas) para comer sin voracidad y si ansiedad.

Selección de alimentos:

- Incluir en la alimentación diaria abundantes verduras y frutas, suficientes cereales combinados con leguminosas y moderar el consumo de alimentos de origen animal.
- Preferir verduras y frutas frescas y no industrializadas.
- Preferir Cereales integrales y con poca grasa.
- Preferir Cortes de carne magros y pescado, eliminar el pellejo en aves.
- Limitar el consumo de alimentos grasosos como manteca, crema, mantequilla y el tocino. Preferir los aceites vegetales como el cártamo, maíz girasol o canola.
- Moderar el consumo de azúcar y sal y productos que la contengan como embutidos, alimentos enlatados, consomés y botanas comerciales.

Servicio de alimentos.

- Hacer 3 a 5 comidas al día, de preferencia con horarios regulares y no omitir ningún tiempo de comida.
- Hacer de la comida un momento agradable, comer con familia, amigos o compañeros de traba siempre que sea posible y suspender el trabajo para enfocarse en la comida.
- Pedir porciones pequeñas.
- Probar los alimentos antes de añadir sal.
- Beber por lo menos dos litros de agua al día.
- Evitar someterse a dietas de reducción de peso sin un control médico-nutricio.

Pale et al. (2012) mencionan que al día de hoy es incuestionable el papel que tiene la alimentación en la salud de todo individuo, por lo tanto existe un aumento en la demanda de especialistas de la nutrición. Por otra parte, es muy importante que estos conozcan los sucesos que justifican el nacimiento de su profesión.

1.2.4 RECOMENDACIONES DE NUTRIMENTOS EN EL ADULTO TEMPRANO

La etapa adulta es un periodo estable que se inicia cuando ha terminado el segundo brote de crecimiento., por esto, el principal objetivo, de la nutrición en esta etapa es mantener un balance cero de energía, lo cual se logra por medio del ajuste entre la ingestión y el gasto de energía., es decir, se aumenta el consumo de alimentos se debe incrementar el gasto de energía y cuando este disminuye, es necesario reducir la ingestión de alimentos (Téllez, 2014).

- Requerimientos nutricios.

Las necesidades energéticas se van a determinar por sexo, edad, estado fisiológico duración e intensidad de la actividad física. Es importante señalar que los requerimientos nutricios se utilizaran exclusivamente para el mantenimiento.

El aporte de energía debe ser igual a la energía que demanda el adulto, esto con el fin de mantener un adecuado nivel nutricional.

- Evaluación del estado de nutrición del adulto.

Es de gran importancia prevenir o detectar de forma temprana enfermedades crónicas degenerativas en esta edad con el fin de ofrecer una muy buena calidad de vida. Es deseable que esta evaluación se realice de forma anual o semestral.

CAPITULO II DESORDEN ALIMENTARIO

2.1 DESORDEN ALIMENTARIO

En este capítulo conoceremos las definiciones de los desórdenes alimentarios así como los más comunes y aquellos factores que pueden facilitar la aparición de los mismos, considerando aquellas técnicas y formas de tratarlos

Definición

Los medios de comunicación, los consumidores y los profesionales de la salud utilizan con frecuencia los términos trastorno alimentario y desorden de alimentación indistintamente, pero no significan lo mismo. Un trastorno alimentario es una enfermedad psiquiátrica que debe diagnosticar un médico o un profesional sanitario calificado y que implica una extrema insatisfacción con el propio cuerpo y modelos alimentarios que a largo plazo afectan negativamente el funcionamiento corporal.

Mientras que el desorden alimentario es un término que se utiliza para describir conductas alimentarias insanas o atípicas con el objetivo de mantener un bajo peso corporal, pero que no son lo suficientemente graves como para que una persona enferme gravemente (Thompson, Manore, Vaughan, 2008).

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004). Dice que un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad., no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere.

Los tres trastornos alimentarios clínicos que se diagnostican con mayor frecuencia son: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa ED-NOS es la sigla Inglesa de “trastorno alimentario no especificados” (Thompson et al., 2008).

La anorexia nerviosa fue descrita por la Segue en 1873 mencionando que es un trastorno que llevaba consigo una a delgadez extrema y amenorrea (Ogden, 2005).

El DSM-IV declara que la anorexia nerviosa implica los siguientes factores:

- Rechazo a mantener el peso corporal en el o por encima de un mínimo normal según la edad y la altura.
- Intenso miedo a ganar peso o a engordar aunque el peso corporal sea inferior al peso normal.

- Trastorno de una forma de experimentar el peso o la estructura corporal, influencia indebida del peso o la forma del cuerpo en la autoevaluación o negación del bajo peso corporal real.
- En las mujeres que ya han pasado la menarquia, amenorrea, es decir la ausencia de tres ciclos mensuales consecutivos.

El DSM-IV escribe dos tipos de anorexia nerviosa. El primero es la anorexia restrictiva, basada a la restricción de alimentos, sin episodios de ingesta compulsiva y abusiva o purgas. El segundo es la anorexia purgativa que consiste en la restricción de alimentos y en episodios de ingesta compulsiva y abusiva o de purgas mediante el vómito auto inducido o el uso incorrecto de laxantes, diuréticos o enemas (Ogden, 2005).

Según (Kirschman, Salgueiro, 2002) en la anorexia nerviosa se verifican cambios en el eje hipotálamo hipofisario y también la manifestación de síntomas depresivos. Estos conjuntos de signos y síntomas interactúan con los sistemas de neurotransmisión fundamentalmente serotoninérgico, provocando entre otros, alteraciones de las funciones cardiovasculares y gastrointestinales, cambios en los patrones de sueños, cambios en la termo regulación y cambios en el metabolismo de los hidratos de carbono.

La expresión bulimia nerviosa fue utilizada por primera vez por Russell en 1979 para describir una variante de la anorexia nerviosa de 30 de sus pacientes. Dijo que la bulimia nerviosa contaba de tres factores: un poderoso e inevitable impulso para comer que conduce a episodios de exceso de alimento., evitación de los efectos de engorde de la comida induciendo el vómito, abusando e purgantes o ambas cosas y un temor mórbido a engordar (Ogden, 2005).

La bulimia nerviosa según (Thompson et al., 2008) es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de atracones compulsivos, seguidos de algún tipo de purga. Mientras la persona se está dando el atracón de comida, siente que pierde auto control, incluida la incapacidad para terminar el atracón compulsivo una vez que ha empezado. Al mismo tiempo puede que la persona experimente una sensación de euforia bastante similar a la colocación inducida por las drogas.

Thompson et al. (2008) mencionan que los ED-NOS pueden producir varios problemas de salud como:

- Escasos aportes de nutrientes y energía
- Menor gasto diario de energía total: se ha demostrado que con un aporte energético muy restringido, el índice metabólico basal disminuye a mayor velocidad que la imagen corporal.

- Menor capacidad para hacer ejercicio: recuerde que para mantener el peso corporal debe consumirse la energía suficiente para cubrir el gasto energético del metabolismo basal, la formación y reparación del tejido muscular, las actividades diarias y cualquier otra actividad física
- Estrés psicológico: se refiere a una determinada cantidad de estrés con la restricción energética intensa y frecuente, especialmente en los individuos que recurren al ejercicio como método para gastar energía y mantener una figura delgada.
- Mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa o bulimia nerviosa: Una realidad con la que coinciden los especialistas en trastornos alimentarios es que la dieta crónica puede producir trastornos alimentarios como ED-NOS bulimia nerviosa o anorexia nerviosa.

2.2 FACTORES CONDICIONANTES

“Los factores de riesgo son aquellas condiciones (estímulos, conductas, características personales y del entorno) que inciden en el estado de salud, incrementan la probabilidad de enfermar y facilitan las condiciones para la manifestación de la misma” (León, Gómez y Platas, 2008, pp.448).

Toro (2004 en Gómez, Guillen 2010), hace referencia acerca de un estudio mexicano donde se pone de manifiesto que el 42% de las niñas de 6-9 años de edad y el 41% de las púberes están insatisfechas con su imagen corporal, no es extraño que la aparición de los trastornos alimentarios coincida con la adolescencia del desarrollo en el mundo occidental, cuyas presiones o posturas sociales van encaminadas en buena medida al cuerpo, al aspecto y a la imagen. Ahí están los y las adolescentes experimentando cambios a todos los niveles, haciendo planes, evolucionando hacia la edad adulta, construyendo lo que va a ser su personalidad, rodeados de influencias y resistiendo como pueden para lograr evolucionar con una buena adaptación. Además es una etapa cuando se presentan cambios biológicos, incluidos los hormonales, que también pueden estar en la base del aumento del riesgo de aparición de trastornos alimentarios que se observa en estas edades, el concepto de la imagen corporal es complejo y multifacético. Se refiere a los valores y juicios de un individuo.

Grohgan (2007), menciona que desde 1920, cuando Paul Schilder comenzó su trabajo sobre la imagen corporal desde un punto de vista psico-social, esta se ha conceptualizado de diversas maneras que van desde la dada por este autor donde describe a la imagen corporal como la

representación de nuestro cuerpo que formamos en nuestra mente, o sea en la manera en que el cuerpo se presenta ante nosotros.

La autoestima es la experiencia de ser más aptos para la vida y para sus requerimientos más concretamente consiste en:

- a) Confianza en nuestra capacidad de pensar y de afrontar los desafíos de la vida.
- b) Confianza en nuestro derecho de ser felices en el sentido de ser dignos, de merecer, de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y a gozar de los frutos de nuestros esfuerzos (Branden, 1994).

Brody y Ehrlichman (2000), mencionan que la autoestima de la gente parece depender de la percepción de su competencia en muchas actividades diferentes y tienden a tener una percepción diferenciada de sus habilidades, y concluyen en la autoestima puede ser descrita como el resultado de una combinación de las creencias de las personas sobre sus habilidades y talentos.

2.3 DESORDEN ALIMENTARIO EN ADULTOS TEMPRANOS

“Se ha observado que las mujeres son juzgadas por “cómo se ven” en un mayor grado que los hombres, por lo que la estigmatización del sobrepeso y la obesidad es mayor para las mujeres” (Cazjka-Narins et al., 1990, tomado de Pritchard et al., 1997).

En las mujeres los trastornos alimenticios se presentan particularmente en la pubertad y se asocian con lo que ésta representa para ellas (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2004):

- Les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de belleza establecidas socioculturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación.
- Su sentido de identidad y su imagen están más fuertemente influidos por aspectos relacionales: lo que piensan, esperan y dicen los otros influye en gran medida en el sentimiento de sí, y esto se incrementa en la adolescencia.
- El desarrollo de habilidades y logros escolares lo viven con mayor auto exigencia y preocupación.

- El proceso de inicio de independencia, propio de la adolescencia, lo viven de manera más conflictiva., las niñas enfrentan mayores tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres que los varones.
- Los roles sociales y biológicos para los que se las prepara en la adolescencia son más ambivalentes. Sus cuerpos se desarrollan para ejercer una sexualidad adulta y ser madres., pero esta capacidad adquiere en la sociedad urbana actual un valor incierto: está cada vez más difundida la idea de que la maternidad limita sus posibilidades de realización profesional y esto las encierra en el ámbito de lo doméstico.

2.4 FORMAS DE TRATAR LOS DESÓRDENES ALIMENTARIOS

Fernandes, Turon (2002), Refieren que una vez diagnosticado el trastorno alimenticio es necesario determinar el nivel de afectación para establecer medidas a seguir. Es necesario diferenciar si el trastorno está en etapa aguda, de meseta o crónica: 1) Etapa aguda se presenta el riesgo de morir por desnutrición o por deterioro corporal, que es indispensable revertir por vía de la hospitalización o, si es posible, de tratamiento ambulatorio., 2) En la etapa de meseta el riesgo clínico se ha estabilizado., y 3) La etapa crónica se caracteriza por un tiempo de evolución mayor a dos años sin signos de mejoría.

Según Szmukler (1989), el tratamiento psicológico y/o psicoterapéutico individual, la terapia familiar o ambos son los procedimientos principales que se deben utilizar para lograr la estabilización del peso y prevenir las recaídas (Fernández, Turon 2002).

Fernández, Turon (2002), menciona que la recuperación de peso constituye uno de los objetivos principales en una fase inicial de tratamiento, mientras los pacientes se hallen en un estado de caquexia o de grave bajo peso.

Para Morandé, Graell, Blanco (2014), el tratamiento se inicia por los factores etiopatogénicos de mantenimiento, los factores predisponentes son tratados con posteridad, los factores precipitantes son de poca prevalencia., siendo la definición de los mecanismos de mantenimiento en cada caso el primer paso para iniciar el tratamiento.

El objetivo inmediato de tratamiento es volver a comer, pero la ganancia de peso es frecuentemente temporal, a menos que la paciente sea consiente de los sentimientos que la han llevado a la anorexia. Por tanto, el tratamiento debe constar de terapia nutricional y de

comportamiento, terapia cognosita (dando información sobre el desorden) psicoterapi individual y de grupo, y consejería familiar (Papalia, wendkos, 1997).

Para Gainer (2000), existen muchas formas de tratamiento para la anorexia nerviosa y la mayoría puede lograr resultados positivos. Existe el acuerdo general sobre la importancia en la restauración del peso corporal en combinación con una o más terapias están diseñadas para dirigirse a los problemas psicológicos que han llevado al desarrollo y mantenimiento del desorden alimentario.

Gainer (2000), menciona que la hospitalización raramente es suficiente para curar un desorden alimentario. Ésta normalmente involucra la recuperación gradual de peso y el reaprender a comer de manera saludable. Una de las ventajas del tratamiento del hospital es que proporciona un ambiente seguro donde se puede supervisar la comida y peso cuidadosamente mientras exploran preocupaciones psicológicas.

CAPITULO III LA TERAPIA COGNITIVA

En este capítulo se describirá la terapia cognitiva y algunas de las técnicas que utiliza para lo modificación de conducta.

También se describirán aspectos históricos que llevaron a desarrollar estas técnicas, y como es que empezaron a utilizarse, mencionando sus principales exponentes y parte de su trabajo.

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA

La terapia Cognitiva pretende ser algo más que una técnica de reestructuración del estilo del procesamiento de la información del paciente. La terapia Cognitiva, en opinión de Beck, es una estrategia global sobre la forma de manejar los problemas presentados por el paciente (Olivares, Méndez, 2005).

El elemento fundamental del modelo de Beck es que en los trastornos emocionales existe, como una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. De tal manera que, durante el proceso de interpretación del estímulo, podrían activarse sistemas cognitivos negativos que llevaran al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión para facilitar el procesamiento de la información, que sería, así, coherente con los contenidos del esquema cognitivo activado, en este caso negativo. Así pues, el elemento responsable de la emisión de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas sería la estructuración cognitiva negativa de la situación (Labrador, 1995).

Olivares et al. (2005),

Menciona que la línea directriz de la terapia cognitiva, es definida, en el principio de que el modo en que construimos el mundo percibido (externo e interno a nosotros mismos) es lo que determina nuestras emociones y conductas.

Beck evaluó de un modo crítico la teoría psicoanalítica de la depresión y, posteriormente, toda la estructura del psicoanálisis (Labrador 1995).

Caballo (2008), Señala que aunque la terapia cognitiva se ha ligado principalmente al tratamiento de la depresión, éste no es el único problema al que se le ha aplicado la terapia cognitiva. En la primera formulación de la terapia cognitiva Beck trabajo con la hipótesis de

que este enfoque de tratamiento podría utilizarse en problemas como ansiedad, la depresión, la ira, los problemas interpersonales, entre otros, y el desarrollo del trabajo teórico y clínico ha confirmado esta conceptualización.

Beck 1964, Ellis 1962 (en Beck, 1995), cita que la terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo que plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones.

Labrador (1995), Refiere que los modelos cognitivos reconocen una naturaleza multidimensional de las disfunciones en virtud de la cual se produce interdependencia entre cognición, emoción, efecto y conducta.

El terapeuta cognitivo adopta como un principio directriz, a lo largo de toda la terapia, la idea de que la manera en que los pacientes perciben y, en consecuencia, estructuran el mundo es lo que determina sus emociones y su conducta Beck 1976 (Caballo, 2008).

La teoría cognitiva de Beck en (Oblitas, 2008), defiende que los sentimientos negativos son una consecuencia de los pensamientos automáticos negativos, o valoraciones poco realistas de los acontecimientos, que provienen de errores cognitivos como la generalización excesiva, la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico absolutista.

La terapia de conducta cognitiva es el enfoque de modificación de conducta que presenta posturas más dispares entre sus proponentes, que se ponen de manifiesto en aspectos tales como los fundamentos teóricos (Olivares, 2005).

Así mismo la terapia de conducta-cognitiva posee en común con los demás enfoques de modificación de conducta dos características. En primer lugar, la asunción de la metodología científica, lo que implica que procesos cognitivos deben estar anclados en referentes públicamente observables (antecedentes y consecuentes) y definidos sin antigüedad para poder ser puestos a prueba., y en segundo lugar, el compromiso de utilizar técnicas propias de la modificación de conducta durante el tratamiento (Olivares, 2005).

Beck (1995), asegura que la terapia cognitiva debe planearse a medida para cada individuo, y que de todos modos existen ciertos principios que subyacen en toda la aplicación de la terapia cognitiva, dichos principios son los siguientes:

1. La terapia cognitiva se fundamenta en una formulación dinámica del paciente y sus problemas se plantean en términos cognitivos.
2. La terapia cognitiva requiere de una sólida alianza terapéutica (terapeuta-paciente).
3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y la participación activa.
4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y a problemas determinados.
5. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.
6. La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a hacer su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de recaídas.
7. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo (algunos pacientes necesitan tratamiento de uno a dos años para poder modificar creencias y disfunciones).
8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
9. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
10. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

3.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA TERAPIA COGNITIVA

La terapia cognitiva, desarrollada por Beck, tiene una vida de aproximadamente dos décadas (Caballo, 2008).

Beck de la Universidad de Pennsylvania a comienzos de los años 60, desarrolló la terapia cognitiva como un tratamiento para la depresión, estructurado y breve, centrado en la problemática presente y destinado a resolver problemas actuales y a modificar el pensamiento y las conductas disfuncionales a partir de este momento tanto Beck como otros profesionales adoptaron esta terapia para su aplicación a un conjunto sorprendentemente amplio de trastornos psiquiátricos y a distintas poblaciones (Beck, 1995) .

La difusión de sus teorías comienza en 1967, año de aparición del libro *Depression: Causes and treatment*, donde se enuncia por primera vez su modelo y la terapia cognitiva de la depresión y otras neurosis. En los años setenta se publicaron los dos libros básicos que

posibilitaron el conocimiento, difusión y aplicación de este nuevo enfoque terapéutico: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (1976) y *Cognitive Therapy of Depression* (1979). (Labrador, 1995).

Uno de los hechos iniciales más importantes en el surgimiento de las terapias cognitivas fue la publicación del libro de Ellis (1962) titulado *Razón y emoción en psicoterapia*, así como el artículo de Beck (1963) *Thinking and depression*, que es otro hito precursor del surgimiento de la terapia cognitiva (Oblitas, 2008).

El libro antes citado (*Cognitive Therapy of Depression*) es un manual de tratamiento muy detallado que describe no sólo los fundamentos teóricos de la terapia cognitiva, sino también otras variables como la naturaleza y la conducta de un terapeuta cognitivo, la forma prototípica de estructurar un caso de terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de la técnica de tratamiento (Caballo, 2008).

Después de la publicación del libro *Cognitive therapy and emotional disorders* [La terapia cognitiva y los trastornos emocionales], en 1976, hubo un amplio reconocimiento con respecto a la novedad del tratamiento que se describía y al enfoque prometedor que representaba para todo un conjunto de problemas emocionales. Después de este trabajo teórico, hubo una serie de estudios de investigación realizados al final de los años setenta y a principios de los ochenta que examinaron la eficacia de la terapia cognitiva [especialmente en el caso de la depresión] (Caballo, 2008).

Ellis 1992 en (Oblitas, 2008) tiene el honor de ser uno de los padres de la actual terapia cognitiva., él prefiere decir padre de la terapia racional-emotiva y abuelo de la terapia cognitivo conductual.

Beck profundizo y amplio el trabajo de Ellis desde los años sesenta hasta principios de los años ochenta. Los orígenes de su formulación se sitúan en 1956 como consecuencia del desarrollo de una serie de estudios controlados cuyo objetivo era proporcionar datos empíricos que apoyasen las formulaciones psicoanalíticas de la depresión y que delimitasen la configuración psicológica característica de este trastorno, de tal forma que se pudiese desarrollar una forma breve de psicoterapia (Labrador, 1995).

Otros importantes teóricos han desarrollado diversas formas de terapia cognitiva-conductual, como la terapia racional emotiva de Albert Ellis, la modificación cognitivo- conductual de Donald Meichenbaum y la terapia multimodal de Arnold Lazarus. A todo esto se han sumado las contribuciones de muchos otros, entre los cuales se encuentran Michael Mahoney y a Vittorio Guidano y Giovanni Liotti (Judith Beck, 1995).

3.3 TERAPIA RACIONAL EMOTIVA (TRE).

La TRE procede de escuelas estoicas de filosofía que parecen haber originado hace unos 250 años especialmente las escuelas budistas del Oriente y las estoicas de los griegos y los romanos del occidente. Siendo aún más fuerte quizá que dichas escuelas, la TRE sostiene que virtualmente no hay razones “legítimas” para que las personas, incluyendo a nuestros pacientes, se vuelvan emocionalmente preocupadas, histéricas o trastornadas, con una independencia de las clases del estímulo desagradable que estén sufriendo (Ellis, Abrahms, 2005).

La terapia racional emotiva (TRE), fundada por Ellis a comienzos de la década de los sesenta. Es la pionera de las terapias de reestructuración cognitiva. El propio Ellis (1977) cuenta como, tras formarse en el campo del psicoanálisis, comienza en los años cincuenta a darse cuenta de que este método terapéutico es poco eficaz para resolver las dificultades emocionales. La búsqueda de un tratamiento más activo y ponente le llevo a eliminar progresivamente las técnicas psicoanalíticas y a desarrollar con sus pacientes métodos racionales y claramente más efectivos. Influida por la práctica clínica y por el pensamiento filosófico de los estoicos, que sostenían que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación sino por la interpretación que los sujetos hacen de ella, comienza a elaborar la teoría de TRE (Labrador, 1995).

La TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiados en un tiempo razonable breve, porque constituye un enfoque que, por una parte es amplio y múltiple., es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante y, por otra, es, asimismo, una terapia filosófica y teórica, que pone en manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y eso muestra claramente a esas personas como fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigadas (Ellis, Abrahms 2005).

Adler 1927, Ellis 1973 (en Mahoney 1983), describen que la TRE mantiene que los humanos son criaturas con un propósito, es decir, que buscan metas. Ellos llevan consigo a A (Activating: hechos o experiencias activadoras). G (Goals: metas generales y específicas).

La TRE anima al sujeto a estar apropiadamente triste o acongojado cuando es rechazado, frustrado o privado., pero trata de enseñarle cómo sobreponerse a los sentimientos intensos de daño, auto depreciación y depresión (Mahoney, 1983).

La terapia racional-emotiva o terapia cognoscitiva conductual como se indica detalladamente en el Handbook of Rational-Emotive Therapy (Springer Publishing Co., 1967), editado por Albert Ellis y Russel Grienger—no solo ha demostrado considerable efectividad clínica si no que está respaldada por gran cantidad de investigación experimental. Se está convirtiendo rápidamente en parte importante de la psicoterapia científica moderna. Por consiguiente, creemos que ha llegado el momento de presentar sus principios y practicas esenciales a aquellos que, por lo común, son los primeros en ver a la gran mayoría de las personas que tienen problemas emocionales, es decir, los médicos, las enfermeras y otros especialistas de salud, a quienes los pacientes revelan primero sus problemas emocionales (Ellis, 1990).

La TRE mantiene la idea de que, fundamentalmente en el campo de las alteraciones psicológicas, existe una interacción entre los procesos psicológicos humanos donde cogniciones, emociones y conductas se superponen. Se parte del supuesto de que la forma en que percibimos los hechos interactúa con nuestra evaluación cognitiva, emociones y conductas (Ellis, 1990).

La causa de las perturbaciones emocionales es la forma de pensar en el individuo, es decir, la manera en cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias, y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre las otras personas y sobre el mundo en general. El Elemento principal de trastorno psicológico es la evaluación, interpretación o creencia irracional (ilógica, poco empírica) y poco funcional (ya que dificulta la obtención de metas) que realiza el sujeto, y su forma de comportarse respecto a ella Ellis, 1975 en (Labrador, 1995).

La TRE puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas en un tiempo razonable breve, porque constituye un enfoque que, por una parte, es amplio y múltiple: es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integrante y, por otra, es, asimismo, una terapia filosófica y teórica, que

pone en manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes, y esto muestra claramente a estas personas como fijar la atención en sus filosofías negativas y cómo proceder a desarraigarlas (Ellis, Grieger, Marañón, 1981).

Uno de los aspectos básicos de la TRE es la distinción entre creencias racionales e irracionales. Aunque ambos tipos de creencias se describen como cogniciones evaluativas propias de cada persona, muestran diferencias fundamentales entre sí. Las creencias racionales son probabilísticas, preferenciales o relativas y se expresan fundamentalmente en forma de deseos y gustos, en términos de “me gustaría”, “quisiera”, “no me gustaría”, “preferiría”, etc. (Labrador, 1995).

- EL PROCESO DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA

La terapia racional-emotiva no solo intenta ser científica en el sentido en que se acaba de describir y poner sus teorías a disposición de todos para su conformación y no conformación empírica, sino que también enseña a los pacientes a hacer lo mismo sobre sus teorías acerca de si mismos y de los demás., y de discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva el resultado “buenos” o positivos, y a descartar aquellos que conducen consecuencias “malas o negativas. Por consiguiente, uno de los principales servicios de la TRE consiste en establecer cuáles son las creencias (o hipótesis) irracionales de la persona sobre sí misma y sobre las demás y, luego discutir tales hipótesis si parecen producir escasas consecuencias emocionales y conductuales (Ellis et al., 1981).

Ellis et al. (1981), menciona que el procedimiento terapéutico de la terapia racional-emotiva consta de cuatro grandes fases: 1) la explicación del esquema A-B-C al cliente, es decir, como las personas crean y destruyen sus perturbaciones., 2) la detención de las ideas irracionales., 3) el debate, distinción y discusión de las creencias irracionales, y 4) la consecución de un nuevo efecto o filosofía.

Sin embargo en (Rimm, 1980) se menciona que la terapia racional emotiva se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento.

- EXPLICACIÓN DE ESQUEMA A-B-C

A (acontecimiento activador) será alguna experiencia de la vida real del cliente. B indicará los pensamientos irracionales que la experiencia anterior puede suscitar, y C (consecuencia) se corresponderá con el malestar emocional y/o conductual producido por la percepción del acontecimiento (Labrador, 1995).

Ellis clasifica los problemas en dos grandes categorías: externos e internos. Se consideran problemas externos aquellas que dependen de situaciones ambientales. Se incluyen dentro de ellos: a) las preocupaciones profesionales que pueda padecer el cliente (por ejemplo, Decidir si acepta un cambio de o en el trabajo)., b) los problemas específicos de la vida (por ejemplo, problemas económicos), y c) las dificultades de relación con personas concretas (por ejemplo, un esposo odioso). Todos ellos se consideran en el esquema A-B-C como acontecimientos activadores (Labrador, 1995).

Una vez que el terapeuta categoriza los problemas en términos del esquema conductual A-B-C, se lo explicara al cliente comentándole, además, el método que se va a seguir en la terapia para resolverlos. Deberá exponer con claridad que, en primer lugar, se trabajara sobre las creencias irracionales (B), que generan los problemas emocionales y de conducta que presenta (C), hasta que vaya adquiriendo creencias más racionales y se vaya reduciendo sus problemas emocionales y conductuales (Labrador, 1995).

El terapeuta considerara que un paciente que ha aceptado como propios los principios teóricos de la TRE cuando comprenda y asuma: 1) que sus ideas y creencias tienen un papel fundamental en sus problemas emocionales y de conducta., 2) que, aunque sus ideas irracionales hayan sido aprendidas en experiencias tempranas desagradables, la causa de sus problemas actuales no es la experiencia anteriormente vivida como negativa, sino ahora sigue utilizando esas mismas ideas irracionales a la hora de interpretar los acontecimientos de su entorno., 3) que para superar sus problemas no existe otro método que el de observar, cuestionar y rebatir persistentemente las creencias irracionales, ya que el mero conocimiento de las mismas y de su influencia en la conducta no basta para producir cambios duraderos en los síntomas, y 4) que pueden aceptarse a sí mismo aunque se haya creado y siga manteniendo todos los problemas emocionales Grieger, 1990 en (Labrador, 1995).

Rimm (1980), describe 2 puntos más al esquema de la TRE dejando el modelo como A-B-C-D-E donde A se refiere a cierto suceso real y extenso al que el individuo se expone.

B se refiere a la cadena de pensamientos que utiliza como respuesta a A.

C simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B.

D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en B.

E se refiere a las consecuencias emocionales y conductuales presumiblemente benéficas.

- DETECCIÓN DE LAS IDEAS IRRACIONALES

Entiende Ellis por irracionalidad cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas y que interfiere, de forma prudente, en la supervivencia y felicidad del organismo Ellis, 1977 en (Labrador, 1995).

Para discernir las ideas irracionales que subyacen a la perturbación emocional de un individuo, es necesario buscar afirmaciones imperativas y exigentes que el paciente se hace así mismo (exigencias e imprevisto, por tanto, internos) cuando quiere, debe, necesita o desea de forma absoluta e impredecible conseguir algo (Labrador, 1995).

Las técnicas para la modificación de creencias irracionales del paciente propuestas por (Mahoney, 1983) son:

- Entrenamiento en detección de creencias irracionales.

Consiste en ayudar al cliente a buscar las creencias irracionales, sobre todo los “debo”, “tengo que”, “debería”, “es mi obligación”, que le conducen a conductas y emociones perturbadoras.

Para ello el terapeuta enseñara al cliente a diferenciar los comportamientos y sentimientos inapropiados de los apropiados, a darse cuenta de los acontecimientos que ocurren justo antes de experimentar los sentimientos y conductas desadaptadas y a detectar los pensamientos o creencias irracionales que acompañen a los acontecimientos activadores y que les conducen las consecuencias inadecuadas. Esta actividad le permite al cliente comprobar el papel que juegan las cogniciones y ejercitar su habilidad para detectarlas, este entrenamiento es un requisito previo imprescindible para la tarea cognitiva de refutación de ideas irracionales.

- Técnicas de persuasión verbal

Las técnicas de persuasión visual o de refutación de creencias irracionales pretenden a través del debate entre paciente y terapeuta, determinar la validez de las creencias irracionales que

presenta el paciente adaptando el método científico de la vida cotidiana. Son las técnicas básicas y las preferentemente utilizadas por los terapeutas racional-emotivos.

- **Entrenamiento en auto instrucciones.**

Procedimiento utilizado, fundamentalmente con aquellos pacientes que no tienen las habilidades intelectuales necesarias para realizar una refutación cognitiva. Conste en que el paciente se diga en una serie de frases racionales como método para contrarrestar sus creencias irracionales. Estas frases se irán generando a lo largo de las sesiones entre paciente-terapeuta y se escribirán cada una de ellas en una tarjeta o ficha, se pedirá al paciente que las lea varias veces al día para favorecer su memorización e interiorización y sobre todos que se las diga cada vez que en la vida cotidiana se enfrente a acontecimientos activadores que vayan acompañados de malestar emocional o conductas desadaptadas.

-.DETECCIÓN, DISTINCIÓN Y DISCUSIÓN DE LAS IDEAS IRRACIONALES

Una vez puestas de manifiesto las creencias irracionales, se procederán a su eliminación. El modo de lograrlo es a través de la discusión, principal enfoque terapéutico de la TRE. El método seguido para debatir es lógico-empírico, esto es, cuestionar, poner en tela de juicio y debatir científicamente la cuestión. Para discutir y deshacer las creencias erróneas se utilizan preguntas retóricas que susciten el debate. Esto implica una discusión interna entre las creencias racionales e irracionales (Labrador, 1995).

-.CONSECUCIÓN DE UN NUEVO EVENTO O FILOSOFÍA.

El resultado final de la TRE es del conseguir un nuevo efecto o filosofía que permita a los individuos pensar en un modo casi automático de forma más lógica sobre uno mismo, y del mundo. Esta fase será la última del proceso, porque debido a la consecución de nuevas ideas o filosofías racionales y obrar de acuerdo con ellas automáticamente, el sujeto llega a desarrollar un efecto emotivo o conductual nuevo (Labrador, 1995).

-.UTILIZACIÓN DE LA TRE CON OTRAS PERSONAS.

El terapeuta puede sugerir a su cliente que ayuden a sus familiares y amigos a hacer frente a sus problemas utilizando la TRE y por tanto, enseñándoles sus fundamentos teóricos y como ponerlos en práctica. El objetivo de este procedimiento es que el cliente adquiera una mayor

práctica en el uso de argumentos racionales y refuerce la filosofía racional recientemente adquirida (Labrador, 1995)

La psicoterapia racional-emotiva se basa en un enfoque comprensivo en el tratamiento psicológico, que se refiere no solo a los aspectos emocionales y conductuales de los disturbios humanos, sino que enfatiza ampliamente su componente de pensamiento. Sus problemas psicológicos surgen de percepciones erróneas y cogniciones inadecuadas acerca de lo que perciben., de su hiporreacción o hiperreaccion ante estímulos normales o inusitados y de sus patrones de conducta habitualmente disfuncionales, que los capacita para continuar presentando respuestas desadaptativas, aun cuando saben que se están comportando inadecuadamente. (Mahoney, 1983).

La teoría A-B-C DE LA RET en Ellis, Grieger, Marañon (1981) nos describe que dicha teoría consta de hipótesis, las cuales se describen a continuación:

Hipótesis 1: La imaginación y la fantasía son intermediarios de las emociones y de los comportamientos. Las personas no solo piensan acerca de lo que les ocurre con palabras y frases, sino que también lo que hacen de forma no verbal, es decir imágenes, fantasías, sueños y otras clases de representaciones pictóricas.

Tales imágenes contienen la misma clase de mensajes intermedios cognitivos que las frases verbales y estos conocimientos influyen poderosamente en las emociones y en los comportamientos, en las perturbaciones-emocionales y ayudan a las personas a cambiar sus emociones, sus comportamientos y sus perturbaciones.

Hipótesis 2: La cognición, la emoción y la conducta se hallan interrelacionadas. La cognición, la emoción y la conducta humana no construyen entidades separadas sino muy estrechamente seleccionadas y se influyen muchísimo. La cognición influye de modo significativo en la emoción y en la acción., y la acción en la cognición y en la emoción. Cuando las personas cambian una de estas tres modalidades de comportarse, tienden a cambiar al mismo tiempo las otras dos. La terapia eficaz consiste en que los terapeutas traten conscientemente de ayudar a los clientes a que mejoren sus perturbaciones emocionales y conductuales enseñándoles varias técnicas cognitivas, emotivas y conductuales del cambio de personalidad.

Hipótesis 3: La cognición puede afectar al biofeedback y al control de los procesos fisiológicos. Cuando las personas reciben sus propios procesos cognitivos, emotivos, fisiológicos, piensan en estos procesos (y a veces sienten horror ante ellos)., por eso influyen de modo significativo en su conducta posterior de forma buena (ayudándose) o mala (perjudicándose).

Hipótesis 4: Las personas tienden a auto-valorarse. Las personas tendencias muy fuertes innatas y adquiridas no solamente a valorar sus actos, comportamientos, actuaciones y características como buenas o malas sino valorar sus yos, sus esencias, sus totalidades de la misma forma. Estos auto-valoración influyen profundamente en sus emociones y comportamientos y constituyen una de las principales fuentes de sus perturbaciones emocionales. La psicoterapia eficaz consiste especialmente en ayudar a los individuos que se denigran a sí mismo a tener una alta estima y a valorarse a sí mismos como buenos., o, preferiblemente, a continuar valorando sus actos y características de acuerdo con los resultados agradables o desagradables que producen, pero de ningún modo a valorar sus yos o esencias.

Hipótesis 5: La actitud cognitiva de defensa depende de la auto-condena. Cuando las personas perciben su conducta como mala, equivocada, incompetente, vergonzosa, con frecuencia no quieren reconocer ante sí mismos ante los demás que han pensado o actuado mal y utilizan varias clases de actitudes cognitivas de defensa para oscurecer o negar sus actos o negar sus actos erróneos. Con propósito racionalizan, reprimen, compensan, utilizan la formación de reacción emplean otras formas de mecanismo de defensa. Su principal motivo al utilizar las actitudes cognitivas de defensa se deriva de su auto-valoración y auto-condena.

Hipótesis 6: Los métodos cognitivo-conductuales son eficaces. Cuando las personas perciben su conducta como menos deseable, o cuando se sienten emocionalmente perturbadas, tienen una gran capacidad de decidir o cambiar o seguir las diferentes clases de procedimientos de auto-control y auto-dirección para producir al cambio. Modifican sus emociones y su conducta utilizando los principios de auto-control que cuando están controlados o dirigidos por otros. El auto-control tiene elementos muy marcadamente cognoscitivos (así como también conductuales).

3.4 CLASIFICACIÓN DE LAS TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Terapias racionales y de reestructuración cognitiva fue diseñado por Mahoney y Arkhoff en 1978 en la clasificación que llevaron a cabo en distintas terapias cognitivas existentes en los años setenta. En esta clasificación se identificaron tres grandes grupos de terapias cognitivas: las terapias racionales y de reestructuración cognitiva, las terapias dirigidas a entrenar habilidades para afrontar y manejar situaciones, y las terapias de resolución de problemas (Mahoney, 1983).

3.4.1 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La reestructuración cognitiva, en términos generales es una estrategia de los procedimientos cognitivo-conductuales, destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el dialogo socrático, la modelación y la práctica de hábitos cognitivos nuevos (Oivares et al., 2005).

Cuando se habla genéricamente de Reestructuración Cognitiva en realidad se alude a un conjunto heterogéneo de enfoques y técnicas que conviven hoy en día, cada uno con sus peculiaridades y puntos distintivos, pero todos son el elemento común: el reconocimiento del papel mediador de la cognición en la conducta. Ya no se entiende el ser humano del papel mediador de la cognición en la conducta. Ya no se entiende al ser humano como una simple <<caja negra>> que emite determinadas respuestas ante determinados estímulos discriminativos: las percepciones, las creencias, las expectativas, las atribuciones, las interpretaciones, las auto instrucciones y los esquemas cognitivos, se entienden ahora como responsables en gran medida de los problemas del cliente, desarrollándose, por ello, técnicas específicas para desarrollar dichos componentes cognitivos (Olivares et al., 2005).

3.4.2 ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE ENFRENTAMIENTO

Pretende que el cliente adquiera habilidades para hacer frente de forma activa a una variedad de situaciones estresantes. Las técnicas que se incluyen en este entrenamiento para el manejo de situaciones son la inoculación de estrés de Meichenbaum, el entrenamiento en manejo de la ansiedad de Suinn y Richardson, la desensibilización de autocontrol de Golfriend y el modelado encubierto de Cautela (Olivares et al., 2005).

3.4.3 TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Están enfocadas a entrenar al cliente en lo que Ávila 1984 en (Olivares 2005) denomina una “metodología sistémica” para abordar diferentes problemas. El proceso comprende el concurso de diversas habilidades: análisis de los problemas, formulación de objetivos, generación de alternativas, valoración de las alternativas y selección de la más adecuada ejecución de la alternativa elegida y valoración de resultados (Olivares et al., 2005).

CAPITULO IV AUTOEFICACIA

4.1 AUTOEFICACIA

LOS INICIOS DE LA AUTOEFICACIA.

Bandura (1999), Refiere que las personas luchan por ejercer un control sobre los sucesos que afectan a sus vidas, al ejercer influencia en esferas sobre las que pueden imponer cierto control, son más capaces de hacer realidad las metas futuras deseadas y de evitar acontecimientos indeseables. La lucha por el control de las circunstancias vitales regula casi todas las cosas que hacen las personas, ya que puede garantizarles beneficios personales y sociales, la capacidad para influir sobre los resultados los convierte en predecibles y esta posibilidad fomenta la preparación. La incapacidad para ejercer influencia sobre las cosas que afectan adversamente a la propia vida crea aprehensión, apatía o desesperación, mientras que la capacidad de producir resultados valiosos y prevenir los indeseables proporciona poderosos incentivos para el desarrollo y el ejercicio del control personal, de tal forma se convierte en uno de los componentes para el fomento de la autoeficacia (Bandura, 1999).

Bandura es uno de los pioneros en el estudio de la autoeficacia, a lo largo de los años el concepto que se tenía de la autoeficacia ha ido tornándose más serio y ha pasado de ser tratado como si fuera mero sentido común o como parte de la teoría tradicional de las expectativas de resultados de Rotter, a tener su propia postulación teórica (Garrido, 1993).

Bandura se dio cuenta tempranamente que la psicología requería de bases científicas más sólidas para poder sustentarse, la ciencia psicológica tiene que avanzar siguiendo el esquema científico, descubriendo si un modo de intervención es eficaz proporcionando el bienestar que se busca, si la intervención no produjo cambios entonces no merece la pena seguir investigando en ese camino. Una intervención es eficaz si cumple con tres condiciones: 1) que produzca el cambio deseado, 2) que este cambio sea duradero o permanezca en el tiempo y 3) que se pueda generalizar a otras situaciones semejantes (Gómez, Guillén, & Reneé, 2010).

4.1.1 PROCESO DE LA AUTOEFICACIA.

En un principio, Bandura centraba todo en el objeto, hasta que se percató de que los mecanismos que operan en el tratamiento contra las fobias se dan en el sujeto. Al inicio se centra en buscar el proceso de motivación: la sensación de ser capaz, que él la define como

que los sujetos se persuaden a sí mismos de que si otros pueden hacerlo, ellos deberían ser también capaces (Bandura & Barab, 1973).

El concepto de autoeficacia surge cuando se percata que tanto los tratamientos centrados en la experiencia directa como en la sensación de dominio y fe en sí mismo, funcionan bajo un mismo mecanismo al cual denominó como autoeficacia.

La idea central es que cualquier cambio que se desee hacer en la conducta del sujeto, sea cual sea el medio o la estrategia utilizada, será eficaz en tanto genere en el sujeto la sensación de juzgarse capaz. Todas las estrategias usadas son válidas: persuasión, modelado, desensibilización etc. lo son en medida en que generen en el sujeto la sensación de sentirse capaz de hacer algo nuevo o algo que antes se sentía incapaz de lograr (Bandura, 1977).

Las investigaciones actuales tratan de demostrar que la autoeficacia es el mediador en toda intervención conductual ya sea vicaria o mental. De acuerdo con Bandura (1999), la autoeficacia es producto de las creencias de la persona sobre sus capacidades y el control percibido para enfrentarse a los eventos o circunstancias que se presentan en su vida. El control de los sucesos y el poder predecirse le da a la persona la capacidad para ejercer influencia sobre las cosas que le afectan, lo que aumenta su creencia en sus capacidades o autoeficacia. Por el contrario, cuando no se cree capaz de ejercer control para prevenir los eventos que le son adversos, entonces siente aprensión, apatía o desesperación. Por lo tanto el ejercicio de control personal promueve y desarrolla la confianza que conduce al sentido de eficacia y al éxito personal.

Se puede definir a la autoeficacia como la creencia en la propia capacidad para llevar a cabo la acción o conducta necesaria para lograr un resultado deseado sin importar la capacidad real de la persona. Son las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras (Bandura, 1999).

4.1.2 AUTOEFICACIA Y EXPECTATIVAS DE RESULTADOS.

Bandura (1977), plantea dos tipos básicos de expectativas: la autoeficacia (expectativas de eficacia) y las expectativas de resultados. La autoeficacia es una expectativa referida a la conducta, que puede definirse como la capacidad percibida para realizar una acción concreta en una situación concreta, antes de llevarla a cabo. Las expectativas de resultados se refieren a las consecuencias que producirá dicha conducta., es decir, son anticipaciones cognitivas de las consecuencias de la conducta.



Fuente: Salanova (2004) p.56.

Bandura (1987), menciona que un resultado es algo que se deriva de la ejecución de una conducta, una consecuencia. Distingue tres tipos básicos de consecuencias, y por tanto de expectativas de resultados: las físicas que se refieren a cambios en el propio individuo o en su entorno físico., sociales que pueden ser reacciones de aprobación/rechazo por parte de las personas del entorno de la conducta del individuo y autoevaluativas que son las reacciones emocionales ante los propios logros y fracasos y la interpretación que de ellos se haga. Estos tres tipos de "resultados": físicos, sociales y autoevaluativos pueden ser tanto positivos como negativos, varían en grado de importancia y uno los anticipa con un grado variable de probabilidad.

Como se puede observar, la autoeficacia y las expectativas de resultado no son todos los determinantes de la conducta., se requieren reforzadores o incentivos, poseer algunas habilidades que sean necesarias para el objetivo que se persigue y disponer de los recursos pertinentes. Sin embargo, la autoeficacia si funge un papel clave porque igualmente, sin ella pero contando con todos los demás aspectos resulta más complicado llegar a un objetivo específico y hacer un cambio sustancial en el individuo.

4.1.3 PROCESOS ACTIVADOS POR LA AUTOEFICACIA

Bandura (1999), establece que las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales: cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos.

Procesos cognitivos.

Los efectos de las creencias de eficacia sobre los procesos cognitivos adoptan varias formas. Gran parte de la conducta humana se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las auto-estimaciones de las capacidades.

Una función importante del pensamiento es capacitar a las personas para predecir sucesos y desarrollar las formas para controlar aquellos sucesos que influyen sobre sus vidas. Tales destrezas de resolución de problemas requieren un procesamiento cognitivo efectivo de la información que contiene muchas complejidades y ambigüedades. Al aprender las reglas de predicción y regulación, las personas deben recurrir a su conocimiento para construir opciones, para sopesar e integrar los factores predictivos, para probar y revisar sus juicios a merced de los resultados inmediatos y distales de sus acciones y para recordar qué factores han probado y cómo han funcionado.

Procesos motivacionales.

Las creencias de eficacia desempeñan un rol clave en la auto-regulación de la motivación. La mayoría de la motivación humana se genera cognitivamente. Las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio del pensamiento anticipador. Elaboran creencias sobre lo que pueden hacer. Anticipan los resultados probables o acciones futuras. Establecen objetivos para sí mismas y planifican cursos de acción destinados a hacer realidad los futuros que predicen. Movilizan los recursos a voluntad y el nivel de esfuerzo necesario para alcanzar el éxito.

Procesos afectivos.

Las creencias de las personas en sus capacidades de manejo influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan éstas en situaciones amenazadoras o difíciles, así como sobre su nivel de motivación.

Las personas que creen que las posibles amenazas que se le presentan no son manejables ven muchos aspectos de su entorno como cargados de ira. Meditan sobre sus deficiencias para el manejo. Magnifican la gravedad de las posibles amenazas y se preocupan de las cosas que rara vez suceden. Mediante tales pensamientos ineficaces se desaniman y perjudican su

nivel de funcionamiento. Por el contrario, personas que creen poder ejercer control sobre las posibles amenazas no las vigilan ni insisten en los pensamientos molestos.

Procesos de selección.

Las personas son en parte producto de su entorno. Por lo tanto, las creencias de la eficacia personal pueden modelar el curso que adoptan las vidas de las personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar. En este proceso, los destinos son modelados por la selección de entornos conocidos por cultivar ciertas potencialidades y estilos de vida. Las personas evitan las actividades y los entornos que consideran que exceden a sus capacidades de manejo. Pero asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzga capaces de manejar. Mediante las alternativas que escogen, las personas cultivan diferentes competencias, intereses y redes sociales que determinan sus cursos vitales.

4.2 AUTOEFICACIA Y RESULTADOS EN LA SALUD

La teoría de la autoeficacia propone dos mecanismos o procesos mediadores a través de los cuales las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados puede afectar a la salud: uno es de carácter motivacional y otro de carácter emocional.

El mecanismo motivacional se refiere a los dos tipos de expectativas que regulan el esfuerzo y la persistencia que uno pone en la práctica de conductas favorecedoras de la salud. De esta manera tanto la eficacia como las expectativas de resultados actúan como determinantes de las conductas promotoras de la salud y de conductas preventivas de la enfermedad, adhesión al tratamiento y conductas de auto cuidado y de restauración de hábitos cotidianos después de episodios de enfermedad, por mencionar algunos (Ballester, 2009).

La influencia de la autoeficacia sobre la salud mediada por las emociones se debe a que esas variables actúan como moduladores del impacto emocional y la reactividad fisiológica inducida por los estresores psicosociales, es una valoración de la capacidad personal para hacer frente a las situaciones problemáticas (Rovira, 2002).

A modo de conclusión, la autoeficacia es un muy buen predictor de las conductas relacionadas con la salud., la teoría cognitivo social proporciona métodos y estrategias adecuadas para modificar los determinantes de las conductas de salud, y a través de ellos las conductas de salud propiamente. Lo que ofrece la teoría de autoeficacia es que es capaz de especificarnos cuáles son las fuentes de información de las expectativas (los éxitos y fracasos propios, la

experiencia vicaria y el lenguaje oral y escrito) sugiriendo y facilitando de este modo la creación de modelos de intervención.

4.2.1 AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD.

De acuerdo con Bandura (1999), la autoeficacia percibida sobresale como uno de los principales factores que influye no sólo sobre la toma de decisiones sino también sobre la adopción de conductas favorecedoras para la salud, así como en la eliminación de conductas perjudiciales para la misma.

El comportamiento y los modos de afrontamiento de las personas a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante en su curso y, en este contexto, el hecho de que un paciente cumpla o no con las prescripciones médicas juega un papel primordial. Podrán alcanzar un mejor control de la enfermedad e incrementar o preservar su calidad de vida aquellas personas que logren adherirse adecuadamente a los tratamientos y regímenes conductuales que cada una de las enfermedades exige para su buena evolución (Martín, Grau, 2004).

De la misma manera, se ha observado que la autoeficacia percibida es un determinante importante de la conducta que fomenta la salud. El sentido de eficacia personal influye sobre la salud humana en dos niveles. En un nivel más básico, la confianza de las personas en su capacidad para manejar los estresores a los que se enfrenta diariamente activa los sistemas biológicos que median la salud y la enfermedad. El segundo nivel se relaciona con el ejercicio del control directo sobre los aspectos de la conducta modificable de la salud y el índice de envejecimiento (Bandura, 1999).

Olivari, Medina (2007), establecen que frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia, ya que ha sido aplicado a conductas en distintos dominios de salud como el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud.

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, los estudios indican consistentemente que

también tienen más probabilidad de evaluar su salud como buena, están menos enfermos o deprimidos y se recuperan mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Olivari et al., 2007).

Gómez et al. (2010) mencionan que según la teoría prospectiva las personas estarán más dispuestas a realizar una conducta saludable que implique riesgo si se les motiva para que piensen en términos de las ganancias potenciales que pueden obtener, y de las pérdidas asociadas si no la llevan a cabo. Por lo tanto, si los niños u adolescentes no perciben una enfermedad real que amenace su salud, y además de esto las conductas de promoción a la salud no se asocian con la pérdida que la misma enfermedad produce, es probable que la percepción de eficacia se encuentre sobrevalorada.

Olivari et al. (2007), exponen algunos hallazgos existentes en torno a la relación entre la autoeficacia y la realización de ejercicio. Ellos establecen que aquellas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia. Además, los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia.

ELABORACIÓN DE CURSO TALLER

JUSTIFICACIÓN.

Las formas pensar de las personas, influye directamente en su conducta, influir en el pensamiento para modificar la conducta alimentaria es una buena opción para lograr que las personas generen un cambio de hábitos en la búsqueda de un estado óptimo de salud.

OBJETIVO GENERAL:

Cambiar la forma de pensar de los participantes para lograr un cambio en su nutrición a través de la terapia cognitiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Modificación de la nutrición a través del cambio de pensamientos e ideas que se tienen a cerca de la nutrición.
- 2.- Utilización de la Terapia Racional Emotiva para generar un cambio en los hábitos y costumbres alimentarias.
- 3.- Utilización de la reestructuración cognoscitiva para evitar le reincidencia en conductas alimentarias incorrectas, que pudieran comprometer el estado óptimo de salud.

PARTICIPANTES.

El curso taller está dirigido a adultos tempranos que abracan una edad de 20 a 40 años. Adultos con el deseo de modificar su nutrición con la finalidad de estar en un estado óptimo de salud.

(Se aplicará un cuestionario de 21 preguntas para conocer la forma de pensar de los participantes acerca de la alimentación y los factores que pueden llegar a condicionarla) *

Anexo 1

ESCENARIO.

El curso se impartirá en salones con capacidad para al menos 20 personas (30 metros cuadrados), debe contar con buena iluminación y ventilación así como sillas y mesas (el curso talles tendrá se impartirá en 10 sesiones, 1 por semana, con una duración de 2 hrs cada una.

MATERIALES:

Se utilizarán gafetes para identificar a los participantes por nombre.

Se hará uso de cañón para pase de diapositivas, así como de manual con información necesaria para que los participantes conozcan la metodología de la Terapia Cognitiva y sus técnicas.

Se contará con sillas y mesas para uso de los participantes.

Se utilizarán hojas tamaño carta, plumas, lápices, plumones, revistas, tijeras y pegamento.

¿Qué se espera?

Al final del curso–taller se espera cambiar la forma de pensar de los participantes en cuanto a su alimentación, logrando generar conciencia de la importancia y el impacto que este cambio puede tener en cuanto a su salud.

Se espera que tanto la información y las dinámicas realizadas durante el curso–taller ayuden a quitar mitos que existen en cuanto a la nutrición para poder mejorar la relación con la comida. Se espera que el participante reciba herramientas necesarias para de ahí en adelante pueda cumplir sus objetivos logrando un cambio permanente en sus hábitos alimentarios.

¿Cómo evaluar?

Se extenderá a los participantes una invitación para regresar tres meses después con la finalidad de conocer si han logrado el cambio esperado.

Objetivo: Lograr un ambiente de confianza y seguridad, aplicando dinámicas para integración y colaboración de los participantes.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
1	Bienvenida	El facilitador se presentará y dará un breve resumen del contenido del taller, dando así un panorama del mismo. El facilitador pedirá a los participantes que establezcan las reglas a seguir durante el taller sugiriendo el respeto, disciplina, puntualidad y tolerancia como características principales del reglamento. Pedirá a los participantes contesten un cuestionario (véase anexo 1).	pizarrón	25 min
	Integración del grupo	El facilitador aplica la dinámica “corbatas pesadas” (anexo 2).	hojas de colores lápices	20 min
	Expectativas	El facilitador pedirá a cada participante que en una hoja deberá de escribir al menos 3 deseos que tiene con respecto al taller, para colocarlos en el cofre de los deseos (Anexo 3).	hoja con formato plumas	30 min
	¿Qué sé sobre nutrición?	Se solicitará a los participantes que se agrupen por parejas y que de manera breve discutan y redacten ¿qué saben sobre nutrición? Y cada equipo dirá una oración que resuma lo que escribió. El facilitador dará retroalimentación citando la definición de nutrición según la OMS (anexo 4).	hojas blancas lápices	20 min

Reflexiona y cierra

Se preguntará a cada uno de los asistentes del taller ¿qué esperan del taller? Y si tienen algún comentario o duda

25 min

Objetivo: Explicar que es una conducta alimentaria, a fin de hacer conciencia de la forma de alimentarse y la relación con las emociones.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
2	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	¿Qué pasó en la sesión anterior?	El facilitador pedirá a los participantes que comenten lo sucedido en la sesión pasada. Y dará retroalimentación si se necesitará.		10 min
	Conducta alimentaria, ¿qué siento?	En equipos de 4 personas harán recortes de revistas (collage) para tratar de explicar ¿que es para ellos la conducta alimentaria? (identificando una emoción). Luego, conformarán una representación colectiva. Y explicarán su trabajo en equipo.	Papel bond Plumones Revistas Pegamento tijeras	25 min
	¿Conducta alimentaria?: Definición	El facilitador expondrá el concepto de conducta alimentaria, se apoyará del uso de ejemplos (que sirven de modelaje).	Computadora Cañón	45 min
	Emociones y comida	Los participantes en una hoja con formato previo, (anexo 5) colocarán un listado de alimentos, al lado de cada una de las emociones básicas.	Hojas de formato (emociones/comida) Lapices, plumones	20 min
	Tarea	El facilitador propondrá como reto de la sesión que los participantes identifiquen cuál		5 min

	es la emoción que predomina al momento de desayunar, comer y cenar.	
Reflexiona y cierra	El facilitador pedirá que algunos participantes realicen una breve reflexión de lo que se vio en la sesión.	10 min

Objetivo: Explicar cuál es la diferencia entre el hambre fisiológica y el hambre emocional

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
3	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	¿Qué pasó en el reto?	El facilitador pedirá a los participantes que realizaron el reto de la sesión pasada describan si pudieron relacionar emociones o sentimientos a la hora de comer Y dará retroalimentación.		20 min
	El ABC del comer	Se entregará a los participantes una hoja con el formato del ABC del comer (anexo 6) se pedirá que la llenen y guarden para en la sig sesión trabajar con ella.	Hoja con formato del ABC del comer Lápices	25 min
	Debate: ¿Es bueno que me sienta feliz mientras cómo?	El facilitador propone un debate dividiendo al grupo en dos: unos a favor, otros en contra, el facilitador dará retroalimentación explicando la importancia de las emociones cuando comemos pero sin perder de vista el objetivo principal de comer (nutrirnos).		25 min
	Hambre fisiológica y antojo(hambre emocional)	Se les presentará una exposición a los participantes sobre el tema de la importancia de las mociones dentro de la conducta alimentaria.	Computadora Cañón	20 min

Cierre

El facilitador resuelve dudas a preguntas de los participantes y proporciona retroalimentación.

10 min

Objetivo: Explicar la importancia de observar los efectos del hambre emocional en la salud y reestructuración cognitiva de ideas pesimistas.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
4	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	Pensamiento Oruga, pensamiento mariposa (Reestructuración cognitiva).	Se entregará a cada uno de los participantes una hoja, para realizar una actividad de reestructuración cognitiva (Anexo7), relacionada con conducta alimentaria.	Hoja Pensamiento Oruga, pensamiento mariposa Plumas	20 min
	Efectos de comer por satisfacer la necesidad de los antojos (hambre emocional).	El facilitador expondrá cuales son los efectos en el organismo humano, con respecto comer por antojo sin necesidad de nutrirse, y brindará al mismo tiempo retroalimentación de ser necesaria.	Computadora Cañón	30 min
	Comiendo por compensación emocional.	El facilitador pedirá a los participantes se agrupen por parejas para compartir experiencias con ciertos alimentos (cuantas veces hemos recurrido a la comida para sentirme bien), se pedira que compartan su experiencia y el facilitador dará retroalimentación haciendo notar que muchas veces comemos ciertos alimentos por las emociones que sentimos.		20 min

El placer de los alimentos	El facilitador expondrá los alimentos que causan mayor compensación emocional (azúcares, grasas, hidratos de carbono), y como fisiológicamente provocan cambios en el estado de ánimo.	30 min
Hoy aprendí	El facilitador pedirá la participación de algunos de los integrantes del taller para que den su opinión y reflexionen sobre los aprendizajes y cambios observados a lo largo del taller.	10 min
Te reto	El facilitador propondrá como reto de la sesión, el que los participantes, presten atención cada vez que van a ingerir un alimento, y se detengan a meditar si es porque en verdad tienen hambre, o más bien por una compensación emocional.	5 min

Objetivo general: Conocer cuál es la definición alimentación y de nutrición dentro de los participantes

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
5	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	Vamos a la fiesta	Actividad de activación donde los participantes deberán decir su nombre y un alimento con la primer letra del mismo (Anexo 8)		10 min
	¿Qué pasó en el reto?	El facilitador pedirá a los participantes que realizaron el reto de la sesión pasada. Y dará retroalimentación si se necesita		5 min
	Mi definición de nutrición	El facilitador pedirá a los participantes que recuerden su definición de nutrición (antes vista en la actividad conceptos básicos de nutrición) y que a escriban en una hoja.	hojas blancas lápices	15 min
	¿Es lo mismo alimentarse que nutrirse?	El facilitador con ayuda de una presentación en power point definirá el concepto de alimentación y el de nutrición respectivamente, procurando ejemplificar cada uno de ellos. Posterior a su explicación el facilitador solicitará la participación de un par de asistentes, para que mencionen diferentes ejemplos de la vida diaria sobre los conceptos ya mencionados.	computadora cañón	25 min
				20 min

Actores al ataque	El facilitador pide a los participantes hagan equipos de 5 personas y preparen una presentación teatral donde representen situaciones cotidianas donde se involucra la conducta alimentaria, el facilitador retroalimenta	
Eliminando mitos de la nutrición.	El facilitador mencionará unos cuantos mitos acerca de la nutrición (anexo 9). Y pide que se muevan de lugar dependiendo de su opinión, generando un debate entre las opiniones diferentes, el facilitador retroalimenta con información fidedigna.	20 min
Reflexiona y cierra	Se pedirá a cada uno de los participantes que digan una parte de la sesión que les haya provocado reflexionar acerca de su conducta alimentaria. El facilitador retroalimenta al finalizar.	20 min

Objetivo: Explicar el plato del bien comer a fin de conocer los grupos nutricionales.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
6	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	Si fuera comida, ¿cuál sería?	Se pedirá a los participantes que, sentados en sus lugares, cierren los ojos, y que piensen sus cualidades y sus defectos. Y que lo dibujen en una hoja blanca que el facilitador les proporciona. Posteriormente se pedirá que cada participante dice que alimento es.	Hojas blancas Colores	20 min
	Grupos alimenticios	El facilitador expondrá sobre cuáles son los grupos alimenticios, con ayuda del plato del buen comer., y brindará ejemplos a los participantes, al mismo tiempo que estos opinan sobre los ejemplos mismos.	computadora cañón	30 min
	Armando mi plato del buen comer	En equipos de 5 personas y con ayuda de revistas, se pedirá que recorten imágenes de alimentos que pagaran en platos desechables, representando el plato del bien comer. El facilitador dará retroalimentación.	Revista platos de cartón pegamento	30 min
	Elaboración de menus	El facilitador le pedirá a cada uno de los participantes que elabore 3 menús (desayuno, comida, cena) utilizando todos los grupos de alimentos anteriormente expuestos	pizarrón plumones	25 min
	Tarea	El facilitador propondrá como tarea para la siguiente sesión, que cada participante		5 min

coma al menos uno de los ejemplos del plato del buen comer que se propuso en los equipos.

Objetivo: Identificar emociones con respecto a la alimentación y modificar pensamientos que impiden el cambio de la conducta alimentaria.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
7	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	¿Qué pasó en el reto? (¿Comí mi plato del buen comer?)	El facilitador pedirá a los participantes que realizaron el reto de la sesión pasada platiquen su experiencia y como se sintieron. Dará retroalimentación si se necesita.		20 min
	¿Qué pienso de la comida industrializada?	El facilitador hará una pregunta a los participantes ¿qué piensan de la comida industrializada? Después de algunas participaciones el facilitador dará información sobre este tipo de comida tratando de cambiar la forma de pensar acerca de ella.		25 min
	Autocontrol	El facilitador proporciona información sobre el concepto de autocontrol, invitando a los participantes a controlar los antojos pensando en que deben comer lo que su cuerpo necesita no lo que se les antoja.		20 min
	Pensando en comida saludable y sintiéndome feliz	El facilitador explicara a los participantes los beneficios de la comida saludable y como esta los puede llevar a tener un estado óptimo de salud evitando la enfermedad y otorgando una mejor calidad de vida, siendo		30 min

consecuente un sentimiento de felicidad.

Reflexiona

El facilitador solicitará participantes que proporcionen una reflexión grupal.

20 min

Objetivo: Explicar que es la reestructuración cognitiva y como puede ayudar a modificar la alimentación.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
8	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	El nudo	El facilitador pedirá que los participantes formar un círculo, tomados de las manos de dos de sus compañeros de enfrente. Luego, la tarea del grupo es el desenredar el nudo, sin que tengan que soltarse en ningún momento, y al mismo tiempo todos los integrantes queden viendo hacia dentro del círculo.		15 min
	Reestructuración cognitiva	El facilitador con ayuda de presentación en power point explicara que es la reestructuración cognitiva atendiendo a dudas y preguntas.	Computadora Cañón	30 min
	Programándome para el éxito	El facilitador hablará de la importancia de programar tus pensamientos de forma positiva para lograr un cambio (si lo crees lo conseguirás).		30 min
	Motivándome	El facilitador pedirá a los participantes que anoten en una hoja frases motivacionales para lograr una alimentación correcta, posteriormente pedirá que se compartan ante el grupo.	Hojas blancas Plumas	30 min

Reflexión

El facilitador le pedirá a los participantes se sienten en círculo y compartir lo que les ha hecho sentir la sesión y si consideran que las frases motivacionales son una herramienta de utilidad para lograr un cambio positivo en la alimentación.

10 min

Objetivo: Utilizar el ABCDE de la terapia racional emotiva para sensibilizar al participante al cambio de conducta alimentaria a través de pensamientos que favorezcan dicho cambio.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
9	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	(A) En qué momento siento hambre	El facilitador pedirá a los participantes que describan los momentos del día en que sienten más hambre, tratando de identificar el detonador principal.		20 min
	(B) Creencias	El facilitador pedirá a los participantes que se agrupen por parejas y compartan entre ellos si creen que existen situaciones específicas que provocan hambre, posteriormente se compartirá ante el grupo y el facilitador dará retroalimentación explicando como el hambre se da por la necesidad de nutrirse y no por el antojo de ciertos alimentos.		30 min
	(C) Consecuencias emocionales después de comer	El facilitador pedirá a los participantes que anoten en una hoja las emociones que tienen después de comer, especialmente cuando han comido sin hambre. El facilitador dará retroalimentación.		15 min
	(D) Disputa entre lo que creo y lo que siento	El facilitador pedirá a los participantes que compartan si tienen sentimientos encontrados acerca de la forma de alimentarse. El facilitador retroalimentará dejando claro que el taller está brindando		20 min

	herramientas para mejorar la alimentación.	
(E) Cambiar una idea irracional por una racional	El facilitador preguntará a los participantes si están listos para identificar los pensamientos irracionales que no favorecen una buena alimentación y cambiarlos por los pensamientos racionales que favorecen la buena alimentación.	3 min
Dime tus ideas	El facilitador pedirá a los participantes que den ideas de cómo pueden cambiar la conducta a través de los pensamientos.	10 min
Reflexiona y contagia	El facilitador pedirá voluntarios para realizar una reflexión con respecto a lo aprendido a lo largo de estas 9 sesiones.	20 min

Objetivo: Cierre del taller dejando en los participantes la creencia que han adquirido las herramientas necesarias para modificar la alimentación.

Sesión	Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
10	Bienvenida	El facilitador dará la bienvenida a la sesión		5 min
	¿Expectativas logradas?	El facilitador permitirá que cada participante diga si se han cumplido las expectativas del curso diciendo que fue lo que mas le gusto y también aquello que no le haya gustado.		60 min
	¿Se logró el cambio?	El facilitador pedirá a los participantes que digan si lograron un cambio en su forma de pensar con respecto a la alimentación y como creen que eso influirá en sus vidas con respecto a la conducta alimentaria.		40 min
	Despedida	Finalmente el facilitador da la despedida a los participantes dando palabras de motivación para alentarlos al cambio.		15 min

ANEXOS

ANEXO 1 CUESTIONARIO

CUESTIONARIO.

Instrucciones: Marque con una X la respuesta correcta (no podrá elegir más de una).

- 1.- ¿Tiene usted de 20 a 40 años? SI_____ NO_____
- 2.- ¿Sabe qué es Nutrición? SI_____ NO_____
- 3.- ¿Alguna vez ha llevado un plan de alimentación? SI_____ NO_____
- 4.- ¿Sabe qué es la Terapia Cognitiva? SI_____ NO_____

5.- La forma de pensar influye en la elección de alimentos que comemos.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

6.- La forma de alimentarnos influye en nuestros pensamientos.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

7.- Si cambiamos nuestros pensamientos en relación a la comida podemos modificar nuestra alimentación.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

8.-Las estrategias psicológicas pueden ser de gran utilidad para mejorar la forma de alimentarnos.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

9.-Existen muchos mitos dentro de la nutrición que no permiten que tengamos hábitos de vida saludables.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

10.-Si tomo demasiada agua puedo bajar de peso.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

11.-Si como menos puedo bajar de peso.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

12.-Si solo como fruta puedo bajar de peso.

Completamente de acuerdo_____ De acuerdo_____ Ni en acuerdo o desacuerdo_____

En desacuerdo_____ Completamente en desacuerdo_____

13.-Cuando me siento triste necesito comer para sentirme mejor.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

14.-Cuando he hecho las cosas bien merezco comida.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

15.-Una buena forma de demostrar el cariño es con la comida.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

16.-Actualmente es imposible comer saludablemente debido al estilo de vida que llevamos.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

17.-Muchas veces he querido comer saludablemente pero no puedo hacerlo debido a que no tengo fuerza de voluntad.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

18.-Comería saludablemente solo para mejorar mi apariencia física.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

19.-Comería saludablemente solo para tener un estado óptimo de salud.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

20.-Cuando voy al súper es importante fijarme en las calorías que tienen los alimentos.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

21.-La comida saludable no es tan rica como la comida chatarra.

Completamente de acuerdo____ De acuerdo____ Ni en acuerdo o desacuerdo____
En desacuerdo____ Completamente en desacuerdo____

ANEXO 2. CORBATA PESADA

Procedimiento

1. Cada cual recibirá una hoja en la cual debe escribir su nombre y sobrenombre, una actividad que le guste, un grupo musical preferido, deporte favorito, una palabra que lo describa, una cualidad y un defecto.
2. Al término de escribir, se pegan su hoja a manera de corbata la que debe de ser visible para todo el grupo.
3. El moderador pide que se pongan de pie y que comiencen a caminar a su alrededor leyendo las corbatas de quien desee.
4. El moderador se incluye en la actividad y puede empezar a hacer preguntas para que exista una imitación con los demás integrantes.

Materiales

- hojas de colores
- lápices

ANEXO 3. COFRE DE LOS DESEOS

Procedimiento

1. El facilitador reparte a cada uno de los participantes una hoja blanca (Véase en el anexo) y una pluma, posteriormente les presenta a un cofre.
2. Cada quien en su hoja debe de escribir al menos 3 deseos que tiene con respecto al taller. Y luego colocarlos en el cofre.
3. El facilitador pide la participación de 4 o 5 asistentes, que compartan alguno de los deseos que redactaron en la hoja.

Materiales

- Plumas o lápices
- hoja con formato (anexo)



ANEXO 4. DEFINICIÓN DE NUTRICIÓN SEGÚN LA OMS

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud.

Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad.

ANEXO 5. EMOCIONES Y COMIDA

Procedimiento

1. Los participantes en una hoja con formato previo
2. colocarán un listado de alimentos, al lado de cada una de las emociones básicas.

Materiales

- Plumones
- Plumas
- Hoja emociones y comida

	Emociones	Alimentos
Emociones y Comida	Alegria	
	Tristeza	
	Enojo	
	Miedo	
	Desagrado	

ANEXO 6. EL ABC DEL COMER

Procedimiento

1. Se va a entregar a los participantes una hoja con el formato del ABC del comer que es una adaptación de la técnica de la TRE. Donde el recuadro del apartado A corresponde a un evento activante (comer en este caso), el B es una creencia irracional (pensamiento sobre el acto de comer) y el recuadro C representa la o las consecuencias de lo sucedido en los dos recuadros anteriores.
2. Para ello se les pedirá a los asistentes que piensen en las emociones que sienten al comer, en diferentes situaciones o momentos que ellos mismos quieran resaltar en cada una de sus comidas. Siguiendo lo antes establecido para cada uno de los cuadros.
3. Posteriormente se solicita a un par de participantes que compartan una parte de su cuadro, proporcionando así un ejemplo para el grupo.

Materiales

- Lápices
- Hoja con formato del ABC del comer

El ABC del comer

A	B	C





ANEXO 7. PENSAMIENTO ORUGA – PENSAMIENTO MARIPOSA

Procedimiento

1. En plenaria el facilitador pregunta a 2 o 3 personas ¿cuáles son las características de las orugas? Y después sobre las mariposas.
2. Se entrega a cada uno de los participantes una hoja con formato previo, y una pluma y se pide que en el apartado del pensamiento oruga, coloquen un pensamiento pesimista que esté relacionado con el hambre emocional su historia de vida. Nombrando también la emoción que les causa ese evento.
3. Y luego en el apartado de pensamiento mariposa coloquen como es que se puede modificar el pensamiento pesimista de la oruga en un pensamiento positivo mariposa.
4. Ya comprendida la dinámica se pide a los participantes que escriban 2 pensamientos más.
5. Al finalizar se pide la participación de un par de asistentes que mencionen uno de sus pensamientos oruga y mariposa.
Efectos del hambre emocional en la salud.
6. El facilitador expone cuales son los efectos en el organismo humano, con respeto al hambre emocional, dando ejemplos. Y brindando al mismo tiempo retroalimentación de ser necesaria.

Materiales

- Plumas
- Hoja de Pensamiento oruga – Pensamiento mariposa

Pensamiento Oruga - Pensamiento Mariposa

Acontecimiento	Emoción	Pensamiento Oruga	¿Puede cabiar el pensamiento oruga a mariposa?	Pensamiento mariposa

ANEXO 8. VAMOS A LA FIESTA

Procedimiento

1. El facilitador comienza mencionando que lo han invitado a una fiesta (hipotéticamente) diciendo: - Me llamo... (su nombre), y en la fiesta voy a comer... (Un alimento que comience con la primer letra de su nombre)- .
2. Posteriormente el facilitador invita a todos los participantes a la reunión, siempre y cuando digan su nombre y cuál es el alimento que consumen, siguiendo las reglas antes mencionadas.
3. Cada que un asistente termine de decir su respectiva oración, dependiendo si este detectó o no, el código que debe de seguir (decir su nombre seguido por un alimento que comience con la primer letra de su nombre), se le reforzará mediante la respuesta de: -¡si puedes ir!, solo si, es que su oración sigue las reglas propuestas por el facilitador.
4. Las reglas de la dinámica no serán dichas explícitamente por el facilitador, sino más bien los participantes deberán de detectarlas, mediante la oración del facilitador, y las posibles respuestas de los de compañeros.

ANEXO 9. CAMBIANDO MI FORMA DE PENSAR: MITOS Y REALIDADES

Procedimiento

1. El facilitador menciona unos cuantos mitos acerca de la conducta alimentaria.
2. Para ello, pide al grupo que se ponga de pie en el salón justo a la mitad.
3. Posteriormente el facilitador dice el mito, e indica que los que están a favor del mismo se coloquen en la parte derecha del salón, los que estén en contra en la izquierda, y si no tienen una postura definida permanezcan en el centro.
4. Luego cada grupo que toma una postura (el de la derecha y la izquierda), debe defender el porqué, con un mini debate. El cual media el facilitador.
5. Y por último el facilitador explica al grupo que tan real es el mito, por medio de la retroalimentación.
6. Así sucesivamente hasta completar el listado de mitos.

Materiales

- Lista de mitos

Cambiando mi forma de pensar: Mitos y realidades

1. Si no ceno, ¿bajo de peso?
2. Si tomo solo agua, ¿bajo de peso de manera sana?
3. ¿Puedo comer frituras todos los días?
4. Entre menos comidas al día haga, perderé peso
5. Si solo como fruta a lo largo del día, ¿es bueno?
6. ¿Es bueno contar las calorías que consumo?

REFERENCIAS

Ballester Capri, A. (2009). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Universidad de Colombia, 1-10.

Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. New Jersey : Englenwood Cliffs.

Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción. Fundamentos Sociales. Barcelona: Martínez Roca.

Bandura, A. (1999). Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. España: Desclée De Brouwer.

Bandura, A., & Barab, P. (1973). Processes governingdesinhibitory effects through symbolic modeling. Jorunal of abnormal psychology, 83(1), 1-9.

Beck, J. S. (1995). Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización. Barcelona, España: Gedisa.

Branden , N. (1994). Six Pillars of Self- Esteem. U.S.A. : Bartman Book

Brody, N & Ehrlichman, H. (2000). Personality Psychology U.S.A.: Prentice- Hall

Broddy, N (1994). Six Pillars of Self – Esteem U.S.A.: Bantam Books

Caballo, V. E., Caballo, V. E. (Trad.). (2008). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (5a ed., pp. 493–526). Madrid, España: Siglo XXI de España editores.

Casanueva, E., Kaufer-Horwitz, M., Perez-Lizaur, A. B., & Arroyo, P. (2010). Nutriología Médica (3ª ed.). Madrid, España: Médica Panamericana.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2004). Guía de Trastornos Alimenticios. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/guiatrastornos.pdf>

Ellis, A. & Grieger, R., Marañón. (1981). Manual de terapia racional-emotiva (7a ed., pp. 17–21). Editorial Desclee De Brouwer.

Ellis, A. & Abrahms, E. (2005). Terapia racional emotiva (2a ed., pp. 1–5). México: Editorial Pax México.

Ellis, A. (1990). Manual de Terapia Racional-Emotiva. Madrid, España: Desclée de Brouwer.

- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida* (4ª ed.). México, México: Pearson.
- Fernández, F., & Turón, V. (2002). *Trastornos de la alimentación*. Barcelona, España: Masson
- Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psychothema*, 1(14), 55-66.
- Gainer, H.D (2000) *Body Image* <http://www.river-centro.org/EDIndex.html>
- Gómez, J., Guillén, N., & Reneé, M. (2010). Estudio Correlacional de la Autoeficacia Filial y la relación filial en adolescentes. *AJAYU*, 8(1).
- Grohgan, S (2007). *Body Image U.S.A.* Routledge
- Kirsman, D., & Salgueiro, M. (2002). *El enemigo en el espejo*. Madrid, España: Morata.
- Kaufer-Horwitz, M., Pérez-Lizaur, A. B., & Arroyo, P. (Eds.). (s/f). *Nutriología Médica* (4a ed., pp. 4–14). México, Distrito Federal: Editorial Médica Panamericana.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., & Muñoz, M. (1995). *Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta* (2a ed., pp. 668–708). Madrid, España: Ediciones Piramide.
- Lefrancois, G. R. (2001). *El ciclo de la vida* (6a ed., pp. 398–403). México: Internacional Thomson Editores.
- León, C., Gilda Gómez-Peresmitré y Platas, S. (2008). Conductas alimentarias de riesgo y habilidades sociales en una muestra de adolescentes mexicanas. *Salud Mental*, 31(6). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000600004
- Martín, L., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 14 (1), 89-99.
- Morandé, G., Graell, M., y Blanco, A. (2014). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad: un enfoque integral*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Michael J. Mahoney. (1983). *Cognición y modificación de la conducta* (1a ed., pp. 185–210). México, Distrito Federal.: Editorial Trillas México.
- Oblitas, L. A. (2008). *Psicoterapias contemporáneas* (1a ed., pp. 89–108). México, Distrito Federal.: Cengage Learning.
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la Alimentación*. Madrid, España: Morata.

Olivares, J. & Méndez, F. X. (2005). *Técnicas de modificación de la conducta* (4a ed., pp. 409–421). Madrid, España: Editorial Biblioteca Nueva.

Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13 (1), 9-15.

OMS. (2017). OMS | Preguntas más frecuentes. Recuperado 25 enero, 2018, de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Papalia, D., Duskin, R., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo Humano*. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill.

Papalia, D., & Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano*. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill.

Pale, L. E., & Buen Abad, L. (2012). *Calculo dietético en salud y enfermedad* (Ed. rev.). México, México: Intersistemas S.A de CV..

Pritchard, M E., King, S L & Czajka-Narins, D M. (1997). Adolescent body mass indices and self-perception. *Adolescence*, 32 (128), 863-880.

Rimm, C., & Masters, J. C. (1982). *Terapia de la Conducta*. México, México: Trillas.

Román, L., Bellido, D., & García, P. P. (2010). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo* (1a ed., pp. 3–8). España: Ediciones Díaz de Santos.

Roth. R. A. (2007). *Nutrición y dietoterapia* (9a ed., pp. 249–257). Mc Graw Hill.

Rovira, T. (2002). Efecte diferencial de l'optimisme i de la competencia personal en un pocés d'estrés. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Salanova, M., Grau, R., Martínez, I., Susana, L., García-Renedo, M., & Cifré. (2004). *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia*. España: Univeritat Jaume I.

Serra, L., Aranceta, J, & Mataix, J. (1995). *Nutrición y salud pública* (pp. 126–130). Masson.

Soriano, J. M. (2006). Conceptos y evolución histórica de la nutrición. En *Nutrición básica humana* (pp. 23–37).

Téllez, M. E. (2014). *Nutrición Clínica* (2ª ed.). México, México: Manual Modeno.

Thompson, J. L., Manore, M. M., & Vaughan, L. A. (2008). *Nutrición*. México, México: Pearson Educación.