



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROPUESTA DE UN TALLER PARA LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO NUTRICIO

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARIANA MENDOZA MARTÍNEZ

DIRECTORA DE LA TESINA:

DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ

COMITÉ DE TESIS:

MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ.

MTRA. NELLY FLORES PINEDA

MTRA. ARLETTE MOTTE NOLASCO

DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE



Ciudad Universitaria, D.F.

Enero, 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por permitirme realizar este proyecto.

A la DEC, por todo el apoyo, por crear programas que ayuden a los estudiantes a concluir su licenciatura, por su excelente organización y atención. En especial al Lic. Juan Manuel Gálvez Noguez por su atención y amabilidad durante el desarrollo de mi proyecto.

A la Doctora Cecilia Silva Gutiérrez por compartir su conocimiento y experiencia, por permitirme ser parte de su equipo de trabajo y ayudarme concluir con mi proyecto.

A mis Sinodales, la Mtra Arlette Motte Nolasco, la Mtra Nelly Flores Pineda, la Mtra Verónica Ruiz González y a la Dra. Paulina Arenas Landgrave por sus valiosas sugerencias y aportes durante el desarrollo de este trabajo.

Al equipo de trabajo de Salud y Alimentación de la Dra. Silva por compartir su conocimiento en especial a la Lic. Karla Edith González por todo el apoyo y amabilidad que me brindo para el comienzo y desarrollo de mi proyecto.

A mis padres, Luis y Natalia por confiar en mis proyectos y apoyarlos incondicionalmente, por todo su amor, por ser mí ejemplo de vida que todo se puede lograr con dedicación, constancia y pasión.

A mi amiga Wendy por apoyarme en todos estos años por su amistad incondicional, por estar conmigo en los momentos más difíciles y darme siempre los mejores consejos. Gracias!!! Amiga te adoro.

A mis amigas y colegas Marlen y Joana por todos los momentos que hemos compartido, por su apoyo y cariño.

A mi colega y amiga Monse, por todo su cariño, confianza, paciencia, por ayudarme a ser mejor persona, por estar conmigo incondicionalmente en todos los aspectos de mi vida. Gracias morrita!!!.

RESUMEN	1
ABSTRACT.....	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO I OBESIDAD	7
1.1. Definición	7
1.2. Epidemiología.....	8
1.3. Etiología	9
1.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la obesidad.....	11
1.5. Consecuencias de la obesidad.	13
1.6. Evaluación y diagnóstico	15
1.7. Tratamientos para la obesidad	20
CAPÍTULO II ADHERENCIA TERAPÉUTICA	25
2.1. Definición	25
2.2. Factores relacionados con la adherencia terapéutica.....	26
2.3. Propuestas de intervención psicológica que favorecen la adherencia a tratamientos.....	27
CAPÍTULO III AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y AUTOEFICACIA.....	31
3.1.1. Definición de estrés	31
3.1.2 Tipos de estresores	33
3.1.3 Afrontamiento	35
3.1.4 Recursos del afrontamiento	36
3.1.5 Afrontamiento del estrés y obesidad.....	38
3.2.1 Definición	39
3.2.2. Estrategias de autoeficacia	41
3.2.3. Autoeficacia y Obesidad.	42
CAPÍTULO IV PROPUESTA.	44
Justificación	44
Objetivo general.....	45
Objetivos específicos	45
Participantes	45
Materiales	45

Escenario.....	45
Instrumentos.....	46
Procedimiento.....	47
CONCLUSIONES	59
ALCANCES	60
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	60
REFERENCIAS.....	62
ANEXOS	67
ANEXO 1. Escala de Autoeficacia para bajar de peso	67
Anexo 2. Escala de autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés (EAEAE).	71
Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	72
Anexo 4. Registros.	73
Anexo 5. Relajación.....	76
Anexo 6. Actividad Física.....	78

RESUMEN

En el presente trabajo se realizó una investigación sobre dos factores relacionados con la falta de adherencia a los tratamientos nutricios en adultos con obesidad los cuales son: afrontamiento de estrés y falta de autoeficacia para llevar a cabo hábitos saludables.

La obesidad hoy en día es un problema de salud mundial por lo que se han creado diferentes métodos para erradicarla así como, prevenir las enfermedades que son ocasionadas por la obesidad. A pesar de los diversos tratamientos que existen hoy en día para la reducción de peso los niveles de obesidad no han disminuido por el contrario han incrementado a nivel mundial. Por lo que es importante que los tratamientos sean multidisciplinarios en donde participen médicos, nutriólogos, y psicólogos. Como profesionales de la salud es conveniente que los pacientes reciban apoyo psicológico durante el tratamiento nutricional ya que, el psicólogo brindará técnicas para afrontar el estrés de forma más adecuada y de esa forma contribuir a mejorar su autoeficacia para llevar a cabo hábitos más saludables.

El mal afrontamiento al estrés aumenta dos aspectos el primero es el apetito, y el segundo la ingesta en cantidades y frecuencia. Es por ello que la autoeficacia es importante ya que es una habilidad que ayuda a la persona a sentirse eficaz para cambiar hábitos como: actividad física, adquirir alimentos y hábitos más saludables.

Esta tesina ofrece a los profesionales en psicología la propuesta de un taller para adultos con obesidad que estén bajo tratamiento nutricional para mejorar la adherencia mediante técnicas donde aprendan a afrontar de manera eficaz el estrés y su autoeficacia así como, sus hábitos de alimentación y actividad física.

La propuesta está dirigida a adultos con obesidad de 19 a 59 años de edad que estén bajo tratamiento nutricional. Consta de cinco sesiones de dos horas cada una. Donde se les proporciona información sobre la obesidad, las consecuencias de salud que ocasiona así como, las técnicas para adherirse a su tratamiento nutricional.

Palabras clave: obesidad, adherencia, afrontamiento al estrés.

ABSTRACT

In this paper an investigation of two factors was performed related with the lack of adherence to the nutritive treatment in adults with obesity which are: facing stress and lack of self-efficacy to perform healthy habits.

Obesity today is a global health problem so different treatments have been created to eradicate it and prevent diseases that are caused by obesity. Despite the various treatments available nowadays for weight reduction in obesity levels have not decreased on the contrary have increased worldwide. So it is important that treatments must be multidisciplinary in which physicians, nutritionists, and psychologists should participate. As health professionals is important to note that patients should receive psychological counseling during nutrition therapy. Since, the psychologist will provide techniques to confront stress more appropriately and improve their self-efficacy to perform healthier habits.

Poor coping with stress increases appetite, increases intake in larger amounts and frequency. Self-efficacy is a skill that helps a person to feel effective in changing their habits such as: physical activity, purchase food and healthier eating habits.

This thesis provides professionals in psychology a proposal about a workshop for adults with obesity who are under nutritional therapy to improve adherence by techniques where they learn to deal effectively with stress and self-efficacy, and their eating habits and physical activity.

The proposal is aimed towards adults with obesity between nineteen to fifty-nine years old who are under nutritional treatment. It consists of five sessions of two hours each. Where they are provided with information about obesity, health consequences caused by it, techniques for adhering to their nutritional treatment.

INTRODUCCIÓN

Anteriormente se consideraba a la obesidad como un problema de carácter estético, hoy en día se considera como un problema de salud primordialmente y ha pasado a ser una de las enfermedades más prevalentes en el mundo de acuerdo con la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012) en nuestro país la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos es de 71.28% (que representa a 48.6 millones de personas) Con base en lo anterior México ocupa el primer lugar a nivel mundial en niños con obesidad y sobrepeso y el segundo en adultos.

Para la prevención contra la obesidad en el 2013 el gasto federal fue de 269 millones de pesos. Para el 2014 se tiene programado un gasto de 312 millones de pesos que equivale a un incremento 6.7 por ciento con respecto al año anterior. (Secretaría de Salud [SSA] 2013).

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS, 2012) la obesidad se ha convertido en factor de riesgo para diversas enfermedades como lo son las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatías y accidente cerebrovascular), diabetes, trastornos del aparato locomotor (osteoporosis, degeneración de las articulaciones), algunos cánceres (endometrio, mama y colón).

Cabe señalar que la obesidad es un problema multifactorial ya que es generada por diversas causas como la combinación de factores genéticos, sociales, ambientales, dietéticos y psicológicos (García et al. 2013). Por esta razón es importante que en su tratamiento se encuentre involucrado un equipo multidisciplinario que incluya manejo médico, nutricional y psicológico (Mauro, Taylor, Wharton y Sherman, 2007).

Para que el tratamiento nutricio sea exitoso se requiere que el equipo de salud se encuentre capacitado para que el individuo pueda obtener un cambio permanente en su estilo de vida, controlando su ingesta y llevando a cabo una

práctica constante de actividad física, lo cual se puede ver afectado por la creencia del individuo sobre su capacidad para hacer propias estas conductas para lo cual se promueve la autoeficacia (Roamán, Díaz, Cardenas y Lugli 2005). Así como un adecuado afrontamiento del estrés ya que éste causa en las personas una sobreingesta alimentaria y ésta a su vez ocasiona obesidad lo cual produce un nuevo estrés.

La presente tesina está compuesta por cuatro capítulos en el primero se detalla información acerca de la obesidad los factores que la causan, las consecuencias físicas y psicológicas, así como los diversos tratamientos para erradicarla. En el segundo se seleccionaron las técnicas que favorecen la adherencia a los tratamientos de salud. En el tercer capítulo se aborda el tema de afrontamiento del estrés, autoeficacia y como se relacionan con la obesidad. En el ultimo capítulo se presenta una propuesta para mejorar la adherencia al tratamiento nutricional en el cual se integran algunas técnicas para que los asistentes conozcan sobre el afrontamiento al estrés y modificar pensamientos negativos sobre sus capacidades para mejorar sus hábitos de alimentación y actividad física.

Dicha propuesta está dirigida a adultos con obesidad de 19 a 59 años de edad que estén en tratamiento nutricional en instancias del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y/o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Ya que de acuerdo con la ENSANUT (2012) la prevalencia de obesidad en estos sectores de salud es mayor que en el sector privado e instancias como el seguro popular. A todos los participantes se les aplicarán los instrumentos de Escala de Autoeficacia para bajar de peso, Escala de Autoeficacia Específica para el Afrontamiento del Estrés (EAEA) y el Inventario de Ansiedad de Beck. Para hacer una evaluación pretest/ posttest.

El taller está conformado por cinco sesiones de dos horas cada una en dichas sesiones se dotará a los participantes de estrategias para afrontar de una manera más adecuada el estrés, mejorar la autoeficacia en sus hábitos de alimentación y actividad física.

Esta propuesta es parte de un tratamiento nutricional donde se integra la participación del nutriólogo con el objetivo de abordar la enfermedad en los aspectos físicos y emocionales así como, sensibilizar a la población de los problemas que ésta ocasiona.

CAPÍTULO I OBESIDAD

1.1. Definición

Todo ser vivo necesita de una adecuada alimentación para vivir, la cual debe tener: proteínas (atún, pescado, pollo, queso, huevo ,etc), minerales (leche, hígado, leguminosas), frutas, vegetales y en menor cantidad hidratos de carbono (pan, papa, azúcar etc).

En el cuerpo hay aproximadamente 30,000 células grasas que se expanden y contraen según el consumo de energía, cuando el individuo consume más calorías de las que necesita estas se convierten en grasa (Ascencio, 2005).

La nutrición de hoy en día es desequilibrada por las demandas de tiempo que lleva su preparación, si a esto agregamos una vida más sedentaria a causa de la urbanización y nuevas tecnologías, ya que las personas utilizan más los medios de transporte en lugar de caminar distancias cortas y pasan mucho tiempo frente a la computadora y televisor, debido a esto las personas no gastan toda la energía que consumen lo que se traduce en un aumento de peso.

El sobrepeso y la obesidad son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) como una acumulación de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se entiende por sobrepeso cuando la persona tiene un Índice de Masa Corporal (IMC) de 25.0 a 29.9, en tanto que la obesidad tiene un IMC de 30.0 a 39.9 y la obesidad mórbida tiene un IMC mayor a 40.

Como se ha visto existen diferentes clasificaciones de la obesidad lo que es importante para poder hacer una evaluación, un diagnóstico y prevenir enfermedades asociadas a la misma. Así como conocer la cantidad de personas que padecen obesidad o sobrepeso tanto en nuestro país como a nivel mundial.

1.2. Epidemiología

Algunos datos OMS (2012) indican que:

A partir del año 1980 la obesidad se ha ido incrementando en todo el mundo, por lo que el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal¹. Cada año fallecen por lo menos 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso y la obesidad por lo que son el quinto factor de defunción en el mundo.

Además, en el 2008, 1,400 millones de adultos mayores de 20 años tenían sobrepeso y de esta cifra más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos. También en el 2010 se estimaba que alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad tenían sobrepeso.

En nuestro país de acuerdo con la (ENSANUT, 2012) la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos es de 71.28% (que representa a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30 \text{Kg/m}^2$) en este grupo es de 32.4% mientras que la del sobrepeso es de 38.8%. También la prevalencia es más alta en mujeres (73.0 %) que en hombres (69.4%). En la población de mujeres adolescentes aumento de 33.4 a 35.8% y de más de 20 años este porcentaje pasó de 71.9 en 2006 a 73% en 2012. Respecto a los hombres la prevalencia creció un punto en los últimos seis años, de 33 a 34.1% en general y en adultos el aumento fue de 2.7, actualmente 69.4% de los hombres tiene sobre peso u obesidad.

La prevalencia de obesidad es mayor en servicios como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en comparación con servicios privados (Ver tabla 1).

¹ Insuficiencia ponderal: estar por debajo del peso que se considera saludable (OMS 2012)

Tabla 1.

Prevalencia de la obesidad de acuerdo al servicio de salud (ENSANUT, 2012)

Servicio médico	Porcentaje
Sin servicio médico	67.7%
Seguro popular	69%
Privado	72.6%
IMSS	74.4%
ISSSTE	76.3%

1.3. Etiología

García et al. (2003) refieren que la obesidad se debe a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la que pueden influir componentes hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas y hábitos de alimentación inadecuados.

- Factores genéticos

La base genética de la obesidad es compleja ya que se ha identificado el gen (*ob*) causante de la obesidad así como la proteína que lo codifica (167 aminoácidos) que es conocida como leptina. Sin embargo, también se ha propuesto que la obesidad es causada por alteraciones poligénicas, por lo que en algunos individuos un solo gen parece determinar la obesidad, mientras que en otros se relaciona con una compleja combinación de pequeños efectos derivados de un conjunto de genes (Mancha, 2001; Ogden, 2005; García et al, 2003).

Por su parte, Ogden (2005) refiere que el riesgo genético relativo a padecer obesidad en el individuo aumenta en un 40% si se tiene un progenitor obeso y en un 80% si los dos progenitores son obesos. En cambio, si los progenitores son delgados sólo hay un 7% de probabilidad de tener hijos con sobrepeso u obesidad.

No obstante, el factor genético es controversial ya que para algunos investigadores, como ya se mencionó, es ocasionada por un solo gen, mientras que para otros la causa de la obesidad es poligénica por lo que se han investigado otras causas para su desarrollo.

- Factores hormonales

La aparición de la obesidad se ha relacionado con los efectos de algunas hormonas tales como la leptina (de leptos = delgado), una hormona péptida de 167 aminoácidos producida en los adipocitos. Esta hormona es la encargada de estabilizar la masa grasa del organismo ya que inhibe la ingesta y regula el gasto de energía. En los obesos se ha encontrado una resistencia a la leptina, de tal manera que los mecanismos corporales de la saciedad pasan por alto los niveles elevados de leptina del obeso (Quintero, García, Correas y Chinchilla, 2003; Ogden, 2005).

Otra hormona asociada con la obesidad es la hormona de crecimiento (GH) ya que tiene una acción lipolítica, sobre todo en el tejido adiposo visceral, además de aumentar el gasto energético y la masa magra (tejido libre de grasa). Se ha encontrado que a mayor IMC la hormona GH disminuye por lo cual habrá una menor lipólisis y menor gasto energético. También se ha encontrado que los ácidos grasos libres circulantes que están habitualmente elevados en los obesos, inhiben la secreción de GH y podría ser una explicación del aumento de peso (Baudrad, Arteaga y Moreno, 2010).

- Factores metabólicos

El cuerpo necesita energía para realizar procesos químicos y biológicos para vivir como lo es la respiración, ritmo cardíaco, presión sanguínea, el uso de esta energía se denomina “tasa metabólica basal”. Se ha encontrado que los obesos tienen tasas metabólicas más bajas, que queman menos calorías cuando está en reposo y por tanto, requiere ingerir menos alimentos para vivir (Ogden, 2005).

- Factores neuroendócrinos

La dopamina tiene un rol importante en la obesidad pues existe una relación entre la presencia del alelo A1 del gen DRD2 y la obesidad. La presencia de este alelo se relaciona con la reducción de receptores de dopamina D2, sugiriendo que las personas con obesidad comen en exceso para elevar los niveles de dopamina a niveles más aceptables. También se ha relacionado que las personas con obesidad presentan niveles altos de betaendorfinas en Líquido Cefalorraquídeo (LCR) lo que predispone a una ingesta excesiva (Seijas, 1997).

Todos los factores que se describieron anteriormente son los factores relacionados con la aparición de la obesidad sin embargo existen factores que la mantienen.

1.4. Factores relacionados con el mantenimiento de la obesidad.

Los hábitos alimentarios tienen relación con la economía, las costumbres, las modas y la educación recibida en infancia (García et al. 2003).

- Familia

El primer grupo social al que pertenecemos es la familia y es en ella donde aprendemos costumbres, valores, hábitos de alimentación etc.

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Esta conducta se adquiere mediante la experiencia con la comida y la imitación de modelos paternos, viéndose implicadas tanto las emociones que rodean al acto de comer como los rasgos culturales

(Álvarez, Aguaded y Ezquerro, 2014) mencionan que la familia representa ese entorno social que rodea a la persona en su niñez y que proporcionará la mayor parte de la información relacionada con la alimentación, actitudes con el peso y apariencia física, que repercutirá posteriormente en la adolescencia.

De acuerdo a Jaramillo, Espinoza y Espindola (2012), la dinámica familiar es un conjunto de fuerzas positivas y negativas que van a influir en cambios de

conducta en el paciente obeso, una dinámica familiar positiva ayuda a optimizar la salud ayudando al paciente obeso en su compromiso con la reducción de peso.

Por el contrario, una dinámica familiar negativa puede ocasionar una mayor ingestión de comida ya que los pacientes obesos no logran introyectar el control de de su alimentación sobre todo cuando el sobrepeso comienza en la niñez o cuando hay sobreprotección.

- Factores sociales y culturales

Cuando se habla factores sociales se incluyen también factores demográficos como edad y género (especialmente mujeres jóvenes), etnia (personas hispánicas) y clase social (Van der Merwe, 2007). Por ejemplo, dentro de los niveles socioeconómicos más bajos se observa una ingesta más frecuente de alimentos poco saludables y con alto contenido energético.

- Nutrición y sedentarismo

Otro factor importante es la comercialización de comidas altas en calorías y bajas en nutrientes, ya que son de fácil acceso en comparación con comidas sanas como los vegetales, frutas, cereales cuyo costo y preparación es mayor (Rodríguez, 2003).

Por otra parte, la falta de actividad física y el sedentarismo desempeñan un papel importante en el mantenimiento de la obesidad, lo que se debe al alto número de horas que la población pasa frente a la televisión, así como por las largas jornadas de trabajo en las cuales predominan actividades más bien sedentarias ya que actualmente pocas actividades pueden clasificarse como activas (OMS, 2000), esto aunado a que los horarios de trabajo influyen en la ingesta de comidas de alta densidad energética, ya que generalmente se consume comida rápida o antojitos mexicanos (básicamente porque están al alcance, son de buen sabor y tiene bajo precio).

Debido al mantenimiento de la obesidad el individuo ha desarrollado problemas de salud tanto físicos como psicológicos. A continuación se mencionan algunas consecuencias relacionadas con la obesidad.

1.5. Consecuencias de la obesidad.

A) Físicas:

Una de las enfermedades relacionadas con la obesidad es hiperglucemia, ocasionada por el aumento de glucemia (concentración de glucosa libre de sangre) y predispone la aparición de diabetes mellitus tipo 2 (García et al. 2003).

Dicho padecimiento es ocasionado por la resistencia a la insulina, esta resistencia se relaciona también con la hipertensión arterial, ya que la insulina es la encargada de reducir la excreción renal de sodio y a través de ello expande el volumen extracelular aumentando el gasto cardiaco y la resistencia periférica que son los principales reguladores de la presión arterial (Maiz, 1997).

De acuerdo a García et al. (2003) la obesidad es un factor de riesgo para presentar diferentes alteraciones en el organismo tales como: el aumento de triglicéridos, y la disminución del colesterol lipoproteína de alta densidad (HDL) y el aumento del colesterol Lipoproteína de baja densidad (LDL). Así como alteraciones respiratorias debido a que el exceso de grasa ejerce una presión importante sobre el diafragma provocando alteraciones en los volúmenes pulmonares. Las personas con obesidad presentan problemas respiratorios como el síndrome de hipoventilación-obesidad lo que se conoce como Síndrome de Pickwick, hipercapnia² y somnolencia, el Síndrome de Apnea del Sueño (SAS) que se caracteriza por la aparición de cinco o más pausas respiratorias de al menos diez segundos en cada hora de sueño.

Otras de las alteraciones causadas por la obesidad es la de las articulaciones como la osteoartritis que afecta a las rodillas y la columna cervical y dorsal. El sistema digestivo se ve afectado por: colelitiasis por el aumento de

² Hipercapnia: Aumento de dióxido de carbono en la sangre.

secreción de colesterol por la vía biliar, esteatosis hepática³, estreñimiento y predispone hemorroides y fisuras anales.

Finalmente, alteraciones gonadales: Las mujeres tienen un aumento en producción de andrógenos lo que produce alteraciones dermatológicas como el acné y alteraciones ginecológicas como el ovario poliquístico. Los hombres obesos presentan impotencia, disminución de la libido y reducción de la testosterona.

A) Psicológicas

La obesidad no sólo repercute en la salud física si no también en salud psicológica por ejemplo, ya que en la sociedad actual entre los ideales de belleza se encuentra la delgadez y existe una alta presión por cumplir con dicho estereotipo se suele estigmatizar a la obesidad, lo cual implica que las personas con obesidad se sientan rechazadas y discriminadas por la sociedad lo que está relacionado con malestar con su propia imagen corporal y puede causarles diversos problemas tales como depresión, baja autoestima, y/o ansiedad, trastornos de la personalidad, bulimia trastorno por comer compulsivo (Bersh 2006; Bravo, Espinosa, Mancilla y Tello. 2011; Ogden 2005 y Tuthill, 2006).

De acuerdo con Bersh (2006) se cree que la ingesta de alimentos reduce ansiedades y depresiones ya que muchas personas mencionan que comen cuando están angustiadas, deprimidas, cansadas o se sienten solas. A esto se le denomina “conducta alimentaria emocional” o hiperfagia al estrés (Villaseñor, Ontiveros y Cárdenas, 2006). Ya que la ingesta de comida no se relaciona con sensación de hambre sino con malestar psicológico. De acuerdo con Vonznesenkaya y Vein (2002) citado en (Villaseñor et al, 2006) 60% de las personas con obesidad sufren hiperfagia como forma patológica de defensa, acompañada de rasgos ansiosos y depresivos.

Es importante que la obesidad sea evaluada y tratada de forma multifactorial ya que son diferentes los factores que la causan.

³ Esteatosis hepática: Hígado graso

1.6. Evaluación y diagnóstico

Existen diferentes métodos para medir el exceso de grasa en el organismo algunos de ellos se basaron en la Teoría de los dos componentes corporales, de acuerdo a ésta el organismo está formado por dos tipos de masa la masa grasa y la libre de grasa. (Chavarria. 2002).

Otro es la desintometria que consiste en calcular la composición corporal se evalúan las diferentes densidades tanto de masa grasa como de masa libre de grasa.

La impedancia bioeléctrica implica pasar una corriente eléctrica entre la mano y el pie de la persona, para medir la resistencia del cuerpo a la corriente eléctrica. Como el agua es un conductor eléctrico y la grasa es un aislante, la impedancia de la corriente puede utilizarse para hacer una estimación del porcentaje de grasa corporal. Una de sus limitaciones es la mala conducción que tienen las personas con edema o personas con problemas de distribución de líquidos (Ogden, 2005 y Chavarría, 2002).

Otros métodos que se basan en la teoría de los dos componentes son la Tomografía Axial Computarizada (TAC), que se utiliza para determinar el valor de la grasa visceral a través de un corte tomográfico en la vértebra lumbar cuatro. El valor de la grasa visceral y la grasa total se obtiene en centímetros cuadrados, para ello existen valores aceptados como límites normales que deben ser menores a 150 cm². La resonancia magnética nuclear es un método de imagen seguro que evita la exposición a la radiación y calcula la grasa almacenada en el cuerpo. Estos dos métodos son de difícil acceso y altos en costo, por lo que su uso es limitado (Chavarría, 2002).

- Indicadores antropométricos.

Debido al costo, limitaciones y accesibilidad de estos métodos para la evaluación de la obesidad, existen métodos más sencillos como lo es el Índice de Masa Corporal (IMC) propuesta por Adolphe Quetelet (1835) que se calcula

dividiendo el peso de la persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (Kg/m^2). Identifica el sobrepeso y la obesidad tanto en adultos como niños sin importar al sexo al que pertenezcan.

La OMS (2012) adoptó éste método para evaluar la composición corporal, de acuerdo con esta, un IMC de igual o mayor a 25 indica sobrepeso mientras que un IMC igual o superior a 30 es un indicador de obesidad. Debido a que este método sólo da una relación entre peso y talla no permite una localización de la grasa en el organismo lo cual es importante para prevenir enfermedades como la diabetes.

Para determinar la localización de la grasa en el organismo en regiones determinadas se utiliza un instrumento llamado plicómetro que mide los depósitos de grasa de los pliegues cutáneos. Aunque esta medición tiene sus limitaciones, la más importante es el exceso de tejido adiposo ya que no permite pinzar de forma correcta un pliegue cutáneo con el plicómetro cuando este es demasiado grande (Chavarría, 2002; Jaramillo, Espinoza y Espíndola, 2012).

La circunferencia abdominal o de cintura es otro dato antropométrico que permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que ocasiona esta acumulación de grasa. Sí se obtiene un valor mayor a 85 centímetros en mujeres y un valor mayor a 95 centímetros en hombres es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (Jaramillo et al, 2012).

Benito (2005) menciona que existen tres indicadores para evaluar la obesidad los cuales son:

- Indicadores clínicos

Dentro de este se incluyen los antecedentes heredofamiliares, antecedentes patológicos personales y sus respectivos tratamientos, antecedentes quirúrgicos, manifestaciones físicas de excesos o deficiencias en la dieta (por medio de una exploración física), historia personal de alergias o intolerancias, evaluación del estilo de vida (actividad física, alcoholismo, tabaquismo, horas de sueño trabajo) y la historia de los cambios en el peso.

- Indicadores dietéticos

Son los que nos muestran los hábitos alimentarios del paciente, nos ayudan a valorar la cantidad y la calidad de los alimentos que el individuo consume, y a evaluar si su dieta es correcta, es decir, si se apega a la alimentación recomendable de acuerdo a su edad, sexo, estado fisiopatológico y su actividad física y se evalúa si cumple con la cantidad de nutrimentos que requiere

- Indicadores bioquímicos

Son evaluados en muestras de sangre, orina y heces. Son necesarios para conocer la concentración de la reserva de nutrimentos en el organismo, las concentraciones plasmáticas de los mismos y la excreción de nutrimentos o metabólicos principalmente. La utilidad de los métodos para medir la composición corporal nos permite conocer si el individuo tiene un peso adecuado, para ello es necesario clasificar el peso del individuo en diferentes categorías como edad, sexo o talla. A continuación se presentan las categorías más utilizadas.

La clasificación de la composición corporal más utilizada a nivel mundial es la presentada por la OMS (2012). Dicha categorización utiliza como método de medición el IMC (García, Correas, Quintero, García y Chinchilla 2003). Y de acuerdo con esta, las personas pueden tener bajo peso normopeso, sobrepeso, obesidad u obesidad mórbida. (Ver tabla 2).

En este caso lo importante es tener en cuenta que arriba de un IMC de 25 la persona ya presenta algún grado de exceso de peso.

Tabla 2.

Clasificación de la composición corporal de acuerdo a la OMS.

IMC	Clasificación de la obesidad
< 18.5	Bajo peso
18.5-24.9	Normal
25.0-29.9	Grado 1 de obesidad (sobrepeso)
30.0-39.9	Grado 2 de obesidad (obesidad)
>40.0	Grado 3 de obesidad (obesidad morbida)

Otra clasificación de la obesidad es en relación a la distribución de grasa corporal de acuerdo a esto Chavarría (2002) nos menciona la siguiente clasificación.

- Obesidad central o androide: conocida como “tipo de manzana” u obesidad masculina, los depósitos de grasa predominan en el abdomen. Este tipo de obesidad es factor de riesgo para desarrollar enfermedades como: diabetes, aterosclerosis, gota y colelitiasis.
- Obesidad gluteofemoral o ginecoide: conocida como “tipo de pera” u obesidad femenina en donde la acumulación de grasa de grasa predomina en: caderas, glúteos y muslos. Este tipo de obesidad ocasiona problemas respiratorios y circulatorios (Figura 1).
- Obesidad homogénea: donde existe un exceso de grasa sin que predomine una parte del cuerpo (García et al, 2003).

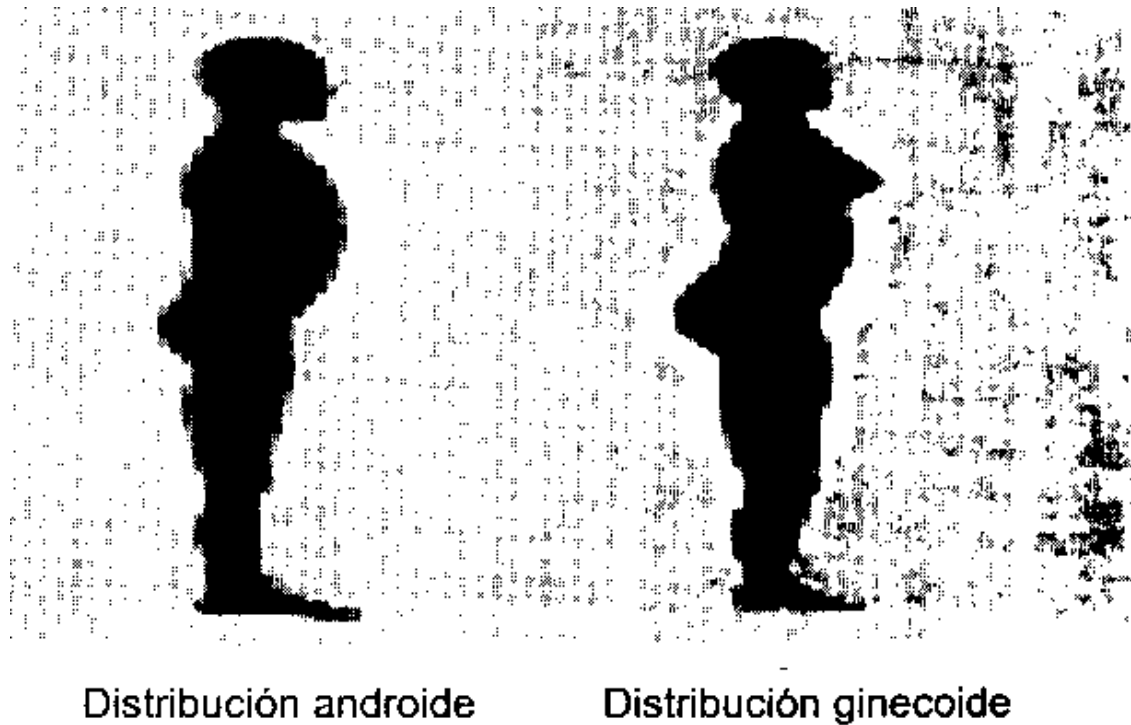


Figura 1. Distribución de grasa corporal (Chavarria, 2002).

Por su parte, García, et al. (2003) refieren la siguiente clasificación de la obesidad de acuerdo con la edad de aparición y distribución celular de grasa.

De acuerdo a la edad de aparición se clasifica en: obesidad al inicio de la infancia en la que el niño supera el 20% de su peso de acuerdo con su talla, obesidad del adulto cuando inicia entre los 20 y los 40 años.

La distribución celular de la grasa se clasifica en: obesidad hipertrófica cuando los adipocitos aumentan de tamaño pero no en cantidad y obesidad hiperplástica que a diferencia de la hipertrófica los adipocitos aumentan en cantidad.

1.7. Tratamientos para la obesidad

Los tratamientos para la reducción de peso utilizan inhibidores del apetito, reducción de calorías y aumento de actividad física (Quintero et al. 2003). Revisaremos más a fondo a que se refieren estos elementos propios de los tratamientos.

En primer, lugar se propone que la dieta es necesaria para lograr bajar de peso, sin embargo el término dieta no necesariamente hace referencia a evitar consumir ciertos alimentos con el fin de adelgazar como se considera coloquialmente, si no que el término dieta hace referencia a los alimentos que solemos consumir independientemente de que sea o no balanceada y del número de calorías que contenga, es decir todos los seres vivos tienen una dieta ya sea saludable o no.

Una dieta balanceada debe incluir los diferentes tipos de alimentos tales como son proteínas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, frutas y verduras. Una propuesta de de la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 (2012) para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria es el plato del bien comer, que es una guía de alimentación para México, representada en un grafico donde se resumen y representan los criterios generales para una orientación alimentaria. (Figura 2).



Figura 2. Plato del bien comer

Dichas dietas deben de ser adecuadas tomando en cuenta las necesidades y actividades de cada individuo. Por ejemplo, las dietas bajas en grasas y altas en hidratos de carbono son más eficaces que las dietas hipocalóricas para las pérdidas de peso en lapsos más cortos, sobre todo en personas con sobrepeso, mientras que las dietas hipocalóricas tienen cierta utilidad a corto plazo para las personas severamente obesas (Ogden, 2005).

Por otro lado, también se menciona que realizar ejercicio debe de estar incluido en los tratamientos de reducción de peso puesto que incrementan el gasto energético. De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005 (2012) se divide de acuerdo a su intensidad en: moderada (limpiar la casa, caminar) y vigorosa (practicar algún deporte, patinar, ejercicios aeróbicos).

La actividad física tiene beneficios tales como mejorar: el perfil lipídico, el metabolismo de la glucosa, la capacidad pulmonar, flexibilidad en las articulaciones e incrementa el bienestar psicológico (Quintero et al. 2013). Por lo que, es importante incluir el ejercicio en los tratamientos para la reducción de peso.

Debido al bajo funcionamiento de las dietas para la reducción de peso se ha propuesto el uso de fármacos para su reducción. De acuerdo a Ogden (2005) hoy en día existen muchos tratamientos farmacológicos para bajar de peso. Estos tratamientos se dividen en dos grupos que actúan sobre el nivel gástrico reduciendo el nivel de grasa intestinal y los que actúan sobre el sistema nervioso central y suprimen el apetito.

El primer grupo *Orlistat*, es además el más utilizado produce una importante reducción de peso en personas obesas, pero tienen efectos secundarios como deposiciones líquidas, necesidad urgente de ir al baño sobre todo tras comidas ricas en grasa.

En el segundo grupo se encuentra la *fentermina*, que opera sobre vías de catecolaminas y la sibutramina que actúa sobre vías noradrenérgicas y serotoninérgicas sus efectos secundarios son náuseas, sequedad bucal y

estreñimiento. La *sibutramina* puede provocar tensión arterial, taquicardia por lo que se recomienda monitorearlas durante el tratamiento. Algunos autores afirman que el riesgo/beneficio del aumento de la tensión arterial durante el tratamiento puede ser positivo ya que la reducción de peso llevará asociada una disminución de las cifras de tensión arterial más duraderas (García et al. 2003).

También se han propuesto métodos quirúrgicos para la reducción de peso. Los más utilizados son el *bypass gástrico* y la *gastroplastía vertical anillada* (Manson, 1987; Kral, 1995) en (Ogden , 2005).

Estos métodos se sugieren en pacientes con un IMC mayor a 35 Kg/m² con riesgos asociados o en pacientes con un IMC superior a 40 Kg/m² sin riesgos asociados.

Ambos procedimientos imponen al paciente un control dietético y por lo tanto eliminan la necesidad de que restrinja su conducta alimentaria. En el caso de ***bypass gástrico*** inutiliza la mayor parte del estomago, el duodeno y un segmento del yeyuno lo que provoca la reducción de alimento que puede consumirse y reduce el volumen del alimento que se absorbe.

En la ***gastroplastía vertical anillada*** se colocan una fila de anillas que divide el estomago en una pequeña bolsa superior con una capacidad de unos 15ml, que se comunica con el resto del estomago a través de una pequeña ranura esto provoca que al llenarse la bolsa todo lo que se ingiera de más induce al vómito hasta que la bolsa vacíe su contenido en el resto del estómago.

Se han mencionado diferentes tratamientos para disminución de peso sin embargo desde el ámbito psicológico también es necesario que el terapeuta brinde al paciente información y educación, facilitación de conflictos ya que el paciente obeso comúnmente tiene problemas en el área afectiva y cognitiva, como baja autoestima y autoimagen, especialmente referente al esquema corporal, bajas expectativas de autoeficacia y logro (Seijas 1997).

De acuerdo a Villaseñor et al (2006) Para resolver todos estos conflictos en los pacientes con obesidad existen diferentes psicoterapias pero la más utilizada es la terapia cognitivo-conductual (TCC)

La TTC va a permitir la identificación de creencias, esquemas y distorsiones cognitivas que afectan a la imagen corporal que frecuentemente se ve alterada en personas con obesidad, además esta terapia utiliza técnicas de manejo de estrés y estrategias para obtener una relación sana con el cuerpo y menos limitada a la apariencia, así como hace hincapié en una alimentación balanceada y flexible y descarta dietas rígidas que se vuelven factor de riesgo para un desorden alimentario. Los terapeutas cognitivo-conductuales toman en cuenta estos factores para prescribir comidas regulares y aperitivos, reducir la urgencia de atracón, cambiar el pensamiento distorsionado sobre el peso, imagen corporal y comida. (Bersh 2006 y Villaseñor et al. 2006).

La obesidad es una condición crónica y progresiva, por lo que los pacientes con obesidad requieren tratamiento de por vida (Mauro, Taylor, Whaton, Sharma, 2008) lo cual conduce a pensar en las diferentes dificultades que el equipo de salud puede encontrar al tratar a un paciente con obesidad.

De acuerdo con Forman, Hoffman, Little y Wahls, (2006), los principales obstáculos son: la falta de entrenamiento formal que los especialistas pueden tener específicamente respecto del tratamiento del paciente obeso, el poco conocimiento de la efectividad de ciertos tratamientos, algunas actitudes negativas hacia el paciente con obesidad, el creer que el paciente no está listo para someterse al tratamiento y creer que la obesidad es culpa del mismo paciente, dada la “poca aceptación” de consejos que suelen tener las personas con obesidad.

Como se ha mencionado la obesidad es una enfermedad multifactorial por lo que es importante tomar en cuenta su etiología, así como el mantenimiento de la obesidad, variables cognitivas (creencias), afectivas (manejo de emociones) y ambientales (costumbres, hábitos) ya que si no se tiene las estrategias necesarias

para conducir al paciente a bajar de peso y/o mantener su peso corporal, éste volverá a ganar el peso que disminuyó durante el tratamiento (Mauro, Taylor, Wharton y Sharma, 2008 y Bravo et al,2011).

Las personas obesas pueden haber acudido a consulta nutricia como resultado de críticas dirigidas hacia su cuerpo, se hace indispensable la identificación de variables psicológicas asociadas con el éxito del tratamiento para reducción de peso permitirá en un futuro evaluar estos aspectos antes de iniciarse el tratamiento, con la finalidad de detectar a aquellos pacientes que requieren tratamiento psicológico antes o a la par del tratamiento nutricional, con lo cual no sólo se ganará un mayor bienestar psicológico entre los pacientes, sino que se incrementaría sus probabilidades de adherencia y éxito en el tratamiento para la reducción de peso.

CAPÍTULO II ADHERENCIA TERAPÉUTICA

2.1. Definición

El término adherencia al tratamiento podría ser considerado como la clave del éxito en los programas de intervención en salud, ya que ayudan a detener y a disminuir las cifras de enfermedades crónicas. (Salinas, Espinosa, González, 2014)

La OMS (2004) define la adherencia terapéutica como el grado en el que el comportamiento de una persona toma su medicamento, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de modo de vida y responde de manera adecuada a las recomendaciones del prestador de salud.

Estudiar la adherencia es importante ya que gran parte de las indicaciones terapéuticas no pueden ser supervisadas cotidianamente por un agente externo al paciente si no que queda bajo su directa responsabilidad, entonces es el paciente quien decide cumplir o no con el tratamiento (Ortiz y Ortiz, 2007). Como los tratamientos para la obesidad buscan que las personas adopten hábitos saludables como tener una dieta balanceada y practicar actividad física, diversos estudios han mostrado altos índices de abandono a programas que promueven cambios en los hábitos de vida relacionados con obesidad y otros problemas de salud (González et al, 2007).

Rodríguez (2014) menciona que la falta de adherencia al tratamiento nutricional tiene como consecuencia caer en un círculo de dieta-no dieta, en el que se permanece durante un tiempo, hasta que se sienten vencidos, produciéndose el fenómeno de rebote, con las consiguientes disfunciones fisiológicas y psicológicas, cambios bruscos en la dinámica de sus comportamientos, que vencen a las expectativas que tenían con el tratamiento, llevándolo a no poder iniciar o mantener un régimen alimentario adecuado.

Para que exista una adherencia adecuada al tratamiento el paciente necesita comprometerse y hacerse responsable del cuidado de su salud como asistir a las consultas programadas, tomar los medicamentos como se los prescribieron, cambiar estilos de vida recomendados, realizarse los análisis o pruebas solicitadas. Si el paciente no cumple con estas indicaciones es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud e incluso conducir a la muerte, con el consecuente costo económico para el estado, tanto en materias relativas a pérdida de productividad como lo son los costos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez (Ortiz y Ortiz, 2007).

Al no cumplir con las instrucciones terapéuticas nos estamos refiriendo a una “no adherencia” ya sea de forma voluntaria inadvertida, esta no adherencia puede deberse a: que tan alta es la prioridad de tomar la medicación, la percepción de que tan grave es la enfermedad, la credibilidad de la eficacia de la medicación y la aceptación personal de los cambios recomendados. Por lo que es importante abordar la terapia de manera multidimensional, integrar al paciente, al médico y es sistema de salud. (Silva, Galeano y Correa, 2005). La falta de adherencia a los tratamientos es un problema con repercusiones desde el punto de vista médico, económico y psicosocial. (Martín, Grau y Espinosa, 2014)

2.2. Factores relacionados con la adherencia terapéutica.

Los factores asociados a la no adherencia terapéutica de acuerdo a Silva, Galeano y Correa (2005) se dividen en cuatro categorías:

- Factores asociados al paciente: este factor se divide en tres aspectos:
 - 1) Deterioro sensorial: son las alteraciones sensoriales que afectan al paciente para no cumplir con las instrucciones porque no las escuchan bien o porque no pueden leer bien debido a que su visión se ha deteriorado o a que ha perdido destrezas físicas que le impiden desplazarse.

- 2) Deterioro cognitivo: no se procesa adecuadamente la información o se realiza de manera alterada, como omitir parcial o totalmente la información.
 - 3) Finalmente, los aspectos de enfermedad: el paciente se adapta a los síntomas y prefiere vivir con ellos que seguir un tratamiento o cuando se toma tratamiento preventivo.
- Factores ambientales se refieren al aislamiento social, las creencias sociales y los mitos de salud (tomar medicinas sólo cuando no se sienten bien y suspenderlos cuando se sienten mejor)
 - Factores asociados al medicamento: la duración del tratamiento, ya que siendo por poco tiempo habrá mayor adherencia, la cantidad de medicamentos y la forma de administración cuando se requiere de personal entrenado.
 - Factor médico paciente: la confianza que tiene el paciente con su médico para preguntar dudas acerca del tratamiento.

2.3. Propuestas de intervención psicológica que favorecen la adherencia a tratamientos.

Para explicar la conducta de adherencia existen diferentes modelos y teorías, pero las más utilizadas son: los modelos biomédicos y los conductuales. (Haynes, Brian, Taylor y Sackertt, 1979) citado en (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

- Los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico. (Salinas, Espinosa, González, 2014)
- Los modelos conductuales se presentan en tres categorías: modelos operantes que están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas; la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adherencia. Los

modelos de comunicación que buscan mejorar los procesos de recepción comprensión y retención de mensajes como condición y estrategia para la promoción de la adherencia. Los modelos cognitivos que están basados fundamentalmente en el modelo de aprendizaje social de Bandura y en modelos cognitivos de toma de decisiones. (Salinas, Espinosa, González, 2014)

- Teoría de acción razonada: relaciona las creencias, actitudes, intenciones y la conducta. Donde el mejor predictor de la conducta es la intención de llevarlas a cabo. A su vez, la intención es predicha por la actitud hacia ejecutar tal conducta y factores sociales, tales como la percepción de las personas significativas para el paciente que tienen acerca de tal conducta (Ortiz y Ortiz, 2006; Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres y Varela, 2006)
- Modelo de creencias en Salud: en este modelo se plantea que las personas no llevaran a cabo un comportamiento de salud a menos que tenga unos niveles mínimos de motivación en información relevantes para su salud, integra teorías cognitivas y conductuales para explicar porqué la gente falla en adherir conductas saludables, considerando el impacto de las consecuencias y expectativas relacionadas con la conducta. Este modelo indica que la probabilidad que una persona adopte o mantenga una conducta para prevenir o controlar una enfermedad depende de: a) grado de motivación e información que tenga sobre su salud, b) autopercepción como potencialmente vulnerable ante la enfermedad c) percibir la condición como amenazante, d) estar convencido que la intervención o tratamiento es eficaz y e) percepción de la poca dificultad en la puesta en marcha de la conducta de salud (Ortiz, Ortiz, 2007).

- Modelo transteórico: ofrece posibilidades para planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones a quienes están dirigidas las acciones, y consta de cinco etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. (López, 2008).
- Automonitoreo: es una técnica cognitivo-conductual que consiste en un registro diario detallado por escrito de la ingestión de alimentos, así como las circunstancias bajo las que ocurrió, proporciona información esencial para seleccionar e implementar estrategias de intervención. Forma parte del proceso de cambio de conducta para la identificación de influencias del medio ambiente y personales, que regulan la actividad física y de alimentación, para la evaluación de progreso de modificación de hábitos y cuenta con tres técnicas: (Vázquez, Alvarenga, 2001).
 - Autorregistro de consumo de alimentos y situaciones en las se consumen. Con el objetivo de tomar conciencia de lo que comen en cada momento y de las variables que controlan la ingesta.
 - Autorregistro de actividad física es importante que junto con la reducción de ingesta de calorías se establezca un aumento paulatino de la actividad física.
 - Establecimientos de metas y submetas adecuadas: es importante que el paciente establezca una meta final y adecuada a sus características, para mantener un buen grado de motivación y de adhesión al tratamiento es imprescindible marcar submetas u objetos parciales en consecución del objetivo final.
- La teoría social cognitiva: sugiere que cualquier cambio de conducta, en este caso volverse adherente, se fundamenta en la creencia que tiene el individuo de que puede llevar a

cabo la conducta deseada. A esta creencia de la habilidad se le denomina autoeficacia percibida. Es así como una persona puede sentirse vulnerable a la enfermedad, entender y conocer cuáles son los comportamientos específicos que requiere el tratamiento, creer que la adopción de la conducta saludable disminuirá la probabilidad de enfermedad y tener apoyo social. Sin embargo, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para ejecutar la conducta, es poco probable que la lleve a cabo (Ortiz y Ortiz, 2007). Álvarez y Barra (2010) refieren que en un estudio con pacientes con VIH se encontró que la autoeficacia de adherencia era uno de los predictores de la adherencia a los horarios de ingestión de medicamentos en la terapia antiviral. Otro estudio se realizó con pacientes sometidos a hemodiálisis se encontró una relación entre la autoeficacia relacionaba con la adherencia al control de líquido.

El crear programas para el buen manejo del estrés o ansiedad así como de autoeficacia como complemento del tratamiento nutricional ayudaría a mejorar la adherencia a dichos tratamientos. Ya que como se menciona anteriormente la autoeficacia es una variable importante para cambiar los hábitos alimentarios y su nivel de actividad física. Así como un manejo adecuado de los síntomas de ansiedad o estrés puede facilitar una mayor adherencia al tratamiento para la disminución de peso ya que el adecuado afrontamiento de la ansiedad o estrés va a disminuir la cantidad de ingesta (de Whit et al., 2009; Manzoni et al., 2009; Tapia, 2006).

CAPÍTULO III AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS Y AUTOEFICACIA

3.1.1. Definición de estrés

Hoy en día relacionamos el término estrés con las demandas de la vida diaria como “el estrés de la oficina”, “el estrés de los exámenes”, el estrés por el tráfico” sin embargo es un error pues técnicamente a todo esto se le denomina estresores mientras que la tensión o el desgaste que experimentamos para responder a estos eventos constituye en realidad el estrés. (Mérzeville, 2004).

De acuerdo con Bensabat y Salye (1994) el estrés no es un fenómeno nuevo ya que el individuo siempre ha sufrido estrés y es gracias a éste que ha sobrevivido obligándolo a adaptarse a un ambiente que se transforma constantemente.

Mézerville (2004) mencionan que dicha adaptación se da gracias a que el cuerpo ha desarrollado un mecanismo de respuesta que activa el sistema nervioso autónomo, con el fin de desencadenar una reacción simpática que capacita al organismo para combatir o escapar. La respuesta de emergencia se manifiesta biológicamente por una estimulación predominante sobre el sistema simpático hipófiso-córtico-suprarrenal que produce la secreción de varias hormonas llamadas epinefrina, norepinefrina, cortisona y hormona adrenocorticotropina. Las dos primeras conocidas como adrenalina se asocian con las otras dos para elevar el ritmo cardíaco y la presión sanguínea, así como la respuesta galvánica de la piel por transpiración; a la vez, se aumenta el porcentaje de azúcar en la sangre y se liberan unos ácidos grasos de las reservas adiposas, con el fin de proporcionar la energía necesaria para la defensa contra la agresión.

A todo esto Salye (1994) afirma que “cualquier demanda, sea la que sea, física, psicológica o emocional, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo, idéntica y estereotipada”. ([19pp], Salye1994). La sociedad de hoy está sometida a cambios constantes, si el individuo no es capaz de adaptarse a dichos

cambios le ocasiona enfermedades o incluso la muerte. El profesor Salye (1994), concluye: *“El hombre moderno aprenderá a dominar el estrés o se verá condenado al fracaso, a la enfermedad o a la muerte”*. Salye (1994) define al estrés desde el punto científico como el estado provocado por el *Síndrome General de Adaptación (SGA)*.

El SGA es la respuesta al agente que va a provocar cambios bilógicos responsables de diferentes manifestaciones sintomáticas funcionales y orgánicas.

De acuerdo con este autor el estrés se puede medir de acuerdo a intensidad de las manifestaciones de SGA y gracias a este nuestro organismo puede adaptarse a los cambios que se producen en el interior y exterior de nuestro cuerpo.

El SGA se divide en tres fases: reacción de alarma, de resistencia y de agotamiento. Para que se presente este síndrome no es necesario que se presenten las tres fases ya que sólo un estrés muy grave llega a la fase de agotamiento o incluso la muerte.

La reacción de alarma, es aquella donde, el organismo detecta un peligro físico o psicológico y se pone en alerta ocurriendo cambios fisiológicos que ayudan a enfrentar el peligro, si estos cambios no logran reducir la amenaza se pasa a la fase de resistencia es en la que presentan síntomas psicósomáticos como una defensa más intensa y directa para confrontar la amenaza. Finalmente, al fallar esta defensa se pasa a la fase de agotamiento donde las defensas del cuerpo comienzan a agotarse en un intento por controlar el estrés (Mézerville, 2004).

Por su parte Lazarus y Folkman (1991) afirman que no se puede pretender definir al estrés de forma objetiva haciendo referencia sólo a las condiciones ambientales sin tener en cuenta las características del individuo ya que lo que es estresante para uno en un momento dado no es para otro. De acuerdo a esto definen al estrés psicológico como una relación particular entre el individuo y el

entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

3.1.2 Tipos de estresores

Existen cuatro tipos de estresores que pueden desadaptar al individuo y que se dividen de acuerdo al cuadro médico del Psychosocial Assts and Modifiers of Stress in the Institute of medicine, publicada en Stress and Human Health citado en (Lazarus y Folkman 1991).

- 1) Estresores agudos: su duración es corta como puede ser un salto en paracaídas, esperar alguna cirugía, etc.
- 2) Secuencias estresantes: ocurren durante un tiempo prolongado como resultado de un acontecimiento inicial desencadenante como la pérdida de empleo, el fallecimiento de un ser querido, un divorcio, etc.
- 3) Estresores crónicos intermitentes en este tipo de estresantes el tiempo es intermitente como su nombre lo dice, ya que pueden ocurrir una vez a la semana, al mes, al año, por ejemplo, visitas conflictivas a familiares, problemas sexuales.
- 4) Estresores crónicos: son de frecuencia moderada pero repetida y próxima en el tiempo exigiendo una adaptación frecuente, que sobrepasa el umbral de resistencia. El estrés crónico lleva consigo un agotamiento psicológico y glandular progresivo y es responsables de las llamadas enfermedades de adaptación.

Por su parte Bensabat (1994) clasifica a los estresores en buenos (eustres) y malos (distres,[que propiamente significa angustia]).

- Estresores buenos son aquellos que causan placer, todo lo que se quiere o se acepta en armonía con uno mismo, en su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación, donde la respuesta de adaptación esta a la altura de la demanda y la energía se consume físicamente.

- Estresores malos: es todo aquello que disgusta, todo lo que se hace a pesar nuestro, en contradicción con uno mismo, su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación.

De acuerdo con Mézerville (2004) muchos de los estresores son normales en la vida cotidiana de las personas, otros aparecen de manera especial en ciertos periodos de desarrollo y otros ocurren de manera extraordinaria, sólo en el contexto de experiencias traumáticas o de situaciones de pérdida. A continuación definiremos cada uno.

- Estresores normales: son situaciones nuevas, repentinas o amenazantes, que evocan una reacción local o general de estrés para la adecuada adaptación de la persona, como por ejemplo: a nivel general: la exigencia inesperada de responder a una pregunta que hace el profesor y a nivel local: la reacción de cerrar preventivamente el parpado en medio de una polvorada.
- Estresores especiales: son causados por cambios evolutivos y las nuevas exigencias que generan los periodos transicionales por ejemplo: un niño varón que empieza el periodo de la adolescencia, en general la sociedad espera que ya no actúe como niño por lo que necesita un nivel de adaptación para responder a las expectativas. A nivel local su sistema hormonal lo capacita para tener nuevas reacciones en la esfera sexual, lo que le producirá quizás erecciones y eyaculaciones frecuentes, los cuales deberá aprender a asimilar de forma gradual ante ciertos estímulos que antes no lo excitaban de la misma manera. Este estresor va a ayudar al individuo a desarrollar nuevas áreas de capacidad y fortaleza de manera personal. Sin embargo para que el efecto sea positivo es importante el poder adaptarse sanamente a ellas.
- Estresores extraordinarios: son las situaciones de pérdida o situaciones traumáticas, pues aunque le ocurren a todo el mundo en momentos muy diferentes de la vida, suceden por lo general de manera impredecible, y por su naturaleza casi siempre dramática ocasionan reacciones de

estrés grave, así como importantes trastornos de adaptación (desempleo, divorcio, el duelo.) la capacidad para poder adaptarse y sobreponerse a estos eventos se le denomina resiliencia (Mézerville, 2004).

De acuerdo a Sandin (2003) de no poder controlar estos tipos de estresores pueden provocar problemas de salud, por lo que es importante que el individuo cuente con estrategias de afrontamiento para poder responder a las amenazas del medio adecuadamente.

Estas estrategias se dividen en tres procesos: valoración primaria que se refiere a la evaluación que la persona hace sobre la situación, sus características y sus demandas, el segundo proceso es la valoración secundaria, es la valoración que hace la persona de sus capacidades personales para responder eficazmente a las demandas de la situación y resolver el problema y el afrontamiento como tal que se refiere al conjunto de esfuerzos conductuales y cognitivos que la persona pone en acción para resolver la situación estresante (Godoy, Godoy, López-Chicharia, Martínez, Gutiérrez y Vázquez, 2008.)

3.1.3 Afrontamiento

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991) el afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales que cambian constantemente, que ayudan a controlar las demandas específicas externas o internas. De acuerdo a esto proponen dos tipos de afrontamiento al estrés: el primero es el afrontamiento dirigido a la emoción y el segundo el afrontamiento dirigido al problema.

El afrontamiento dirigido a la emoción se utilizan dos grupos de estrategias: la primera aparece cuando al hacer una evaluación de la amenaza esta no se puede modificar y el individuo utiliza estrategias como: la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas, estas estrategias van a ayudar al individuo a disminuir el grado de trastorno emocional. El otro tipo de estrategias aumenta el grado de trastorno emocional ya que algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal

antes de pasar a sentirse mejor ya que para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno intenso para pasar luego al auto-reproche.

Se utiliza este tipo de afrontamiento para conservar la esperanza y el optimismo, para no tener que aceptar lo peor para actuar como si lo ocurrido no nos importara.

El afrontamiento dirigido a al problema se refiere a la acciones para cambiar la situación estresante, este tipo de afrontamiento incluye estrategias como lo son el aumento de esfuerzo, planificación y análisis lógico.

La efectividad de afrontamiento en una situación determinada se basa en ambas funciones ya sea dirigido al problema o dirigido a la emoción, ya que una persona que domina de forma efectiva el problema pero este le lleve un costo emocional alto no podemos decir que afronte de manera eficaz, de forma similar una persona que controla sus emociones de manera adecuada pero no se dirija al origen del problema tampoco puede decirse que afronte de manera eficaz.

La forma en que el sujeto afronte la situación va a depender de los recursos que dispone así como de las limitaciones que dificulten su uso de sus recursos, es decir una persona que cuenta con muchos recursos no significa que dispone de ellos, ya que también tienen que tener la habilidad para aplicarlos de acuerdo a las demandas del entorno (Lazarus y Folkman, 1991).

3.1.4 Recursos del afrontamiento

De acuerdo con (Lazarus y Folkman, 1991) los recursos con los que cuenta en individuo para afrontar dichas demandas son:

- Salud y energía: el bienestar físico ayuda a resistir problemas y situaciones estresantes que le exigen al individuo una motivación importante, ya que es más fácil afrontar una situación de estrés cuando uno se encuentra sano que cuando se encuentra enfermo, sin embargo

las personas enfermas pueden motivarse lo suficiente cuando se halla en juego algo importante para ellos.

- Las creencias positivas son un importante recurso de afrontamiento al estrés ya que le dan al individuo esperanza y esta esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable por ellos mismos o por otra persona (médico, Dios, etc). Esta esperanza existirá sólo cuando las creencias hagan posible un resultado positivo. Sin embargo, las creencias pueden disminuir o incluso inhibir el afrontamiento como por ejemplo que hay un Dios castigador que puede llevar al individuo a aceptar algún tipo de castigo y no hacer nada por modificarlo y una creencia negativa sobre si mismo disminuye su capacidad para solucionar los problemas.
- Las técnicas para la resolución del problema: incluyen la habilidad para conseguir información, analizar la situación, examinar las alternativas, hacer un plan de acción, estas técnicas derivan de otros recursos como experiencias previas habilidades cognitivas. Estos recursos ayudan a situaciones muy específicas como por ejemplo estudiar para un examen, conseguir empleo.
- Las habilidades sociales son un importante recurso de afrontamiento ya que facilita la resolución de problemas en coordinación con otras personas. De acuerdo a Barra (2004), el apoyo social cumple tres funciones diferentes: la emocional, la informativa y la instrumental. La función emocional se refiere a dar confort, cuidado, intimidad, en cuanto a la función informativa va a permitir recibir información, consejo y orientación finalmente el apoyo instrumental se refiere a disponibilidad que se tiene de los recursos.
- Finalmente, los recursos materiales o económicos proporcionan accesibilidad a servicios médicos, legales, asistencia financiera, ya que

el hecho de tener dinero reduce la vulnerabilidad del individuo a la amenaza y de esta forma facilita un afrontamiento efectivo.

3.1.5 Afrontamiento del estrés y obesidad.

Las persona obesas que padecen estrés se encuentran en un mayor riesgo de subir de peso debido a un aumento en el apetito (síntoma que frecuentemente se encuentra presente en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) que las induce a aumentar la frecuencia de ingesta, o a comer en mayores cantidades (De Wit, Straten, Herten, Penninx y Cuijpers, 2009; Manzoni et al, 2009).

La mayoría de las personas con obesidad al estar en una situación de conflicto que no pueden controlar. se consuelan en la comida lo que les causa una sensación de tranquilidad que es a corto plazo, esta forma de resolver los conflictos, es aprendida en la lactancia y niñez precoz ya que cuando el niño grita porque tiene miedo la madre lo interpreta como hambre y le da de comer en lugar de darle cariño (Hube, 1986).

De acuerdo a este autor la obesidad después ocasiona un nuevo estrés ocasionando al individuo nuevas situaciones de conflicto, ya que en la sociedad de hoy en día el estereotipo de perfección es de ser delgado, ágil, dinámico, por lo que el obeso se convierte en víctima de burla (Hube, 1986).

Una alimentación saludable y el ejercicio son formas para combatir el estrés y la obesidad por lo que es importante cambiar los hábitos sedentarios por otros más saludables y que las personas logren convencerse de que son capaces de alcanzarlo.

Una adecuada alimentación se convierte en ocasiones en un método para reducir los niveles de estrés producidos por otras situaciones, o por la propia conducta de ingesta o pérdida de control de la misma. Con el objetivo de dotar al paciente de una forma alternativa de reducir el estrés, se ha utilizado la técnica de relajación muscular. Que consiste en relajar y tensionar los siguientes grupos musculares: extremidades superiores; área facial, cuello y hombros; tórax y

abdomen; extremidades inferiores. De forma complementaria se entrena a los integrantes del grupo en técnicas de respiración con el objetivo principal de dotar al paciente de otra técnica eficaz de respiración como apoyo a la relajación muscular y que puede resultar, en algunas ocasiones, más práctica o rápida. (Casado et al, 1997).

Para ello es necesario trabajar su autoeficacia (término que revisaremos a continuación) ya que la autoeficacia va a amortiguar al estrés, de forma que las personas autoeficaces interpretan las demandas y los problemas como retos y no como amenazas; y afrontan los desafíos con perseverancia, incrementando su nivel de esfuerzo con la creencia de que podrán alcanzar los resultados que desean (Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero, 2013).

3.2.1 Definición

De acuerdo con Bandura (1997) la autoeficacia es el conjunto de creencias que una persona tiene sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar acciones necesarias para obtener los resultados deseados. Lo que quiere decir que es la capacidad que tiene el individuo para poder utilizar sus habilidades ante las demandas que se le presentan y afrontarlas adecuadamente.

Esta creencia de las personas acerca de poder realizar aquello que se han propuesto predice el éxito en futuras tareas, aun mejor que las habilidades, los logros anteriores o el conocimiento de la actividad a realizar, ya que, de hecho, la autoeficacia determina lo que la persona hace con las habilidades y el conocimiento que posee (Manrique, Chia y Valdez, 2005).

Se han descrito cuatro formas distintas en que estas creencias afectan el comportamiento:

- Influye en las actividades que una persona elige, es decir, una persona una persona con una alta sensación de autoeficacia puede implicarse fácilmente en proyectos nuevos porque se siente competente a pesar de que ese nuevo proyecto le lleve a tener cambios en su rutina. Por el

contrario una persona con una baja sensación de autoeficacia en nuevas tareas ya que no se siente competente para realizarlas, siendo raro que se enrole en actividades nuevas por iniciativa propia.

- Determina el esfuerzo que invierte una persona en la actividad que va a realizar así como la perseverancia ante los obstáculos que se les presenten. De esta forma, una persona que posee alto grado de autoeficacia no escatima esfuerzos en la realización de la actividad, no se desanima ante los obstáculos y es capaz de persistir largos periodos de tiempo con tal de alcanzar la meta propuesta a diferencia de una persona con bajo grado de autoeficacia que tiende a dudar de su capacidad y a desanimarse frente a los obstáculos por lo que no se empeña mucho tiempo en realizar la actividad y en consecuencia, no alcanza las metas que se propuso.
- Influye sobre el pensamiento y las reacciones emocionales por ejemplo, una persona con bajo nivel de autoeficacia se puede considerar poco capaz de realizar una actividad porque cree es mucho más difícil de lo que realmente es y eso le puede ocasionar un alto nivel de estrés y ansiedad, así como pensamientos negativos sobre su desempeño. Por otro lado, las personas que presentan un nivel alto de autoeficacia se sienten más serenas y confiadas al realizar actividades que consideran difíciles (Manrique, Chia, Valdez, 2005).
- Permite a la persona crear su propio futuro y no únicamente actuar como predictor ya que puede ocurrir que una persona se considere altamente eficaz pero no tenga un alto rendimiento, esto puede ser porque no ejecutó la tarea y por lo tanto el resultado no es el esperado o viceversa se puede presentar una baja autoeficacia pero su rendimiento es alto, esto puede ser porque atribuye su rendimiento a causas externas y no a su propia capacidad (Miranda, 1997), Esto quiere decir que el individuo al tomar la decisión de hacer las cosas no solo está pensando que puede o no ser eficaz si no que lo está llevando a cabo.

De acuerdo con lo anterior la autoeficacia puede influir en los sentimientos, pensamientos y acciones. Por ejemplo las personas, con pocas expectativas suelen tener baja autoestima y pensamientos negativos sobre su capacidad, en cuanto a los pensamientos, la autoeficacia va a facilitar las cogniciones sobre sus propias habilidades, actuando estos pensamientos como motivadores de acción finalmente la acción va influir en como el individuo va a elegir tareas más desafiantes, metas más altas y van a persistir más en sus propósitos (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000).

Finalmente podemos decir que la autoeficacia es la capacidad que tiene el individuo para reconocer las habilidades con las que cuenta para hacer frente a las demandas de su ambiente y como recordaremos cuando un individuo no responde correctamente a esas demandas puede ocasionarle estrés por lo que la autoeficacia ayuda al individuo a afrontar de manera adecuada una situación estresante.

3.2.2. Estrategias de autoeficacia.

De acuerdo con Godoy et al (2008) la autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés (AEAE) es el conjunto de creencias en los recursos personales para manejar las situaciones demandantes y estresantes de forma eficaz y competente, esto es para reducir, eliminar, o incluso prevenir el estrés experimentando en esta clase de situaciones para disminuir su impacto y para controlar de esta forma sus consecuencias no deseadas.

La AEAE se divide en dos tipos: las expectativas de eficacia que se refiere a los juicios subjetivos sobre las capacidades personales para organizar y ejecutar eficazmente acciones para manejar la situación y regular la emoción. El otro tipo de AEAE son las expectativas de resultado se refieren a las creencias personales de que tales acciones le permitirán al individuo obtener resultados deseados en el manejo de una situación y sus consecuencias en diferentes esferas (relaciones interpersonales, éxito laboral, bienestar personal).

La autoeficacia es de vital importancia para hacer frente a las situaciones que se nos presentan en la vida diaria ya que al conocer las capacidades con las que cuenta el individuo podrá aplicarlas eficazmente y esto a su vez lo ayudara a mejorar sus expectativas para resolver dicha situación, como podría ser en el caso de las personas con obesidad, ya que al tener una buena autoeficacia mejora su capacidad para tener mejores hábitos de salud.

3.2.3. Autoeficacia y Obesidad.

Una variable que parece predecir en la disminución del éxito del tratamiento para bajar de peso es la autoeficacia para controlar el peso corporal, es decir, qué tan eficaz se siente una persona para modificar su nivel de actividad, sus hábitos alimentarios y sus patrones de consumo, teniendo como objetivo la pérdida de peso corporal (Bas y Donme, 2009; Campos y Pérez, 2007; Olivar y Urra, 2007).

Román, Díaz, Cárdenas y Lugli (2007) mencionan que la persona que desea bajar de peso debe realizar un esfuerzo constante y progresivo para controlar la ingesta alimentaria así como realizar ejercicio regularmente lo que implica una modificación de su conducta ya los resultados dependen del control logrado para que dicho cambio sea permanente, por lo que es necesario que el individuo identifique sus hábitos y las consecuencias de los mismos, así como comportamientos más saludables por los que deba sustituir el patrón actual.

Campos y Pérez (2007) encontraron relación entre la autoeficacia y la intención de realizar conductas saludables como lo es tener una alimentación saludable y realizar ejercicio para ello se utilizó la Escala de Autoeficacia para bajar de Peso en mujeres obesas. Encontraron que la mayoría de las mujeres presentaron baja autoeficacia para realizar conductas saludables.

En lo que se refiere a la alimentación, la autoeficacia va a favorecer la intención de consumir frutas, vegetales, dietas ricas en fibra (Lugli, 2011; Guzmán y Gómez 2011), en cuanto a la actividad física la autoeficacia se ha demostrado

que las personas que tiene un nivel alto de autoeficacia se comprometen con más frecuencia a un programa regular de actividades físicas así como ir aumentando la actividad física en comparación de aquellas que tiene un nivel bajo de autoeficacia. (Herrera, et al., 2013). Estas conductas van ayudar al individuo para controlar su peso.

Ruiz, Berrocal, López y Rivas (2003) aplicaron el cuestionario de autoeficacia (Self-Efficacy Scale) a mujeres de peso normal, sobrepeso y obesidad y encontraron que las mujeres con exceso de peso presentaron menor expectativas autoeficacia que las mujeres con peso normal en cuanto a controlar la ingesta bajo estados emocionales negativos de igual manera una baja expectativa de autoeficacia tiene relación con una menor pérdida de peso.

El grado de autoeficacia de las personas para bajar de peso influye de manera importante en los resultados del tratamiento para el control de peso ya que en gran parte, estos dependen de la realización de cambios en el estilo de vida, lo cual requiere de un esfuerzo progresivo y constante tanto del control de la ingesta alimentaria, como la realización de actividad física. Existe la necesidad en incluir el entrenamiento de la autoeficacia en los programas para control de peso con el objetivo de asegurar que se aumente la probabilidad de ocurrencia de conductas saludables, tales como una alimentación saludable y la práctica de actividad física. (Lugli, Arzolar y Vivas, 2009)

La identificación de variables psicológicas como lo son el estrés, y la autoeficacia asociadas con el éxito del tratamiento nutricio permitirá en un futuro evaluar estos aspectos antes de iniciarse el tratamiento, con la finalidad de detectar a aquellos pacientes que requieren tratamiento psicológico antes o a la par del tratamiento nutricional, con lo cual no sólo se ganará un mayor bienestar psicológico entre los pacientes, sino que se incrementarían sus probabilidades de éxito en su tratamiento.

CAPÍTULO IV PROPUESTA.

Justificación

La obesidad y el sobrepeso se han convertido en un problema de salud pública el cual ha aumentado a lo largo de los años especialmente en nuestro país que de acuerdo a la ENSANUT (2012) la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos es de 71.28% (que representa a 48.6 millones de personas).

La obesidad es una enfermedad multifactorial y factor de riesgo para desarrollar otras enfermedades, por lo que es necesario diseñar tratamientos multidisciplinarios que modifiquen la sobreingesta alimentaria y el sedentarismo.

Hoy en día existen novedosos tratamientos dirigidos a la reducción de peso, sin embargo los pacientes con sobrepeso y obesidad no logran concluirlo por diferentes razones por lo que es importante trabajar no sólo con la modificación de hábitos alimentarios y la actividad física que realizan, si no conocer con las creencias que tienen los pacientes sobre propia capacidad y los recursos con los que cuentan para llevar el tratamiento adecuadamente y se adhieran a éste.

Esto tendría como resultado que los niveles de efectividad de los tratamientos aumentarían ya que más pacientes lograrían adherirse a ellos y a su vez reducirían los niveles de obesidad en el país. Proporcionando más estrategias a los especialistas para que sus pacientes mejoren los hábitos de alimentación y actividad física.

Objetivo general

Dotar a los pacientes con obesidad de estrategias para adherirse a su tratamiento nutricional.

Objetivos específicos

Informar a los pacientes acerca de la obesidad y los daños físicos y emocionales que ocasiona.

Enseñar técnicas para el manejo del estrés

Mejorar la percepción sobre la adherencia a su tratamiento nutricional.

Participantes

Adultos con obesidad de 19 a 59 años con IMC mayor a 29.9 Kg/m² que estén en tratamiento nutricional en instancias del IMSS o ISSSTE.

Materiales

Rotafolios

Marcadores

Cinta adhesiva

Lápices

Hojas blancas

atorrregistros

Computadora

Proyector

Tapetes

Grabadora

Música de relajación o tranquila

Música para hacer ejercicio

Folders

Semillas

Botellas de plástico de 300ml

Fichas de trabajo blancas

Escenario

El taller se llevará a cabo en instalaciones del sector salud que tengan programas para bajar de peso. En un salón amplio, que cuente con las condiciones óptimas de iluminación y ventilación. Es necesario que el espacio cuente con las características apropiadas que permitan la movilidad de los asistentes, así como el mobiliario suficiente; las sillas debe de estar colocadas de manera que formen un semicírculo.

Instrumentos

Escala de autoeficacia para bajar de peso (Campos y Pérez, 2005) está conformado por tres dimensiones.

1. Autoeficacia para regular la compra de alimentos
2. Autoeficacia para controlar los hábitos alimenticios
3. Autoeficacia para adoptar y mantener un nivel creciente de actividad física.

El instrumento está constituido por 38 ítems en total para las tres dimensiones de las cuales 10 ítems pertenecen a regular la compra de alimentos, 15 ítems el control de hábitos alimentarios ó ingesta y 13 ítems a la adopción y mantenimiento de actividad física. Utiliza una escala tipo likert de siete puntos, desde “no estoy segura de poder hacerlo” hasta completamente segura de poder hacerlo.

Se considera un nivel alto de autoeficacia cuando se obtiene en la escala un total de entre 190 y 228 puntos. En la subescala dieta entre 75 y 90 puntos, en la subescala ejercicio entre 65 y 78 puntos y en la subescala compra de alimentos entre 50 y 60 puntos. Mientras que un nivel bajo de autoeficacia se considero en la escala total entre 0 y 189 puntos. En la subescala dieta entre 0 y 74 puntos, en la subescala ejercicio entre 0 y 64 puntos y el subescala compra de alimentos entre 0 y 49 puntos.

Escala de autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés (EAEAE) (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2001)

Este instrumento está compuesto por 8 ítems, 4 de cuales (ítems 2, 4, 5,7) evalúan el componente de expectativas de eficacia (EE) del constructo de autoeficacia, y los 4 restantes (1, 3, 6, 8) el de expectativas de resultado (ER). Los

ítems están formulados tanto en sentido directo (2, 3, 5,7) como en sentido indirecto (1, 4, 6, 8). Las respuestas son de tipo likert con cinco alternativas de respuesta. Desde completamente de desacuerdo a completamente de acuerdo.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Aaron T. Beck y Robert A. Steer, 1988)

Este instrumento está compuesto por 21 ítems. Las respuesta son de tipo likert con cuatro alternativas de respuesta desde “no en absoluto” hasta “Severamente”. La puntuación es la suma de las respuestas de la persona evaluada a cada uno de los 21 síntomas. Cada uno de ellos se puntúa en una escala de 0 a 3. La puntuación que indica la máxima ansiedad es de 63 puntos.

Procedimiento

Esta propuesta está compuesta por tres etapas:

En la primera etapa se aplicarán los instrumentos para hacer un pretest.

En la segunda etapa se impartirá el “Taller para la adherencia al tratamiento nutricional”. La cual por cinco sesiones de dos horas cada una, en las cuales se le brindará información acerca de la obesidad y enseñará técnicas de afrontamiento al estrés así como mejorar la percepción sobre sus propias capacidades para adherirse a su tratamiento nutricional.

En la última etapa se volverán a aplicar los instrumentos para realizar el posttest.

Taller para la adherencia al tratamiento nutricional.

Autora Mendoza, M.

Sesión 1			
Objetivos 1.1 Conocer las expectativas de los participantes acerca del taller			
1.2 Aplicación de los cuestionarios para llevar un registro			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida y Presentación	<ul style="list-style-type: none"> El instructor dará la bienvenida a los participantes y les pedirá que se presenten dando su nombre y compartiendo sus expectativas del taller. 		15 minutos
Reglamento	<ul style="list-style-type: none"> El instructor preguntará a los participantes que reglas deben estar presentes en el taller y las anotará en el rotafolio. 	<ul style="list-style-type: none"> Rotafolio Marcadores Cinta adhesiva 	10 minutos
Aplicación de instrumentos.	El instructor entregará los instrumentos de medición a los participantes y se les darán las indicaciones para que puedan contestarlos adecuadamente.	<ul style="list-style-type: none"> Inventario de autoeficacia percibida para el control de peso. Inventario de Ansiedad de Beck Escala de Autoeficacia Especifica para el Afrontamiento del Estrés Lápices 	35 minutos
Presentación del taller y sus objetivos.	<ul style="list-style-type: none"> El psicólogo expondrá los objetivos y el contenido del taller. 		10 minutos
Mis Metas.	<ul style="list-style-type: none"> El instructor pedirá entregar a los participantes una hoja blanca y les pedirá que la doblen en tres partes. Posteriormente les solicitará que escriban: En la primera columna metas a corto plazo en cuanto a su tratamiento nutricional. En la segunda columna ¿Cómo lo van a lograr? Y en la última columna pondrán los recursos con los que cuentan para lograrlos. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas blancas Lápices 	30 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Por ejemplo meta: hacer más ejercicio, ¿cómo?: aumentar poco a poco el tiempo de ejercicio, Recursos: El apoyo de mi familia, amigos, tengo un GYM cerca, me gusta caminar etc. • Al finalizar se les pide a los participantes que compartan al grupo su cuadro. • El instructor retroalimentará las intervenciones y reforzará aquellos aspectos que no hayan quedado bien establecidos. • El instructor al finalizar hará un cierre retomando lo expuesto por los participantes, resaltando la importancia de ser conscientes de sus metas. 		
Mi Diario	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor entregará a los participantes una hoja de autorregistro A y les dará las instrucciones para llenado. 	Hoja de autorregistro A	15 minutos
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor finalizará exponiendo la tarea de la próxima sesión que es traer el autorregistro A completo y agradecerá a todos su participación. 		5 minutos

Sesión 2.			
Objetivos: 1.1 Que los participantes conozcan las consecuencias de la obesidad. 2.2 Que los participantes traten de identificar los pensamientos negativos que les provoca la sobreingesta.			
Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Bienvenida	<ul style="list-style-type: none"> El instructor dará la bienvenida a los participantes 		
Recoger los autorregistros	<ul style="list-style-type: none"> El instructor pedirá que tengan a la mano sus autorregistros para que los comenten y al finalizar les solicitará que se los entreguen para llevar su registro. 		20 minutos
Presentación: Obesidad y sobrepeso.	<ul style="list-style-type: none"> El instructor expondrá los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es la obesidad? Consecuencias físicas y psicológicas de la obesidad Tratamientos para la obesidad. Se abrirá un debate acerca de ¿Cuáles son las causas por las que los tratamientos no funcionan o no les han funcionado? NOTA: Para la presentación puede consultarse el capítulo 1 de la tesina. 	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Cañón 	45 minutos
Identificación de pensamientos negativos	<ul style="list-style-type: none"> El instructor realizará una dinámica con el grupo para ello les pedirá que se formen en parejas y les entregará hojas blancas y bolígrafos. El instructor pedirá que escribirá por pareja lo siguiente <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué pensamientos ocasionan un mayor consumo calórico? 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas Bolígrafos 	40 minutos

	<p>Por ejemplo: “Todos parecen perder peso menos yo”. “Coma mucho o poco no pierdo peso”, “una no es ninguna”</p> <ul style="list-style-type: none"> • Al finalizar les pedirá que entre todos mencionen pensamientos positivos que ayudarían a cambiar esos negativos. Por ejemplo: “Sigo al pie de la letra mi plan de alimentación seguramente bajaré de peso de otra forma me será más difícil perder peso” • Para el cierre de la dinámica el instructor retomará la importancia de identificar los pensamientos negativos y positivos cuando se inicia un nuevo plan o proyecto de vida. 		
Mi diario	<ul style="list-style-type: none"> • Se entregará el segundo formato de autorregistro B. • El aplicador dará las instrucciones de llenado. 	Hojas autorregistro B de	10 minutos.
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor dará las tareas de la próxima sesión: los autorregistros y que traigan un tapete o algo para que puedan acostarse en el piso que vengan con ropa cómoda ya que se trabajarán temas relacionados con la relación. • Felicita a los participantes por su participación. 		5 minutos

Taller para la adherencia al tratamiento nutricional.

Autora Mendoza, M.

Sesión 3

Obejetivos: 3.1 Definir estrés y autoeficacia.

3.2 Que los participantes identifiquen sus sensaciones cuando están estresados

3.3 Que identifiquen sus habilidades para afrontar el estrés

3.4 Que aprendan a relajarse

Actividad	Procedimiento	Materiales	Tiempo estimado
Recoger los autoregistros	<ul style="list-style-type: none"> El instructor dará la bienvenida a los participantes y les pedirá que comenten sus autorregistros. al grupo Entre todo el grupo intentarán cambiar los pensamientos negativos por positivos. Y posteriormente el psicólogo recogerá los autoregistros. 		20 minutos
Estrés y mis habilidades	<ul style="list-style-type: none"> El instructor abrirá un debate sobre: <ul style="list-style-type: none"> ¿Qué es el estrés? ¿Qué sensaciones perciben cuando se sienten estresados? ¿Cómo afrontan el estrés? ¿Con que habilidades (autoeficacia) cuentan para enfrentarlo? ¿El estrés influye en mi manera de alimentarme? El instructor cerrará la dinámica retomando los puntos más importantes acerca de cómo el estrés afecta en su vida cotidiana. 		30 minutos
Presentación "Relajación y ejercicio"	<ul style="list-style-type: none"> El aplicador expondrá: <ul style="list-style-type: none"> como la relajación y el ejercicio ayudan a reducir el estrés. Explicará los beneficios que tiene la practica da actividad física. <p>NOTA: Para la presentación puede consultarse el capítulo 3.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Computadora Proyector 	20 minutos
	<ul style="list-style-type: none"> El instructor pedirá a los participantes que tomen sus tapetes y los coloquen en el piso y que de preferencia se quiten los zapatos. Posteriormente dará las instrucciones. Revisar anexo 5 	<ul style="list-style-type: none"> Tapete 	

Relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Se les pedirá a los participantes que se sienten en el piso de manera que se sientan cómodos • El aplicador preguntará a los participantes como se sintieron. • Dará una retroalimentación de la importancia que tiene la relajación para afrontar situaciones estresantes. • Les mencionará que pueden practicar esto en su casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grabadora • Música de relajación. 	30 mins.
Mi Diario	<ul style="list-style-type: none"> • Se les entrega el autoregistro C y se les da las instrucciones de llenado. 		10 minutos
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor dará las tareas para la próxima sesión: llenar los autorregistros y traer por persona el siguiente material: <ul style="list-style-type: none"> ○ Botellas de 300ml, ○ Un kilo arroz o frijoles de preferencia pero podría ser cualquier otro semilla. ○ tapete. ○ Y que vengan con ropa cómoda. • El instructor los felicita a todos por su participación. 		10 mins.

Sesión 4

Objetivos: 4.1 Identificar que pensamientos predominan más en los participantes.

4.2 identificar las razones para no realizar ejercicio

4.5 Identificar las motivaciones para que realicen ejercicio

4.6 Fomentarles la actividad física

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
<p>Recoger los autoregistros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor dará la bienvenida a los participantes • El instructor pedirá a los participantes que comenten sus autoregistros. • Preguntará ¿Cómo se han sentido llevando su “diario” de cuidado de peso? • ¿Cómo se sintieron al poner los pensamientos negativos? • ¿Qué los llevan a consumir más calorías de las que están en su “dieta”? • ¿Cómo se sintieron al poner los pensamientos positivos que les ayudan a no consumir más calorías de las establecidas en su dieta? • ¿Qué pensamientos les cuesta más trabajo registrar o identificar? 		<p>30 minutos</p>
<p>Exposición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor pedirá a los participantes formar equipos de tres a cuatro personas. y les entregara por equipo rotafolios y plumones. • Posteriormente pide que hagan una exposición de: <ul style="list-style-type: none"> ○ Lo que recuerdan de la sesión pasada de los beneficios de la actividad física. ○ ¿Por qué creen que las personas no realizan ejercicio? ○ ¿Qué motivaría a las personas para hacer más ejercicio? • Al finalizar el instructor les pedirá que expongan su lámina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio • Plumones 	<p>40 minutos</p>

Crea tus pesas.	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo pide a los participantes que llenen sus botellas de arroz o frijoles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz o frijoles • Botellas de 300ml • Grabadora • Música 	10 minutos
Ejercítate.	<ul style="list-style-type: none"> • El aplicador le indica a los participantes que tomen su tapete y de preferencia se quiten los zapatos. Anexo 6. <p>NOTA: Para la actividad física se puede consultar el libro del Dr. De la Ferrere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tapete • Los instrumentos que acaban de realizar. 	20 minutos
Comentarios	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo les preguntará a los participantes como se sintieron. • Les recordará la importancia que tiene el ejercicio para controlar su peso, manejar el estrés. • Los alienta a hacer esos ejercicios en su casa y que poco a poco aumenten las repeticiones. 		15 minutos.
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El aplicador los felicita por su esfuerzo. • Les dará la tarea para la próxima sesión: que intenten hacer por lo menos tres días los ejercicios que hoy hicieron. • Les entregará los autorregistros. • Los felicitará por su participación 		5 mins

Taller para la adherencia al tratamiento nutricional.

Autora Mendoza, M.

Sesión 5 Objetivos:

5.1 Incorporara lo aprendido en el taller en sus hábitos de salud

5.2 Identificara sus debilidades y fortalezas

Actividad	Procedimiento	Material	Tiempo
Recoger los autoregistros	<p>El instructor da la bienvenida a los participantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • El instructor pide a los participantes que compartan su autorregistro de la semana. Y compartan las impresiones que tuvieron al llevar su diario. 		20 minutos
Obra de teatro	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor pedirá a los participantes formar parejas. Un integrante de cada pareja tomara una tarjeta con una situación y la representará con la solución que daría a tal situación para el grupo posteriormente se abrirá un debate de cómo fue dicha solución. <ul style="list-style-type: none"> ○ Un amigo me invita a cenar unos tacos. ○ Hoy me comí un postre que no estaba en mi "dieta" ○ Hoy no tuve tiempo de hacer ejercicio ○ El menú de mi "dieta" de hoy no me gustó ○ Hoy hay una comida familiar y mis familiares siempre me molesta que estoy a dieta. ○ Mi nutrióloga me felicito porque baje más de lo esperado este mes entonces yo... 	Tarjetas de situaciones	50 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Qué hago? ○ Mi (hijo, novio, amigo, esposo) quiere ir por helado. 		
Mi manual	<p>El instructor les pedirá a los participantes que formen un círculo y les pide que hagan un manual con “consejos” que les serviría para no dejar su “dieta”, seguir haciendo ejercicio,</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué pasa si hay una recaída?, • ¿Cómo decir no? Y • ¿Qué hacer cuando no comemos en casa? 	<ul style="list-style-type: none"> • Hojas blancas • Bolígrafos 	30 minutos
Conclusiones	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor pedirá a los participantes compartan como se sienten antes y después del taller y sus sugerencias para poder continuar con buenos hábitos de salud 		20 mins

Cuestionarios	<ul style="list-style-type: none"> • El psicólogo entregará los cuestionarios y dará las instrucciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoeficacia percibida para el control de peso. • Escala de Autoeficacia Especifica para el Afrontamiento del Estrés • Inventario de Beck ansiedad 	20 mins
Cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El instructor cierra el taller invitando a que continúen con lo que aprendieron en el taller les agradece su participación reconoce su esfuerzo, dedicación y compromiso y los alentará a continuar a que lleguen a su meta realizando las actividades aprendidas y que busquen ayuda si es necesario. 		10 minutos

Conclusiones

En la actualidad nuestro país ocupa el primer lugar en obesidad infantil y segundo lugar en obesidad adulta a nivel mundial, a pesar de los programas que se han creado para su erradicación como lo es “el plato del bien comer”, no han logrado su propósito no se ha logrado disminuir los índices de obesidad por el contrario van en aumento.

Debido a esto es necesario crear programas multidisciplinarios, ya que es necesario conocer no sólo los factores nutricionales si no también los psicológicos que intervienen en una mejor adherencia al tratamiento nutricional ya que el malestar emocional impide al paciente identificar la causa de su intranquilidad por lo que esta puede ser confusa y desagradable y al no tener las herramientas necesarias para afrontarla de manera adecuada ocasiona que tengan conductas inadecuadas como lo son malos hábitos de alimentación.

Al conocer estos factores antes, durante y después del tratamiento nutricional como lo son el estrés y la autoeficacia percibida favorecerá al paciente para que se le brinde apoyo psicológico si este lo requiere lo que lo dotara de herramientas necesarias para concluir con su tratamiento y que pueda haber un cambio permanente.

Por lo anteriormente señalado el taller tiene el propósito de mejorar la autoeficacia y un mejor afrontamiento al estrés lo que podría favorecer la adherencia a los tratamientos nutricionales.

ALCANCES

Esta propuesta es una fuente de información actualizada acerca de la problemática que existe en nuestro país con respecto a la obesidad y brinda herramientas para sensibilizar a la población.

Se realizó un pre-test/post-test cuyo objetivo es obtener información de la percepción de la enfermedad en el paciente, así como el grado de sensibilización con respecto al tema.

También esta propuesta es parte de un tratamiento multidisciplinario en el que se integra la intervención del médico, nutriólogo y psicólogo con el objetivo de abordar de manera general la enfermedad, sensibilizar a los adultos con obesidad las consecuencias físicas y psicológicas que son ocasionadas por esta.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Una de las limitaciones de la presente propuesta es la falta de adherencia misma que presentan los pacientes con obesidad, ya que al abandonar su tratamiento nutricional es probable que también abandonen el taller antes de concluirlo.

Tal vez no pueda obtenerse un cambio porque la duración es poca y faltaría incorporar algún proceso de seguimiento. Así como el tiempo de duración del taller ya que difícil obtener un cambio notable.

Aunque el instructor logre transmitir y sensibilizar a los participantes sobre el automonitoreo en el registro de alimentos ingeridos es limitación importante ya que los pacientes pueden omitir información ya sea sobre los alimentos ingeridos durante el día, actividad física. Pensamientos positivos o negativos.

Los tratamientos contra la obesidad, lamentablemente suelen ser costosos y gran parte de la población no tiene los medios suficientes para llevarlos a cabo.

Por lo que es importante la adecuada participación del sector salud ya que actualmente no existen programas multidisciplinarios y personalizados para atender las necesidades de cada paciente.

Evaluar el taller para valorar la pertinencia de las sesiones y de las dinámicas propuestas.

Hacer adaptaciones necesarias para que el taller pueda ser impartido en otras poblaciones por ejemplo adolescentes, niñas o a la familiar de los pacientes.

Referencias

- Álvarez, L., Aguaded, M.J. & Ezquerro, M. (2014). La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la conducta alimentaria*, 19, 2051-2069.
- Álvarez, E. y Barra, E. (2010). Autoeficacia, estrés percibido y adherencia terapéutica en pacientes hemodializados. *Ciencia y enfermería*, 16 (3), 63-72.
- Ascencio, M. (2005). *Nutrición para el adolescente. Donde se toma en cuenta tu manera de sentir pensar y actuar*. México: Editores de textos mexicanos.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bass, M. y Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52, (1), 209-216.
- Baudrad, R., Arteaga, E. & Moreno, M. El tejido graso como modulador endocrino: cambios hormonales asociados a la obesidad. *Revista médica de Chile*, 130 (10), 1294-1301.
- Benito, T.A. Evaluación en el estado de nutrición. En Pérez, L.A. & Marvan, L.L. (2005). *Manual de dietas normales y terapéuticas, los alimentos en la salud y la enfermedad*. (57-78). México: ediciones científicas la prensa médica.
- Bensabat (1994). *Stress: grandes especialistas responden*. Bilbao. Mensajero
- Bershteyn, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35 (4), 535-546.
- Bravo, A., Espinosa, T., Mancilla, L., & Tello, M. (2011) Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e investigación en psicología*, 16 (1), 115-123
- Campos, R.S. & Pérez, E.C. (2007) Autoeficacia y conflicto decisional frente a la disminución del peso corporal en mujeres. *Revista chilena de nutrición*, 34 (3), 1-17

- Chavarría, S. (2002). Definición y criterios de obesidad. *Nutrición clínica*, 5 (4), 236-240.
- De la Firriére, S. (2008). *Cultura psicofísica*. (7ª edición). Venezuela: Gran Fraternidad Universal (GFU).
- De Wit, L.M. , Straten, A., Herten, M., Pennix, B.W. & Cuijpers, P. (2009). Depression and body mass index, a u-shaped association. *BioMed Central Public Health*, 9. doi:10.1186/1471-2458-9-14
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2010). Evidencia para la política pública en salud. *Obesidad en adultos: los retos de la cuesta bajo*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>
- Forman-Hoffman., Little, A. & Wahls, T. (2006) Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. *BMC family practice*, 7, 1-11
- García, V., Correas, J., Quintero, C., García, C. & Chinchilla, A. Aspectos clínicos de la obesidad. En Chinchilla, A (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. (253-266). Barcelona: Mansson.
- Ginarte, Y. (2001). La adherencia terapéutica. *Revista cubana med gen integr*. 17 (5), 502-505.
- González, L.I., Giraldo, N.A., Estrada, A., Muñoz, A.L., Mesa, E. & Herrera, C. (2007). La adherencia al tratamiento nutricional y composición corporal: un estudio transversal en pacientes con obesidad o sobrepeso. 34 (1) recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182007000100005&script=sci_arttext&tlng=en
- Guzmán, R. & Gómez, G. (2011). Análisis discriminante del inventario de autoeficacia para el control de peso en adolescentes mexicanos. *Psicología y salud*, 12 (2) 157- 164.
- Herrera, M., Medina, S., Rueda, S & Cantero, F. (2013) Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física, *Apuntes de psicología*. 1 (1) 109-116.
- Hube, G. (1986). *Stress y conflictos: métodos de superación*. 2º edición Madrid: Paraninfo.

- Jaramillo, R., Espinosa, I. & Espíndola, I. (2012) Disminución de peso y funcionalidad familiar. *Revista médica del Instituto del Seguro Social*, 50 (5), 487-492
- Lazarus, R., Folkman, S. (1991) *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones roca
- López, M.A. (2008). Etapas del cambio conductual ante la ingesta de fruta y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la universidad del desarrollo, sede concepción, Chile. *Revista chilena de nutrición*, 35 (3), 215-224.
- Lugli, Z. (2011) Autoeficacia y locus de control: Variables predictoras de la autorregulación de peso en personas obesas. *Pensamiento psicológico*, 9 (17), 43-55.
- Lugli, Z., Arzolar, M., & Vivas (2009) Construcción y Validación del Inventario de Autorregulación del peso: Validación preliminar. *Psicología y Salud*, 19 (2), 281-287.
- Maiz, A. (1997). Consecuencias patológicas de la obesidad: hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia. *Boletín escuela de medicina pontificia universidad católica de Chile*. 26, 18-21.
- Manzoni, G.M., Pagnini, F., Gorini, A., Preziosa, A., Castelnuovo, G., Molinari, E. & Riva, G. (2009). Can Relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 1427-1432
- Martín, L. A., Grau, J.A. & Espinosa, A.D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista cubana de salud pública*, 40 (2), 225-238.
- Mauro, M., Taylor, V. Wharton, S. & Sharma, A. (2008). Barriers to obesity treatment. *European Journal of Internal Medicine*, 19, 173-180.
- Mézerville, G (2004). *Ejes de la salud mental: procesos de autoestima, dar y recibir afecto y adaptación al estrés*. México: Trillas
- Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria: NOM-043-SSA2-2012. Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5249645&fecha=28/05/2012
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación comportamientos saludables trastornos alimentarios*. Madrid: Morata.

- Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 1,9-15
- Organización Mundial de la Salud OMS (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=
- Organización Mundial de la Salud OMS (2012). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>
- Organización Mundial de la salud (2006). Fact sheet 311 Obesity and overweigh. Recuperado de <http://www.who.int/medicalcentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135, 647-652
- Pantoja, C. Domínguez, M. T., Moncada, E., Reguera, M.E., Pérez, M.S. & Mandujano, M.F. (2011). Programas de entrenamiento en habilidades de autocontrol alimenticio en personas diabéticas e hipertensas. *Revista Electrónica de psicología iztacacala*, 14 (1), 98-115.
- Quintero, J., Fraile, J., García, C., Correas, J. & Chinchilla (2003). A. Aspectos Terapéuticos de la obesidad. En Chinchilla, A. *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia bulimia nerviosa, obesidad y atracones* (pp. 267-279). Barcelona: Mansson.
- Richman, R.M., Loughnan, G.T., Droulers, A.A., Steinbeck, K.S., & Caterson, I.D. (2001). Self- efficacy in relation to eating behavior among obese and non obese women, *International Journal of Obesity*, 25, 907-913
- Rodriguez, E. (2003). Obesidad: fisiología, etiopatogenia y fisiopatología. *Revista cubana endocrinología*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-29532003000200006&script=sci_arttext&tIng=en
- Román, Y., Díaz, B., Cárdenas, M. & Lugli, Z. (2007). Construcción y validación del Inventario Autoeficacia Percibida para el control de peso. *Clínica y salud*, 18 (1), 45-56
- Ruiz, M., Berrocal, C. & Rivas. (2003). Autoeficacia en el control de la conducta de ingesta. Adaptación al castellano de eating self-efficacy scale. *Psicothema*, 15 (1), 30-40

- Salinas, J.L., Espinosa, V. & González H.E. (2014). Características psicométricas de una escala de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus II e hipertensión en una muestra de pacientes. *Revista electrónica de psicología de iztacala*, 17 (3), recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/49691>
- Sanjuán, P., Pérez, A., Bermúdez, J. (2000) Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para la población española. *Psicothema*, 12 (2), 509-513
- Seija, D. & Ferchamann. (1997). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. *Boletín escuela de medicina pontificia universidad católica de Chile*, 26, 38-41
- Salye (1994). ¿Qué es el estrés?. En Bensabat (1994). *Stres: grandes especialistas responden*. Bilabao. Mensajero
- Silva, G.E., Galeano, E. & Correa, J.O. (2005) Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no adherencia. *Acta médica colombiana*, 30 (4), 268-273.
- Tapia, A. (2006). Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista chilena de nutrición*, 33 (2) 352-357.
- Tutli, A., Slawik, H., O'Rahilly, S. & Finer, N. (2006). Psychiatric comorbidities in patients attending specialist obesity services in the UK. *QJM An International Journal in Medicine*, 99, 317-325.
- Van der Merwe, M. T. (2007). Psychological correlates of obesity in women *International Journal of Obesity*, 31, 14-18.
- Vázquez, V. & López, J.C.(2001). Psicología y obesidad. *Revista de endocrinología y nutrición*, 9 (2), 91-96
- Velázquez, M., Lara, A., Tapia, F., Romo, L., Carrillo, J., Colín, M. y Montes, G. (2002). *Manual de procedimientos: toma de medidas clínicas y antropométricas en el adulto y adulto mayor*. México: Secretaria de Salud SSA
- Villaseñor, S., Ontiveros, C. & Cárdenas, K. (2006). Salud mental y obesidad. *medigraphic* 3 (2) 86-90.

Anexos

ANEXO 1. Escala de Autoeficacia para bajar de peso

A continuación usted encontrará una serie de situaciones a las cuales se enfrentan las personas cuando están tratando de bajar de peso.

Por favor, en la escala de puntaje de 0 a 6 de acuerdo a cómo puede hacer usted las actividades para bajar de peso.

0	1	2	3	4	5	6
No puedo hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo					Seguro de poder hacerlo

Yo me siento capaz de poder seguir mi dieta diaria aunque...

...este enojada	1	2	3	4	5	6
...tenga mucha hambre	1	2	3	4	5	6
...esté ansioso o nervioso	1	2	3	4	5	6
...esté cansado	1	2	3	4	5	6
...esté aburrido	1	2	3	4	5	6
...este deprimido	1	2	3	4	5	6
...sea fin de semana	1	2	3	4	5	6
...salga a comer a un restaurante	1	2	3	4	5	6
...este de de vista y me ofrezcan comida que engordan	1	2	3	4	5	6
...tenga vistas en mi casa	1	2	3	4	5	6
...esté preparando alguna comida o postre rico a mi familia	1	2	3	4	5	6
..los demás estén comiendo rico algo como torta o golosinas y yo los vea	1	2	3	4	5	6

comer						
...haya discutido con alguien muy querido	1	2	3	4	5	6
...haya discutido en mi trabajo	1	2	3	4	5	6
...este fuera de casa a la hora de almorzar y deba comprar algo para comer	1	2	3	4	5	6

0	1	2	3	4	5	6
No puedo hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo					Seguro de poder hacerlo

Yo me siento segura de poder realizar una rutina de ejercicio (3 veces por semana) de al menos media hora diaria aunque...

...esté cansado	1	2	3	4	5	6
...esté enojado	1	2	3	4	5	6
...esté ansiosa o nervioso	1	2	3	4	5	6
...esté "bajoneado" o "depre"	1	2	3	4	5	6
...esté aburrido	1	2	3	4	5	6
...me inviten a realizar otra actividad más entretenida en el mismo horario de mi rutina de ejercicios	1	2	3	4	5	6
...tenga mucho trabajo que hacer	1	2	3	4	5	6
...esté lloviendo, haga frío o mucho calor	1	2	3	4	5	6
... tenga alguna molestia física como dolor de cabeza o de espalda	1	2	3	4	5	6
...mi familia no me apoye	1	2	3	4	5	6

...sea fin de semana	1	2	3	4	5	6
...esté de vacaciones	1	2	3	4	5	6
...sienta que no logro cambios notorios con la actividad física	1	2	3	4	5	6

0	1	2	5	4	5	6
No puedo hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo					Seguro de poder hacerlo

Yo puedo comprar...

...alimentos con pocas calorías (bajo contenido en grasas y azúcar) aunque tenga enfrente de mí una deliciosa comida con muchas calorías o una golosina	1	2	3	4	5	6
...verduras aunque no me gusten	1	2	3	4	5	6
...frutas aunque no me gusten	1	2	3	4	5	6
...alimentos con pocas calorías (bajo contenido en grasas y azúcar) aunque en ese momento sienta mucha hambre	1	2	3	4	5	6
...alimentos con pocas calorías (bajo contenido en grasas y azúcar) aunque sea fin de semana	1	2	3	4	5	6
...alimentos con pocas calorías (bajo contenido en grasas y azúcar) aunque sean vacaciones	1	2	3	4	5	6
...verduras aunque no se ocurra cómo	1	2	3	4	5	6

preparar la comida con estos ingredientes						
... alimentos con pocas calorías (bajo contenido en grasas y azúcar) aunque tenga flojera de pensar en lo que debo comprar	1	2	3	4	5	6
... alimentos con pocas calorías (bajo contenido en grasas y azúcar) aunque no los encuentre y deba seguir buscándolos	1	2	3	4	5	6
... alimentos con pocas calorías (bajo contenido en grasas y azúcar) aunque encuentre alimentos más baratos y ricos con muchas calorías	1	2	3	4	5	6

En general que tan capaz se siente usted para bajar de peso

0	1	2	3	4	5	6
No puedo hacerlo	Relativamente seguro de poder hacerlo					Seguro de poder hacerlo

Anexo 2. Escala de autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés (EAEAE).

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de afirmaciones sobre cómo sueles responder ante los problemas o sobre cómo te afectan éstos. Señala con una cruz en la casilla correspondiente tu agrado de acuerdo con cada una estas frases.

	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
Cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida me cuesta trabajo funcionar					
Cuando tengo problemas o contratiempos procuro que no afecten mis emociones, relaciones y/u otras esferas de mi vida					
Cuando tengo problemas mi salud no se resiente notablemente					
Cuando tengo problemas/u contratiempos dudo de mi capacidad para afrontarlos eficazmente					
Soy capaz de no dramatizar los problemas y le doy su justo valor a las cosas					
Cuando no tengo problemas o contratiempos y mi cuerpo lo acusa notablemente y me noto activo o tenso					
Para resolver un problema pongo en marcha todos los recursos que están a mi alcance					
Cuando tengo problemas y contrariedades no dejo de pensar en ellos y soy incapaz de prestar atención a otras cosas					

Anexo 3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones:

	No en absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
Entumecimiento y hormigueo				
Sensación de calor (bochorno)				
Temblor de piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse				
Sudoración (no debida al calor)				

Anexo 4. Registros.

Instrucciones: A continuación anotarás los alimentos y bebidas que consumes durante el día, tu **sinceridad** es importante y no te preocupes si consumiste algo que no estaba en tu plan de alimentación.

Autorregistro A.

Día	DESAYUNO	COMIDA	CENA	Actividad física	Tiempo
Lunes					
Martes					
Miércoles					
Jueves					
Viernes					
Sábado					
Domingo					

Instrucciones: al igual que en el pasado autorregistro anotarás los alimentos, bebidas y actividad física que realizaste en el día.

Como vimos en la sesión de hoy anotarás los pensamientos negativos que pasaron por tu mente cuando consumiste o querías consumir más calorías de las que estaban en tu plan de alimentación.

Autorregistro B.

Día	DESAYUNO	COMIDA	CENA	Actividad física	Tiempo	Pensamientos negativos
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						
Domingo						

Instrucciones: Al igual que los pasados autorregistros anotarás los alimentos y bebidas que consumiste durante el día.

En actividad física esta vez podrás incluir la relajación que trabajamos en la sesión si así lo deseas.

Anotarás los pensamientos y negativos que se vienen a tu mente cuando vas a “romper tu dieta” o estas a punto de hacerlo pero esta vez incluirás los pensamientos positivos que te han ayudado a seguir con tu plan de alimentación.

Autorregistro C.

Día	DESAYUNO	COMIDA	CENA	Actividad física	Tiempo	Pensamientos negativos	Pensamientos positivos
Lunes							
Martes							
Miércoles							
Jueves							
Viernes							
Sábado							
Domingo							

Anexo 5. Relajación.

Instrucciones: Los participantes tomarán sus tapetes para recostarse en ellos.

Primera parte:

1. Te voy a pedir que te recuestes en el piso de manera que te sientas cómodo.
2. Ahora cierra tus ojos, inhala lenta, suave, y profundamente. Ahora vas sacar todo el aire por la nariz.
3. Respira lo más profundamente que puedas, repetir la instrucción tres veces. Ahora lleva tu atención a tus pies. Imagina como pesan y se relajan; pesan y se relajan.
4. Inhala y exhala ahora sigue subiendo llevando tu atención a través de los muslos, pantorrillas, genitales, glúteos y cintura. Inhala y lenta y profundamente y exhala.
5. Imagina y siente como pesan y se relajan; repetir instrucción pesan y se relajan. Inhala y exhala.
6. Sube tu atención a través del abdomen, pecho, espalda, hombros, brazos y manos. Inhala y exhala lenta y profundamente.
7. Sigue subiendo tu atención y a través de tu cuello, músculos de la cara, cabellos. Siente como pasan y se relajan; repetir la instrucción.
8. Vuelve a respirar profundamente tres veces y siente como todo pesa y se relaja.

Segunda parte (El instructor deberá hablar con tono de voz suave, claro y lentamente).

Ahora, imagina que estás en un cuarto muy oscuro. No puedes ver nada todavía, pero hay un gran espejo frente a ti. Según se vaya iluminado gradualmente el cuarto, podrás ver una imagen de ti mismo reflejada en el espejo, la cual puede ser del todo distinta de la imagen que ves habitualmente, o puede no serlo. Simplemente mira dentro de la oscuridad y deja que esta imagen emerja según la luz se va haciendo más brillante...por fin, podrás verla completamente clara...¿Cómo es imagen?...¿Qué es lo que te llama más la atención de esta

imagen?... ¿cómo es su postura?...¿cómo se mueve? ...¿cómo es su expresión facial? ...¿Qué sentimiento o expresión expresa esta imagen? ...¿Cómo eres y cómo te sientes hacía esa imagen?

Ahora, habla silenciosamente a esa imagen, e imagina que la imagen te puede hablar...¿Qué le dices a la imagen y qué te responde?...¿cómo te sientes al hablarle a esta imagen?

Ahora, cambia de lugar y conviértete en la imagen del espejo. ¿Cómo es la imagen?, ¿Cómo eres y cómo te sientes? ¿Qué dices a ti mismo al continuar el dialogo c conversación y la imagen y tú mismo por un rato, y ve que más pueden descubrir uno del otro intercambia el lugar entre los dos cuantas veces quieras, pero continua el dialogo y la interacción entre ustedes...

Ahora, vuelve a ser tú mismo y mira de nuevo la imagen en el espejo... ¿Qué sientes ahora hacia ella?...¿Hay algunos cambios ahora en relación con la primera vez que viste esta imagen?...¿Hay algo que quisieras expresarle antes de decirle adiós?... ahora, en forma lenta di adiós a esta imagen y vuelve a tu experiencia en este cuarto.

Calmadamente quédate con tu experiencia por un rato...

Tercera parte

Ahora poco a poco abre tus ojos... lentamente siéntate... respira lenta y profundamente...

Cometa sobre las relaciones entre ustedes dos...ve si puedes descubrir aún más acerca de tu experiencia de ser esta imagen...Continua la conversación y la imagen y tú mismo por un rato, y ve que más pueden descubrir uno del otro intercambia el lugar entre los dos cuantas veces quieras, pero continua el dialogo y la interacción entre ustedes...

Ahora, vuelve a ser tú mismo y mira de nuevo la imagen en el espejo... ¿Qué sientes ahora hacia ella?...¿Hay algunos cambios ahora en relación con la primera vez que viste esta imagen?...¿Hay algo que quisieras expresarle antes de decirle adiós?... ahora, en forma lenta di adiós a esta imagen y vuelve a tu experiencia en este cuarto.

Ahora te pido que compartas si así lo deseas tu experiencia...

Anexo 6. Actividad Física.

El instructor resaltará los beneficios de cada ejercicio.

Ejercicio 1. Beneficioso para la respiración; oxigena, purifica, da más fluidez al torrente sanguíneo permitiendo una mejor asimilación de los alimentos.

Los participantes estarán de pie entre ellos habrá una distancia de forma que puedan moverse libremente.

1. Los participantes en posición vertical elevarán los talones y brazos (los brazos se elevaran a la altura de los hombros) al mismo tiempo que inhalan.
2. Retendrán el aire unos segundos, mientras giran las palmas de las manos hacia arriba.
3. Ahora exhalarán al mismo tiempo que bajan las manos.
4. Hacer de 5 a 10 repeticiones.

Ejercicio 2. Da elasticidad a los músculos, tendones, y ligamentos de las piernas, región lumbar y glúteos, flexibiliza la columna vertebral. Estimula las secreciones intestinales.

1. En posición vertical.
2. Inhalar al elevar los brazos.
3. Y exhalar en tres tiempos al bajar (tocar muslos, rodillas o pantorrillas, empeines. De manera que el participante no se lastime).
4. Hacer de 5 a 10 repeticiones.

Ejercicio 2. Fortalece y levanta el busto. Fortalece la articulación de los hombros. Permite un suave estímulo para la expansión torácica y una mejor respiración pulmonar.

1. En posición vertical estirar los brazos hacia enfrente (a la altura de los hombros)
2. Inhalar al elevar el brazo hacia atrás.
3. Exhalar al traerlo nuevamente hacia adelante.
4. Hacer e 5 a 10 repeticiones con cada brazo.

Finalmente se harán 3 respiraciones profundas. Y el instructor pedirá a los participantes que se den un fuerte aplauso agradece y los felicita por su esfuerzo.