



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

**Propuesta de taller cognitivo conductual para sobrepeso y
obesidad**

TESIS

Que para obtener el título de:

Licenciada en Psicología

PRESENTA

Andrea Hernández Zamayoa

Directora: Mtra. María del Carmen Ramírez Camacho

Revisora: Dra. Angélica Juárez Loya

Sinodales:

Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Dra. Karla Edith González Alcántara

Mtra. Guadalupe Celia Medina Hernández



Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

Esta tesis está dedicada a aquellos miembros de mi familia que ya no están con nosotros, me hubiera gustado que me vieran titularme. Los extraño.

Agradecimientos

Antes que nada, quiero agradecer a mi directora de tesis, por orientarme cada vez que perdía el rumbo de mi tema y quien desde el inicio me dejó claro que éste era un proceso que debía de disfrutar, no sufrir, lo cual debía recordar con frecuencia.

A mi revisora de tesis, de quien conocí bastante sobre redacción y me recordó que uno nunca dejará de aprender.

A mis profesores que a lo largo de mi vida académica me enseñaron a querer seguir buscando el conocimiento, especialmente a mis profesores de la Universidad, quienes, con su ejemplo y sabiduría, aprendí a amar la psicología.

A la Facultad de Psicología, por darme la oportunidad de llevar a cabo prácticas clínicas y por conducirme al servicio social que me esclareció lo que busco para mi futuro laboral y dio el tema para esta tesis.

A mi familia, que siempre me estuvo apoyando y dándome ánimos para concluir esta etapa de mi vida con una buena dosis de abrazos.

A mis amigos, que siempre estuvieron ahí para pasar el rato, hacerme reír, escucharme, orientarme, ayudarme y de quienes también estoy orgullosa.

A todos ellos, mis más sinceros agradecimientos.

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	6
Capítulo 1. Sobrepeso y obesidad.....	8
Epidemiología del sobrepeso y obesidad	12
Factores asociados a la obesidad	14
Factores fisiológicos.	15
<i>Factores genéticos.</i>	16
<i>Factores metabólicos.</i>	17
Factores psicosociales.	19
<i>Factores socioculturales.</i>	19
<i>Factores psicológicos.</i>	22
<i>Factores conductuales.</i>	23
Consecuencias de la obesidad (problemas asociados)	25
Complicaciones físicas.	25
Consecuencias psicosociales.	27
Capítulo 2. Intervenciones para la obesidad.....	30
Intervenciones gubernamentales para tratar la obesidad	31
Abordaje médico-nutricio de la obesidad	34
Tratamientos psicológicos de la obesidad	37
Capítulo 3. Psicoterapia cognitiva conductual para obesidad.....	39
Intervención grupal	41
Técnicas de intervención	43
Psicoeducación.	43

Técnicas de autocontrol.	44
Técnicas de mantenimiento y prevención de recaídas.	46
Técnicas complementarias.	48
Capítulo 4. Propuesta de taller de intervención.....	51
Objetivos	51
Objetivo general.	51
Objetivos específicos.	51
Población	52
Instrumentos.....	53
Materiales	53
Escenario	53
Procedimiento	54
Cartas descriptivas	56
Conclusiones, alcances y limitaciones.....	65
Referencias.....	68
Apéndices.....	77

RESUMEN

Un problema creciente en México es la obesidad y su consecuente afectación a la salud de las personas tanto a nivel físico como psicológico. Para contribuir en este tema, en el presente trabajo se ahonda en la definición, epidemiología y etiología del sobrepeso y la obesidad, así como en las complicaciones asociadas a estos padecimientos. Asimismo, se indaga en las intervenciones que se han implementado para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad desde el ámbito gubernamental, médico-nutricio y psicológico. Debido a la etiología multifactorial de la obesidad, el abordaje psicológico considera necesario centrarse además de la alimentación, en aquellas conductas que mantienen hábitos de salud inadecuados, tales como un afrontamiento inapropiado del estrés o la realización de actividades que promueven el sedentarismo. La intervención cognitivo-conductual ha demostrado mayores beneficios en el tratamiento de la obesidad, por lo cual se muestra la utilidad de las técnicas más recurridas. Además, se presenta la comparación de un procedimiento grupal frente a uno individual. Posteriormente, se expone una propuesta de intervención para modificar hábitos de salud, principalmente de alimentación, coadyuvando al tratamiento de condiciones de sobrepeso y obesidad, para lo cual se plantea el uso de técnicas cognitivo-conductuales a través de un formato tipo taller grupal de duración breve.

ABSTRACT

A growing problem in Mexico is obesity and its consequent impact on the health of people, physically and psychologically. To contribute to this topic, in this work we delve into the definition, epidemiology and etiology of overweight and obesity, as well as the complications associated with these conditions. Likewise, it is investigated in the interventions that have been implemented for the treatment of overweight and obesity from the governmental, medical-nutritional and psychological areas. Due to the multifactorial etiology of obesity, the psychological approach considers it necessary to focus in addition to feeding, on those behaviors that maintain inadequate health habits, such as deal with stress inappropriately or the performance of activities that promote sedentary lifestyles. The cognitive-behavioral intervention has demonstrated greater benefits in the treatment of obesity, so it shows the usefulness of the most recurrent techniques. In addition, the comparison of a group procedure versus an individual one is presented. Subsequently, an intervention proposal is exposed to modify health habits, mainly of feeding, contributing to the treatment of conditions of overweight and obesity, for which the use of cognitive-behavioral techniques is proposed through a group workshop of brief duration.

Introducción

La obesidad, como un problema de salud se traduce en una enfermedad que genera complicaciones biopsicosociales al no tratarse adecuadamente, ya que puede incrementar la probabilidad de padecer otras enfermedades no transmisibles, lo cual afectaría aún más la salud integral de la persona y la inversión tanto económica como en tiempo para solventarla sería más compleja.

Tomando en cuenta que la obesidad puede tratarse y prevenirse, la toma de acciones tanto a nivel personal como gubernamental, son importantes y trascendentales para que el problema que crece exponencialmente en la población se detenga y se reduzca.

No obstante, en México, las intervenciones gubernamentales no han tenido el éxito esperado y las tasas de prevalencia van en aumento, pronosticando graves consecuencias a nivel sanitario.

Debido a la etiología multifactorial de la obesidad, es necesario no centrarse únicamente en la alimentación, sino también en aquellas conductas que mantienen los hábitos inadecuados de salud, además de tomar en cuenta que las personas en general esperan beneficios rápidos con poco esfuerzo, lo que ocasiona que abandonen los tratamientos para la pérdida de peso, que generalmente no son los apropiados.

Es bien sabido que el tratamiento de la obesidad y el sobrepeso requiere de un equipo multidisciplinario que esté constituido no solo por médicos y nutriólogos, los psicólogos pueden aportar herramientas para acompañar y facilitar la modificación de hábitos de salud que beneficien al tratamiento de la obesidad.

Como una manera de afrontar esta problemática, el objetivo del presente trabajo consiste en una propuesta de taller de corte cognitivo-conductual para favorecer la modificación de hábitos de salud, contribuyendo al tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

La propuesta está dirigida a población adulta con sobrepeso y obesidad, la cual consta de siete sesiones que abarcan los temas de psicoeducación, técnicas de autocontrol, relajación y reestructuración cognitiva para abordar las implicaciones de la obesidad y sus consecuencias, así como lo pertinente a alimentación, ejercicio, emociones y pensamientos que influyen en la adherencia a un tratamiento para bajar de peso.

Este taller, sin embargo, no se centrará exclusivamente en la pérdida de peso, sino que les otorgará a los participantes la oportunidad de aprender aquellas estrategias que les ayudarán a lograr los cambios que beneficiarán su salud a corto y largo plazo, al permitirles resolver dudas que los han detenido o desviado de un objetivo de vida saludable, formar una red de apoyo con los demás integrantes y volverse agentes de cambio para otros en una condición similar.

Capítulo 1. Sobrepeso y obesidad

La manera más sencilla de entender la obesidad es como un exceso de peso corporal; sin embargo, cuenta con algunas singularidades que la vuelven compleja, por lo que, estudiar e investigar los diferentes componentes que involucra facilita el diagnóstico efectivo a gran escala y la instauración de tratamientos efectivos.

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la obesidad como: “exceso acumulado de grasa corporal, que se presenta por un desequilibrio permanente entre la ingesta alimenticia y el gasto energético, y que puede ser perjudicial para la salud” (como se citó en Reséndiz, Hernández, Sierra, Torres, 2015, p. 673). Esta definición ayuda a vislumbrar otros conceptos que están envueltos en la obesidad.

El Índice de Masa Corporal (IMC), una medida derivada de la relación del peso y la talla (kg/m^2), ha sido aceptado como el recurso más simple en la práctica clínica para el diagnóstico de obesidad, pues además de que permite clasificar la magnitud de la obesidad del adulto en grados, es independiente de la edad y utilizado para ambos sexos (Perea-Martínez et al., 2014).

Barrera-Cruz et al. (2013) reportan la clasificación del IMC propuesta por la OMS en el año 2000 (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Clasificación del Índice de Masa Corporal de acuerdo con la OMS

Clasificación	Índice de Masa Corporal (kg/m²)
Bajo Peso	< 18.5
Normo peso	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad grado I	30 – 34.9
Obesidad grado II	35 – 39.9
Obesidad grado III	> 40

Siendo así, esta categorización supondrá la diferencia entre padecer sobrepeso u obesidad, pues mientras mayor sea el IMC obtenido en el cálculo, mayor será el peso excedido. Sin embargo, Qiang en 2012, señala que existe una limitante en este indicador, pues no es capaz de discriminar entre grasa corporal y masa magra (como se citó en Del Campo, González y Gámez, 2015), es decir, no permite un análisis para la localización de la grasa, lo que podría en algunos casos ocasionar un diagnóstico incorrecto en los pacientes.

Los efectos de la obesidad, de acuerdo con Ogden (2005), están relacionados con la localización del exceso de peso, resaltando el almacenado en el tronco, principalmente en el abdomen, y refiere que esta acumulación de grasa es más perjudicial para la salud comparándola con la localizada en las extremidades inferiores. Por lo cual, se ha considerado que las medidas antropométricas de una persona nos pueden hablar de un problema de obesidad,

principalmente la medición del perímetro abdominal o circunferencia de la cintura, a pesar de que no hay una distinción clara entre masa grasa y masa libre de grasa, las cuales son cambiantes durante el crecimiento, el perímetro abdominal es una medida indirecta de la cantidad de tejido adiposo (Perea-Martínez et al., 2014).

De acuerdo con Sorlí (2008) el riesgo de padecer complicaciones metabólicas asociadas con la obesidad abdominal aumenta en los hombres a partir de una circunferencia abdominal de 94 cm y en las mujeres desde 80 cm, pero el riesgo se eleva más en los varones a partir de 102 cm y en las mujeres desde los 88 cm. de perímetro de cintura.

La reducción de la circunferencia de la cintura se ha relacionado con la disminución de los factores de riesgo cardiovascular y, por el contrario, la obesidad abdominal con la resistencia a la insulina y el desarrollo de diabetes (Chan et al., 1994; Han et al., 1997 como se citó en Ogden, 2005). Por lo anterior, actualmente la circunferencia de la cintura está asociada con enfermedades cardíacas y es una medición predictiva de resistencia a la insulina (Meeuwssen et al., 2010 como se citó en Del Campo et al., 2015).

Para conocer con certeza si una persona con sobrepeso tiene un problema de salud, el cálculo del porcentaje de grasa corporal será una medida más fiable para saber si hay riesgo de padecer otras enfermedades o complicaciones, pues la salud está más relacionada con la grasa que con el peso (Ogden, 2005).

Para un análisis de composición corporal, la bioimpedancia eléctrica resulta uno de los recursos más fiables, pues indica la cantidad aproximada de músculo, hueso y grasa basado en la relación entre el agua corporal, la composición del

cuerpo y la corriente eléctrica; calcula el agua corporal total, la masa libre de grasa y la masa grasa con ecuaciones predictivas (Pelt et al., 2012 como se citó en Del Campo et al., 2015). En otras palabras, implica pasar una corriente por el cuerpo, y debido a que el agua conduce la electricidad y la grasa es aislante, es posible realizar una estimación global del porcentaje de grasa corporal (Ogden, 2005).

De acuerdo con Prior (2008) el porcentaje de grasa corporal en condiciones normales representa de 15 a 20% del peso corporal, variando de acuerdo con el estado nutricional. En la edad adulta, se observa una diferencia en este porcentaje por sexo, donde los índices aceptables son 18% para hombres y 28% para mujeres.

Un estudio de la Universidad Autónoma de Aguascalientes investigó la relación entre el IMC, la circunferencia de la cintura y el porcentaje de grasa, y se encontró baja correlación entre estos, por lo que sugiere que para evaluar la composición corporal se debe recurrir al porcentaje de grasa y utilizar el IMC como un índice de tamizaje del peso (Del Campo et al., 2015).

Este estudio valoró a sujetos con un IMC mayor a 25kg/m^2 , encontró que, de 36 hombres clasificados con sobrepeso u obesidad, solo siete presentaban exceso de grasa, mientras que, de 34 mujeres con estas clasificaciones, solo ocho presentaban un porcentaje de grasa normal, lo cual nos habla de que hubo clasificaciones erróneas. Comparando la evaluación de la circunferencia de cintura con el porcentaje de grasa de 22 hombres con obesidad abdominal, solo siete se

valoraron con exceso de grasa, mientras que de 48 mujeres evaluadas con obesidad abdominal, la mitad presentó exceso de grasa (Del Campo et al., 2015).

No obstante, debido a que conocer el porcentaje de grasa corporal resulta más complejo tanto para las instituciones de salud, como para la comunidad en general, tomando en cuenta los recursos necesarios para este análisis, Barrera-Cruz et al. (2013) consideran que el cálculo del peso excedido, por medio del IMC, resulta una estimación práctica además de las medidas antropométricas como la circunferencia de cintura.

Epidemiología del sobrepeso y obesidad

La obesidad se considera una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el mundo y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) en 2012, México ocupó el segundo lugar a nivel mundial con esta problemática, lo que se traduce en que 71.28% de los adultos mexicanos padecen obesidad y sobrepeso, es decir, 48.6 millones de personas (como se citó en Reséndiz et al., 2015). Dávila-Torres, Gonzáles-Izquierdo y Barrera-Cruz (2015), reportan que la prevalencia de obesidad en adultos fue de 32.4%, siendo más alta en el género femenino (37.5%) que en el masculino (26.8%). Además, la prevalencia de sobrepeso fue de 38.8%, y se registró mayor prevalencia en el género masculino (42.5%) respecto al femenino (35.9%; ver Figura 1).

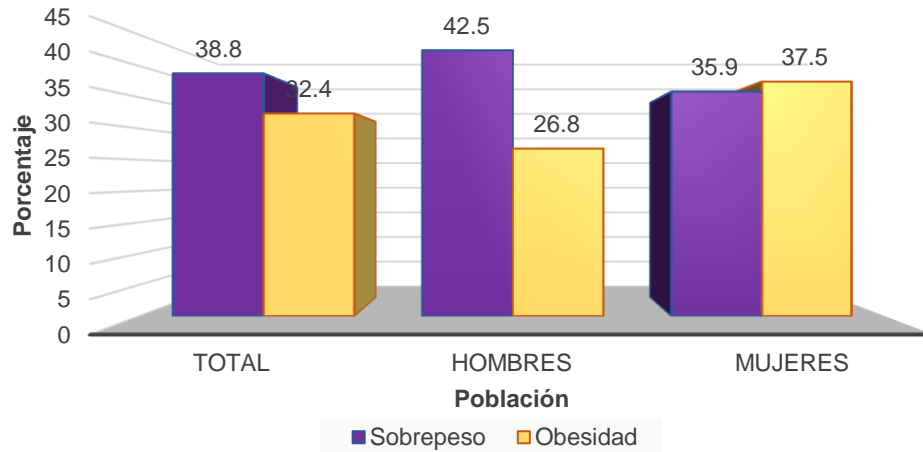


Figura 1. Porcentaje de sobrepeso y obesidad de adultos en México (Elaboración propia, basado en ENSANUT, 2012).

Asimismo, la ENSANUT 2012, registró que, en niños en edad escolar, de 5 a 11 años, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 34.4%. En adolescentes, de 12 a 19 años, el resultado marca 35% de prevalencia; es decir, uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso, y uno de cada diez padece obesidad (Dávila-Torres et al., 2015; ver Figura 2).

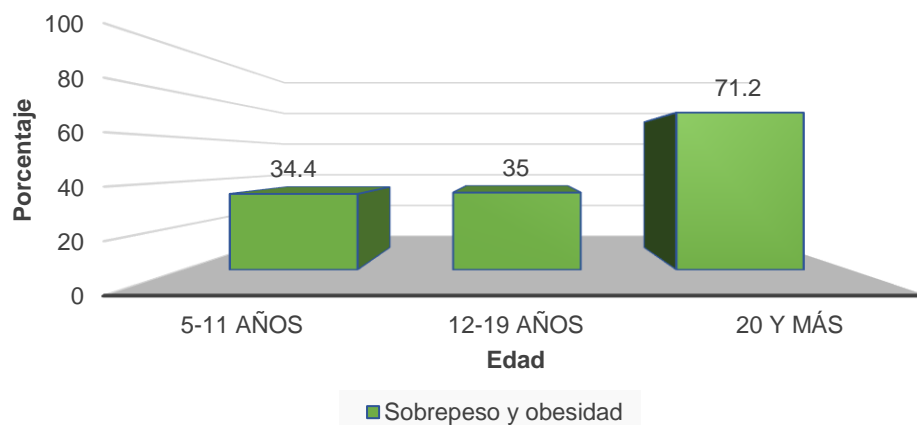


Figura 2. Porcentaje de sobrepeso y obesidad por edad en México (Elaboración propia, basado en ENSANUT, 2012).

Posteriormente, la ENSANUT de medio camino de 2016 indica que siete de cada diez adultos continúan padeciendo exceso de peso, con una prevalencia combinada de 72.5%, lo que revela un aumento de 1.3% respecto a la cifra de 2012. Además, se presenta un aumento en la prevalencia combinada de mujeres adultas, con un total de 75.6%, siendo mayor en zonas rurales (aumento de 8.4%) que en zonas urbanas (aumento de 1.6%). En hombres adultos resultó una prevalencia combinada de 69.5%, con un incremento continuo en zonas rurales, representando un aumento de 10.5 % respecto a las cifras de 2012 (como se citó en Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles [OMENT], 2016; ver Figura 3).

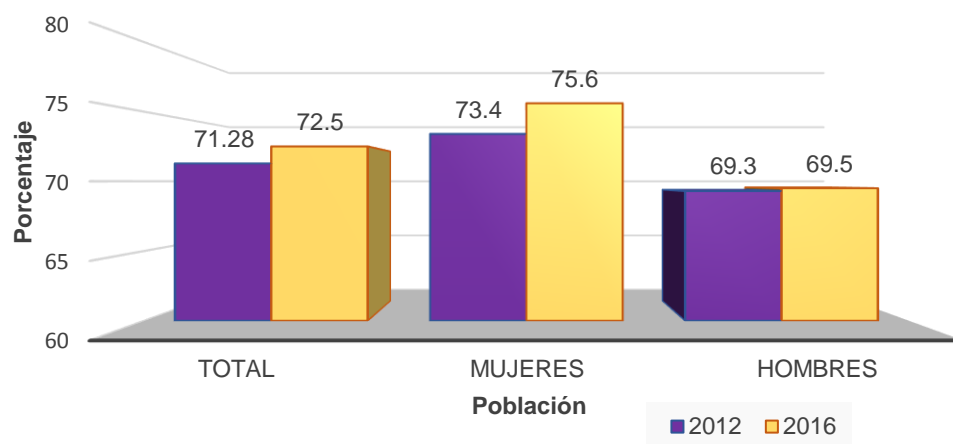


Figura 3. Porcentaje de sobrepeso y obesidad en México 2012-2016 (Elaboración propia basado en ENSANUT, 2012, 2016).

Factores asociados a la obesidad

No existe una causa determinante para padecer obesidad, sin embargo, se han encontrado factores que contribuyen o aumentan la probabilidad de adquirirla. En 2013, la OMS toma en cuenta la influencia de factores genéticos, celulares,

metabólicos, sociales, conductuales y psicológicos (Kaufer-Horwitz, Tavano-Colaizzi y Ávila-Rosas, 2012, como se citó en Maldonado, 2014), por lo que podemos vislumbrar la complejidad de esta enfermedad. Autores como Monereo, Iglesias y Guijarro (2012), encuentran explicaciones, además de los antes mencionados, en alteraciones del sueño, ritmos biológicos y la microbiota intestinal; y, García, Correas, Quintero, García y Chinchilla (2003) hacen referencia a factores neuroendócrinos.

A pesar de este origen multifactorial que contribuye a la aparición de la obesidad, todo se traduce a un desajuste en el balance energético por un aumento en la ingesta o por una disminución en el gasto energético, o en ocasiones, ambas a la vez (Monereo et al., 2012).

Factores fisiológicos.

En muchos casos de personas con obesidad no hay duda de que la sobrealimentación y la baja actividad física producen el exceso de grasa corporal, no obstante, existen diferencias individuales al momento del procesamiento energético y en la tendencia al almacenamiento (Hernández-Jiménez, 2004).

Tomando esto en cuenta, a pesar de haber una predisposición fuera de nuestro control, la dieta, el ejercicio y el estilo de vida serán los determinantes para la aparición de la obesidad o de la magnitud de ésta, por lo que no hay que separar la fisiopatología del resto de los factores al momento de abordarla (Hernández-Jiménez, 2004).

A continuación, se presentarán factores fisiológicos que favorecen a que el organismo se vuelva propenso a contraer obesidad.

Factores genéticos.

La base genética de la obesidad/sobrepeso es compleja, en algunos casos se ha identificado un gen causante constatando su localización cromosómica; no obstante, en otros casos se encuentran alteraciones poligénicas, es decir, que hay varios genes involucrados (García et al., 2003). De acuerdo con Monereo et al. (2012), la genética explica entre 30 y 40% de la aparición de la obesidad debido a pequeñas modificaciones en la expresión de muchos genes (polimorfismos) que requieren la presencia de un medio específico para expresarse. Hernández (2012) agrega que los factores genéticos pueden tener mayor efecto sobre la distribución de la grasa, especialmente la abdominal, que de la cantidad de grasa corporal total.

Entre 25 a 35% de casos de obesidad ocurren en familias donde los padres tienen normo peso, sin embargo, el riesgo de padecerla aumenta si los padres son obesos (Monereo et al., 2012). Cuando uno de los padres es obeso, la probabilidad de que el hijo también lo sea es de 50%, si ambos padres lo son, el riesgo aumenta en 80% (García et al., 2003). Monereo et al., (2012) dan una explicación haciendo referencia a que los genes y el ambiente en el que se despliegan se manifiestan en la preferencia por ciertos tipos de comida, cambio en el gasto energético basal, horas de sueño, tipo de actividad física, efecto térmico de los alimentos, patrón de crecimiento, distribución de grasa, entre otras.

Mendivil (2013), por su parte, hace referencia a una hipótesis que surgió en los años noventa sobre el fenotipo ahorrador, la cual describe que cuando hay carencias intrauterinas debido a malnutrición de la madre o insuficiencia placentaria, hay una adaptación para sobrevivir a estas condiciones, lo cual deja

una impronta genética que dura toda la vida y puede ser heredada. Las principales adaptaciones se reflejan en resistencia a la insulina y a la leptina; la primera de ellas causa que el individuo almacene cualquier excedente energético en el tejido adiposo que le permitiría sobrevivir a una posible hambruna y la segunda provoca en el individuo apetito constante para buscar fuentes de energía, necesario cuando el alimento escasea (Mendivil, 2013). Esto se traduce a consumir todo lo que se puede y almacenarlo aun cuando existe un fácil acceso al alimento.

De acuerdo con Hernández (2012) nuestra biología nos orienta a protegernos con más fuerza contra la pérdida de peso que contra el aumento por lo que, en un ambiente de abundancia, solamente una parte de la población cambiará su fenotipo hacia la obesidad y el resto se adaptará al ambiente.

Con este panorama, podemos decir que, si bien puede encontrarse una susceptibilidad a la obesidad en nuestros genes, el medio en el que crecemos, y cómo nos desenvolvemos en éste, puede ser determinante para tener un futuro con o sin obesidad.

Factores metabólicos.

La energía obtenida de los alimentos se emplea para cubrir las necesidades energéticas del organismo; es decir, en el llamado gasto energético, el cual dependerá de cuatro factores: el tamaño corporal, destacando la cantidad de masa muscular debido a que gasta más energía la actividad física, la composición de la dieta (por ejemplo, procesar la proteína gasta más energía que las grasas) y la temperatura del medio ambiente (Monereo et al., 2012).

Teniendo esto como premisa, es importante saber que el metabolismo basal o gasto en reposo, ocupa de 60 a 70% del gasto energético total para mantener las funciones vitales, es decir, para mantener la temperatura corporal, el tono muscular, la respiración, el funcionamiento cardiaco y otras más. Además, hay un gasto energético que se emplea para la actividad física, el cual suele ir de 15 a 25% (dependiendo de la actividad), y de 10 a 15% para el procesamiento de los alimentos. Conjuntamente hay un gasto adicional cuando hay temperaturas ambientales bajas debido a la termogénesis, es decir, la habilidad del cuerpo para producir calor (Monereo et al., 2012).

La cantidad de energía que se acumula es informada al cerebro por hormonas del tejido adiposo, principalmente la leptina, y por la insulina. Cuando el peso corporal cambia por una restricción calórica o por un exceso de ingesta se modifican las concentraciones circulantes de ambas y, en consecuencia, las señales de saciedad que llegan al cerebro (Mockus y Trujillo, 2013).

La disminución en los niveles de leptina que ocurre durante la pérdida de peso provocada por dietas produce no sólo incremento del apetito, sino que lleva igualmente a la baja del gasto energético y contribuye a la nueva ganancia de peso (Mockus y Trujillo, 2013).

En la obesidad existe tendencia del organismo a almacenar reservas energéticas en forma de grasa, pues es la forma más eficiente del organismo de acumular energía (Saldaña y Rossell, 2000). Además, habitualmente, cuando la ingesta de proteínas o carbohidratos sobrepasa las necesidades energéticas, una parte se convierte en grasa para conservar su capacidad energética (Saldaña y Rossell, 2000).

Factores Psicosociales.

De acuerdo con Mockus y Trujillo (2013) la ingesta de alimentos es principalmente el resultado de mecanismos homeostáticos para mantener un balance energético, pero también puede ser producto de comportamientos que buscan activar centros de recompensa en el cerebro. Es por esta razón que uno de los grandes problemas de la obesidad es la regulación de ingesta de alimentos, la cual no siempre se debe a la deficiencia de sustratos energéticos, sino por costumbres, horarios, situaciones sociales, sensación de placer y alivio del estrés (Mockus y Trujillo, 2013).

Siendo así, los factores psicosociales cobran relevancia para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. Para profundizar este tópico, se desglosará en factores socioculturales, psicológicos y conductuales para conocer la influencia de cada uno en la conducta alimentaria y la obesidad.

Factores Socioculturales.

Monereo et al. (2012) hacen referencia a la existencia de un medio ambiente obesógeno, es decir, un entorno que suscita un aumento en el consumo calórico y una disminución de la actividad física. Estos cambios en el estilo de vida se han visto influenciados por cambios socioculturales, de acuerdo con García et al. (2003), la obesidad es más frecuente en países occidentales en los que ha existido una modificación en la dieta con aumento en la cantidad de grasas ingeridas y cambio de hábitos generales de la población. Esta forma de vida se ha visto influenciada por la evolución del mundo laboral y el desarrollo tecnológico que facilita la distribución de productos procesados en masa.

McLaren y Meguid (1993), comentan que en las mujeres la obesidad es más común porque en general están más obligadas a comer en forma excesiva al participar en la preparación del alimento familiar y en horarios de alimentación de los hijos. Sin embargo, Monereo et al. (2012), refieren que desde que las mujeres se han incorporado al mundo laboral, se ha vuelto común comer fuera de casa y consumir alimentos precocinados o preparados, normalmente de alta densidad calórica (grasas y/o azúcares) lo cual se puede atribuir a menor tiempo para cocinar.

Días-Encinas y Enríquez-Sandoval (2007 como se citó en Maldonado, 2014) plantean que los conocimientos, aptitudes y prácticas alimentarias del cuidador principal, determinan en gran medida el estado nutricional de la familia, por lo que está relacionado con la adquisición de hábitos saludables o, con el desarrollo de la obesidad. Esto debido a que los niños observan las conductas relacionadas con la alimentación y actividad física de los padres obteniendo reforzamiento cuando adoptan comportamientos semejantes; por ejemplo, cuando dejan los platos limpios, comen grandes cantidades, juegan tranquilos en interiores o pasan horas frente a la televisión sin perturbar las actividades de los adultos (Saldaña y Rossell, 2000).

Cabe destacar que la televisión es un medio de comunicación capaz de transmitir y modificar conductas de alimentación en su audiencia debido a la promoción de un estilo de vida sedentario, de una dieta no saludable y de un mayor consumo de alimentos (Díaz, Souto-Gallardo, Bacardí y Jiménez-Cruz, 2011). En una revisión de estudios, Díaz et al. (2011) encontraron una fuerte asociación entre la exposición a los anuncios de alimentos en la televisión con la

preferencia, consumo y demanda de estos productos, además de destacar la existencia de mayor publicidad de alimentos de alta densidad energética.

En este sentido, los medios de comunicación masiva cuentan indirectamente con una responsabilidad social debido al impacto que pueden alcanzar en la audiencia, de la cual no suelen ser conscientes, pues el objetivo primordial de las grandes trasnacionales es la de generar la mayor ganancia económica posible (Martínez-Munguía y Navarro-Contreras, 2014).

Aunado a esto, de acuerdo con Maldonado (2014) compartir comida es la manera más segura para establecer y mantener relaciones interpersonales, pues en el ambiente social, la comida se convierte en el foco de la interacción familiar, y se recurre a ésta como medio para dar la bienvenida, se ofrece como hospitalidad y como un signo para expresar identidad étnica. Además, Villegas en 2003 explica que el contexto socioafectivo en el que se presente el alimento influye en los hábitos de alimentación que se adquieren con el tiempo (como se citó en Maldonado, 2014).

Celebraciones como homenajes, bodas, bautizos, triunfos, van acompañados de grandes banquetes que incluyen tanto ingesta de comida como de bebidas alcohólicas de alto contenido calórico y es un modo de vida que ha pasado de generación en generación (Saldaña y Rossell, 2000).

Contemplando que el entorno social desempeña un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de conductas saludables, incluyendo las alimenticias, modificar el entorno socioafectivo contribuiría a evitar continuar o recaer en conductas no saludables en el proceso de cambio de hábitos (Maldonado, 2014)

pues las complicaciones sociales pueden derivar además en una afectación del estado de ánimo.

Factores Psicológicos.

Morandé (2014), plantea la existencia de factores desencadenantes de la obesidad muchas veces ligada a situaciones difíciles de afrontar que desatan conductas obesogénicas en sujetos predispuestos. Sin embargo, también señalan que hay factores de mantenimiento, denominados por estos autores como “motivos para comer de más”, los cuales favorecen la adquisición como tal de la obesidad, su exacerbación y su cronicidad.

Entre estos “motivos para comer de más”, podemos encontrar la ingesta de alimentos usada como consuelo o como compensación, debido a malos hábitos para calmar la ansiedad o modular el estrés o la complicidad con otros miembros de la familia (Morandé, 2014).

Cuando la persona consume alimentos para suprimir o atenuar emociones negativas como la ira, el miedo o el aburrimiento (Bennett, Greene y Schwartz-Barcott, 2013, como se citó en Tamayo y Restrepo, 2014), la tristeza o la soledad (Mayo Clinic, 2012, como se citó en Tamayo y Restrepo, 2014), se le conoce como ingesta emocional, la cual se deriva de un pobre autocontrol y de una dificultad para lidiar con situaciones estresantes, donde la conducta alimentaria es la mediadora en este tipo de condiciones (Esquivias-Zavala, Reséndiz-Barragán, García y Elías-López, 2016).

Aparte del descontrol que hay en la alimentación, los horarios y calidad de sueño alterado, hábitos de evacuación y aseo inestables, menor actividad física o

conducta social, escolar o laboral irregulares, son hábitos que favorecen el consumo inadecuado de alimentos (Morandé, 2014).

Frecuentemente los hábitos de alimentación se ven asociados al estado emocional y a los refuerzos positivos que satisfacen las necesidades o placeres a corto plazo, lo que ocasiona que los hábitos inadecuados se mantengan y provoquen complicaciones a futuro, como la ganancia de peso y las complicaciones de salud que se puedan producir (Reséndiz et al., 2015).

Factores Conductuales.

La ingesta, el gasto energético y la relación entre éstos, influyen en gran medida en el desarrollo de la obesidad, pues hacen referencia a la conducta de alimentación de la persona. Reséndiz et al. (2015) afirman que los hábitos de alimentación comprenden:

El número de comidas diarias que se realizan, los horarios en que se comen, la manera en que se adquieren, almacenan y manejan los alimentos, la forma de decidir cuánto, con quién, dónde y con qué se come, las técnicas y tipos de preparación, el orden en que se sirven los alimentos de la mesa y la manera en que se seleccionan los alimentos para las comidas diarias y para las ocasiones especiales (p. 673).

Debido a que la ingesta de alimentos está regulada por mecanismos que abarcan señales visuales, olfativas o gustativas, que a su vez están moduladas por factores sociales, educacionales, culturales, religiosos, entre otros (Monereo et al., 2012) es necesario tener en cuenta la complejidad de la conducta de alimentación. Morandé (2014), considera al sobrepeso como una enfermedad de hábitos y lo

relacionan con los atracones, el picoteo permanente, la sobreingesta no percibida, las raciones desproporcionadas o las comidas nocturnas.

Este tipo de conductas se pueden explicar recurriendo a los conceptos de hambre y apetito. La ingesta de alimentos por hambre es no selectiva y se da por una necesidad energética, en cambio, con el apetito hay una selección de alimentos por influencias personales (Monereo et al., 2012). García et al. (2003), definen el picoteo como un consumo repetitivo de pequeñas cantidades de alimentos fácilmente accesibles, por lo cual se considera una conducta selectiva y que se realiza de forma más desorganizada que impulsiva.

Asimismo, se han encontrado relación entre la obesidad y el trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH), tanto en muestras de personas con sobrepeso que buscan tratamiento, como en el número de sujetos con TDAH que desarrollan obesidad en la vida adulta (Gómez, González, Calcedo, Carral y González, 2017). Los pacientes con TDAH muestran menos atención a las señales internas de hambre y saciedad, además de una pobre tolerancia a la espera, lo que puede llegar a generar mayor ingesta de alimentos hipercalóricos, por lo tanto, el TDAH favorece la falta de adhesión a patrones regulares de alimentación (Esquivias-Zavala et al., 2016).

Por otro lado, Tamayo y Restrepo (2014) hacen referencia al Síndrome del comedor nocturno, el cual se caracteriza por un patrón de alimentación con ingesta significativamente mayor en la noche, en donde al menos 25% de la ingesta sucede después de la cena y que sucede al menos dos veces por semana, lo cual ocasiona un desajuste en el consumo y gasto energético.

Consecuencias de la obesidad (problemas asociados)

Entre las enfermedades no transmisibles, la obesidad merece especial atención debido a que por sí misma es una enfermedad crónica y al mismo tiempo es un factor de riesgo de otras tantas, pues se sabe que está asociada al aumento en la probabilidad de padecer o desarrollar un proceso mórbido (García y Creus, 2016). Diversas enfermedades tienen factores causales en común con la obesidad, como lo es la alimentación inadecuada y el sedentarismo, por eso, tratar este tipo de factores puede ayudar a disminuir o reducir la progresión de síntomas y, por otro lado, prevenir la aparición de más factores de riesgo (Mockus y Trujillo, 2013). Es por esto por lo que, tratar la obesidad reduce el riesgo de más complicaciones y de padecer otras enfermedades que son prevenibles (García y Creus, 2016).

Complicaciones físicas.

Existen diversas complicaciones y enfermedades asociadas al exceso de peso, por ejemplo, García y Creus (2016) estiman que los grados moderado de obesidad pueden elevar el riesgo de diabetes hasta 10 veces y aumenta mientras mayor sea el grado de obesidad, asimismo Rubio y Narváez (2017), mencionan que los estudios epidemiológicos indican que entre 60% y 70% de los casos de hipertensión pueden explicarse por el exceso de tejido adiposo. Monereo et al. (2012) hacen referencia a las principales complicaciones asociadas (ver Tabla 2).

Tabla 2.

Principales complicaciones asociadas con la obesidad

Endócrino-metabólicas	Síndrome metabólico	
	Diabetes mellitus tipo 2	
	Intolerancia a la glucosa	
	Resistencia a la insulina	
	Dislipidemia	
	Gota	
	Síndrome de ovario poliquístico	
Cardiovasculares	Hipertensión arterial	
	Enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca	
	Enfermedad vascular cerebral isquémica	
	Estasis venosa, trombosis venosa profunda	
	Embolia pulmonar	
Digestivas	Litiasis biliar	
	Hernia hiato	
	Esteato-hepatitis no alcohólica	
Respiratorias	Apnea del sueño	
	Síndrome de hipoventilación	
Reumáticas	Artrosis, dolor lumbar	
Cancerígenas	Esófago	Riñón
	Colon	Próstata
	Recto	Útero
	Vesícula biliar	Mama
Genitourinarias	Incontinencia urinaria	
	Alteraciones menstruales, infertilidad	
Neurológicas	Hipertensión endocraneal benigna	
Cutáneas	Celulitis, intertrigo, foliculitis, estrías	
	<i>Acantosis nigricans</i>	

Consecuencias psicosociales.

Baile y González (2013) consideran que el sobrepeso o la obesidad no son causa directa de algún problema psicológico o psiquiátrico, pero el hecho de saber que se rechaza la estética asociada a estas condiciones físicas sí puede reflejarse negativamente a nivel psicológico, manifestándose en la insatisfacción corporal. Entre los estereotipos que se asocian a este padecimiento están la pereza, poca inteligencia, menor éxito, falta de autodisciplina y pobre fuerza de voluntad, los cuales quedan en evidencia en las relaciones sociales que se mantienen en el entorno de estas personas (Baile y González, 2013).

Con el análisis de diversos estudios, Baile y González (2013) concluyeron que la obesidad podría relacionarse con variables psicológicas tales como:

- Peor calidad de vida asociada a la salud.
- Mayor insatisfacción corporal.
- Peor autoestima.
- Alteraciones relacionadas con la ansiedad.
- Alteraciones del espectro depresivo.
- Mayores alteraciones de personalidad.
- Mayores problemas de control de impulsos.
- Mayor consumo de sustancias.

Como se dijo anteriormente, la obesidad y el sobrepeso generan problemas psicológicos evidentes, y diversas conductas internalizadas como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima o la exclusión social, las cuáles pueden interactuar con otros factores como la impulsividad y la necesidad de comer como un mecanismo regulador (Gómez et al., 2017). De acuerdo con Esquivias-Zavala et

al. (2016) la interacción existente entre los síntomas emocionales y su impacto en la desestructuración de los patrones de alimentación y el sedentarismo hace evidente la importancia de conocer las psicopatologías comunes en este tipo de población.

En población con obesidad, se ha reportado que tres de cada diez pacientes con obesidad presentan trastorno depresivo (TD), en mujeres con mayor frecuencia que en los hombres. Además, se observó que en el caso de pacientes que presentan comorbilidad con el trastorno por atracón es más frecuente el TD (Esquivias-Zavala et al., 2016).

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios recurrentes donde hay un sentimiento de pérdida de control sobre la ingesta (Hudson, Hiripi, Pope y Kessler, 2007, como se citó en Tamayo y Restrepo, 2014) y hay un consumo compulsivo de cantidades inusualmente grandes de alimentos, percibiendo una incapacidad de resistir o prevenir el episodio (Pollert et al., 2012, como se citó en Tamayo y Restrepo, 2014), además de no existir una conducta compensatoria posterior a los atracones, provocando y manteniendo a largo plazo la obesidad o la gravedad de ésta (Tamayo y Restrepo, 2014).

El TD en pacientes con sobrepeso y obesidad se ve reflejado en un mayor número de recaídas y un componente notable de desesperanza con respecto a su tratamiento (Esquivias-Zavala et al., 2016). Además, reportan que el TD se ha asociado con la estigmatización causada por el peso corporal.

Por otro lado, el trastorno de ansiedad se presenta hasta en un 35% de pacientes con obesidad pues se relaciona con la ingesta emocional y con

frecuencia se reporta coexistencia con la depresión (Esquivias-Zavala et al., 2016).

Hay que resaltar que Esquivias-Zavala et al. (2016), hacen referencia a reportes donde el tratamiento de la sintomatología ansiosa y depresiva, cuando se realiza una intervención en pacientes con sobrepeso y obesidad, optimiza la adherencia al régimen de alimentación, una mayor motivación para incluir la actividad física en la vida diaria y en general contribuye a una mayor pérdida de peso.

Considerando los factores implicados en el desarrollo de la obesidad y las consecuencias que ésta involucra, el tratamiento debe abarcar un enfoque integral para modificar eficaz y adecuadamente su evolución y evitar mayores complicaciones. Por tanto, en el siguiente capítulo se presentarán las intervenciones que se han creado para abordar este padecimiento.

Capítulo 2. Intervenciones para la obesidad

Desde que la obesidad se ha vuelto un tema de importancia en la sociedad, con una cultura de alto consumo de calorías y baja actividad física, se han expandido los tratamientos para “control de peso” y para “bajar de peso”, desde polvos mágicos, hasta intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo por personal no capacitado ni profesional (Guillén, 2014). Como una forma de control, en 1998 se estableció la atención profesional multidisciplinaria como la única alternativa para el tratamiento de la obesidad, conformada por médicos, psicólogos y nutriólogos (NOM-O, 2001, como se citó en Guillén, 2014).

De acuerdo con Kaufer (2014) la OMS plantea un enfoque de prevención a lo largo de la vida para el problema de la obesidad, ya que se considera que existe una susceptibilidad genética a padecerla, sin embargo, ésta puede tender a aumentar conforme el paso del tiempo, acumulando factores de riesgo. Por tanto, Kaufer (2014) considera que cuanto más temprano en la vida se apliquen las estrategias de prevención, podrán obtenerse mejores resultados, debido a que en la etapa adulta pueden ya existir hábitos de riesgo difíciles de modificar.

Por otro lado, Gómez-Candela y Palma (2014), consideran que los objetivos terapéuticos de todo programa para perder peso están dirigidos a prevenir la aparición de comorbilidades o disminuir el impacto sobre la salud de las ya existentes. Por lo cual, plantear objetivos realistas y consensuados con la persona, permitirá preservar y mejorar el estado de salud, pues sustituir la idea de *estar a dieta*, por la de *cuidarse*, logrará incorporar hábitos de vida saludable, incluyendo un patrón alimentario adecuado (Gómez-Candela y Palma, 2014).

Intervenciones gubernamentales para tratar la obesidad

Desde el ámbito de la prevención de la obesidad, se ha hecho hincapié en tratar los factores inmediatos, es decir, aquellos que afectan al individuo independientemente de su contexto ambiental; no obstante, para tener mayor efectividad y facilitar el abordaje individual es necesario ir tras las causas básicas y los factores subyacentes, tales como las políticas gubernamentales y los factores que afectan el estilo de vida de la población (Kaufer, 2014).

Mantener a las personas tan saludables como sea posible por mayor tiempo, ayudará a reducir el costo de las enfermedades crónicas, además de producir una mejor calidad de vida (Taylor, 2007). Por esta razón, las prioridades a futuro incluyen, el desarrollo de intervenciones que pueden dirigirse a más de un factor de riesgo conductual, a un mantenimiento continuo y a la integración de las intervenciones individuales con las políticas ambientales y de salud que apoyen y se sustenten entre sí (Orleans, 2000, como se citó en Taylor, 2007).

En México, la Secretaría de Salud, con la ayuda de diferentes dependencias, ha realizado algunas estrategias para combatir el problema de la obesidad. En la siguiente tabla se presentan de manera resumida algunas de las más significativas (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Estrategias gubernamentales en México para el tratamiento de la obesidad

Nombre	Objetivos	Descripción
Campaña “Muévete y métete en cintura” 2008 ¹	Detección de sobrepeso y obesidad en centros de salud y derivación a su tratamiento. Promoción de la realización de ejercicio adecuada para la condición, edad y sexo.	Enfocado a intervenir en escuelas, parques, oficinas a través de eventos masivos alrededor de las 16 delegaciones de la CDMX, tales como pláticas nutricionales, demostraciones de actividad física y distribución de materiales didácticos con temas referentes a la salud.
Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA). Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad 2010 ²	10 objetivos que contemplan aumento de actividad física, consumo de agua, frutas y verduras, orientación a consumidores para escoger alimentos, modificación saludable de productos, entre otros.	Dirigido a acciones del individuo y de la existencia de condiciones adecuadas para realizarlas y acciones orientadas a la participación del gobierno, sectores sociales y la industria alimentaria.
Gimnasios urbanos 2013 ¹	Instalación de gimnasios al aire libre que busca el desarrollo de mejores formas de vida, generar espacios de convivencia, fomentar la activación física y recuperar espacios públicos.	Compuestos por 12 aparatos seguros de usar y que con una orientación adecuada se puede realizar ejercicio cardiovascular, de fuerza y tonificación.

Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes 2013 ³	Se sustenta a través de intervenciones de salud pública, un modelo integral de atención médica y políticas públicas intersectoriales	Plantea unificar las acciones para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades no transmisibles, involucrando al sector salud y dependencias gubernamentales.
Programa de Acción Específico (PAE) Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018 ³	4 objetivos dirigidos a la prevención, detección y control de la obesidad y el riesgo cardiovascular en personas mayores de 20 años y a la promoción de conductas saludables (actividad física y correcta alimentación)	Organizada en objetivos, estrategias y líneas de acción orientadas a abordar cada problemática a través de acciones multisectoriales, buscando alinearse con el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Sectorial de Salud 2013-2018

¹Vera, S. (2016). Propuesta de intervención psicológica y de acondicionamiento físico para mujeres con obesidad (tesis de pregrado) Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/noviembre/0752994/Index.html>

²Secretaría de Salud. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado de: <http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20LA%20SALUD%20ALIMENTARIA.pdf>

³Secretaría de Salud. (2013). Programa de Acción Específico. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018. Recuperado de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevencionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf

Estas estrategias han tenido distintos grados de éxito y algunos de éstos han sido difíciles de corroborar, por ejemplo, Ortega (2012, como se citó en Vera, 2016) expresó que el programa “Muévete y métete en cintura” estuvo presente en más de cuatro mil eventos y se formaron más de tres mil facilitadores para exponer temas sobre orientación alimentaria; por su parte Contreras (2014, como se citó en Vera, 2016), reporta que el Instituto del Deporte estimó que 125 mil personas acudían mensualmente a hacer ejercicio en los gimnasios urbanos, pero todos estos resultados no se han medido en el impacto directo que estos pueden tener sobre los índices de obesidad.

Por otro lado, respecto al ANSA, El Poder del Consumidor (2012), realizó una crítica extensa resaltando la falta de compromiso de las dependencias involucradas debido a la no establecida obligatoriedad para efectuar los lineamientos estipulados, y el hecho de que los compromisos y objetivos no son correspondientes, por tanto, no hay cumplimiento de éstos.

Tomando en cuenta que, a pesar de las medidas y programas sustentados por los órganos gubernamentales responsables, el problema de obesidad aún representa un gran desafío, esto se puede corroborar con los datos estimados de prevalencia en los últimos años, lo que se puede traducir en la falta de programas de intervención efectivos cuyos resultados sean evidentes y que incluyan a todos los sectores involucrados en el mismo (gobierno, sector salud, comunidad, etc.).

Abordaje médico-nutricio de la obesidad

Aunque básicamente un programa dietético se basa en la restricción calórica asociada a un incremento en la actividad física, el éxito de cualquier intervención

dietética para la pérdida de peso reside en la adherencia de la persona a tal programa (Gómez-Candela y Palma, 2014). La dieta debe ser completa, adaptada y equilibrada, a modo que cubra los requerimientos nutricionales para mantener la salud al tiempo que favorece la pérdida de peso, además de que debe procurarse una dieta factible, flexible y variable para aumentar la probabilidad de que la persona la incorpore como patrón estándar de alimentación (Gómez-Candela y Palma, 2014).

Gómez-Candela y Palma (2014) describen una serie de objetivos que deberían abordar las intervenciones nutricionales:

- Reducción del peso corporal entre 5 y 10% aproximadamente, establecido en un plazo de seis meses.
- Mantenimiento de la pérdida de peso a medio y largo plazo.
- Preservación de la masa magra.
- Mejora de la comorbilidad asociada.
- Educación nutricional.

Por otro lado, desde el punto de vista farmacológico, en general los medicamentos usados para tratar la obesidad están dirigidos a la supresión del apetito, incrementar el gasto energético, disminuir la absorción intestinal de grasas, modulación del metabolismo de carbohidratos, entre otras funciones (Gómez-Candela y Palma, 2014). Guisado y Escudero (2014), recalcan que su indicación está limitada a pacientes con IMC mayor a 30kg/m², o menor a 27Kg/m² si existe comorbilidad importante asociada.

El tratamiento farmacológico no debe tratarse de manera aislada, sino complementario a las terapias básicas de plan de alimentación, actividad física y cambios en el estilo de vida (Guisado y Escudero, 2014).

Para ciertas personas, la cirugía bariátrica ofrece una alternativa efectiva para tratar la obesidad; sin embargo, se deben cumplir una serie de criterios para ser candidato a este tipo de cirugía, entre los cuáles se encuentra tener de 18 a 60 años, un IMC mayor a 40kg/m^2 o bien, un IMC mayor a 30kg/m^2 con una comorbilidad asociada, fracasos continuos con otras alternativas de tratamiento y estabilidad psicológica (Gómez-Candela y Palma, 2014).

La cirugía bariátrica consiste en modificar quirúrgicamente la capacidad gástrica o la absorción por medio de una alteración anatómica en el tracto digestivo, las cuáles pueden ser empleadas por separado o combinadas, la cirugía más común es el *bypass* gástrico (Sierra, 2013).

Sierra (2013) refiere que, a pesar de estos cambios anatómicos, la pérdida de peso y el mantenimiento a largo plazo no están garantizados, esto debido a que el éxito del procedimiento depende en gran medida de modificaciones conductuales del paciente y su habilidad de implementar cambios permanentes en su estilo de vida.

De acuerdo con Van Hout, Vreeswijk y Van Heck (2008, como se citó en Sierra, 2013) los factores psicosociales y conductuales tienen un papel fundamental en los efectos a largo plazo de la cirugía bariátrica, por lo que es necesario conocerlos y modificarlos antes de la cirugía.

Tratamientos psicológicos de la obesidad

Las acciones del psicólogo de la salud abarcan intervenciones a lo largo del proceso del padecimiento de un paciente, su trabajo puede comenzar desde la prevención, en el diagnóstico propio de la enfermedad, ser parte de la elección de las mejores opciones de tratamiento, y como tal en su seguimiento (Sierra, 2013).

El planteamiento global de un tratamiento psicológico para obesidad radica en cambiar el estilo de vida, centrándose en tres aspectos: la conducta alimentaria, la modificación de la vida sedentaria y de los factores de la vida emocional que repercuten en la obesidad. Si se combina la intervención psicológica con programas de dieta y ejercicio se obtienen mejores resultados, sin importar la orientación psicoterapéutica (Denia, 2014).

Es necesario tener en cuenta que las personas con obesidad muy a menudo recurren a múltiples dietas o planes de tratamiento para disminuir su peso, muchas de las cuáles se guían con información inadecuada, centrándose únicamente en la pérdida rápida de peso más que en los cambios de hábitos (Denia, 2014). Por tanto, el psicólogo en general debe centrarse en la motivación del paciente y en la adhesión al tratamiento, hacer uso de la psicoeducación y mantener sus expectativas realistas con el fin de que el paciente tome decisiones informadas que contribuyan al mejoramiento de su salud (Sierra, 2013), esto debido a que los obstáculos reales o percibidos por la persona que inicia un programa para perder peso terminan limitando la adherencia a corto plazo y la persistencia a largo plazo a dicho programa (Gómez-Candela y Palma, 2014).

Gómez et al. (2017) recalcan que, en el tratamiento de la obesidad, se suelen tomar poco, o nada en cuenta, aspectos tan importantes como la

autoestima, la insatisfacción o la prevención de desórdenes alimentarios. Siendo así, y con el fin de tener un abordaje integral adecuado, se debe tener conocimiento de los factores psicológicos involucrados que abarcan desde el desarrollo del paciente hasta la personalidad del individuo o el ámbito familiar, a través de expedientes, entrevistas y observaciones (Guillén, 2014).

En el siguiente capítulo se presentarán algunas técnicas que forman parte de los tratamientos psicológicos para la intervención en obesidad y que se han incluido en la mayoría de las propuestas de intervención debido a su alto grado de eficacia.

Capítulo 3. Psicoterapia cognitiva conductual para obesidad

Dado que la obesidad es una enfermedad compleja, su tratamiento debe tomar en cuenta los diversos factores que influyen tanto en su aparición y desarrollo, como en los motivos de su mantenimiento. Diversos autores concuerdan en que un tratamiento médico o nutricional puede no dar los resultados esperados si las conductas que perjudican la salud no se modifican.

De no adoptar nuevos estilos de comportamiento, los resultados posteriores a un tratamiento para bajar de peso se traducen en que sólo 20 a 30% de los pacientes logran mantener el peso reducido. Durante el primer año, tras la reducción de peso, entre 30 y 35% de los pacientes recupera el peso perdido y al cabo de 3 a 5 años, más de la mitad superan el peso con el que comenzaron el tratamiento (Denia, 2014).

Denia (2014) refiere que los estudios de comparación de tratamientos muestran que la combinación de terapias cognitivas y conductuales logra mejores resultados que aplicándose por separado para garantizar la pérdida de peso y el mantenimiento posterior.

Por una parte, la premisa de la intervención cognitiva consiste en que los pensamientos sobre la propia persona o sobre los sucesos influyen directamente en las emociones y la conducta. Modificar los pensamientos puede lograr la pérdida de peso y su mantenimiento debido a que Sierra (2013) menciona:

Los pacientes con obesidad tienden a presentar esquemas desadaptativos, creencias disfuncionales relacionadas con la imagen corporal, estado de ánimo deprimido, metas de peso irreales, significado desproporcionado de

su peso y figura en autoevaluación, así como creencias desadaptativas sobre el control de su alimentación (p.197).

Por otro lado, el objetivo a corto plazo de las intervenciones conductuales es que la persona aprenda qué, cómo y cuándo comer, modificando el modo de alimentarse y reestructurando las señales ambientales que inducen el consumo de alimentos. A largo plazo, en este tipo de intervenciones, se espera que se adopte un estilo de vida saludable que conduzca a una disminución de peso y al mantenimiento de esta pérdida favorecida por la identificación y prevención de situaciones de riesgo (Maldonado, 2015).

De acuerdo con Wing (2011, como se citó en Baile y González, 2013) la terapia cognitivo conductual ha resultado eficaz debido al logro específico de pérdida de peso y por la consecuente mejora de la salud relacionada a otros aspectos, además de que las descripciones detalladas y sistemáticas benefician la reproducción de las intervenciones psicológicas al seguir principios y técnicas generales que son adaptables. Otra ventaja de utilizar este método es que la información obtenida, es puntual y cuantitativa, la evaluación es detallada y el conocimiento de la persona acerca de su propia conducta, es mayor (Villegas, 2003, como se citó en Maldonado, 2015).

Dentro de las ventajas de este tipo de intervención, Baile y González (2013) destacan que la intervención cognitivo conductual es especialmente recomendable y eficaz para tratar sobrepeso y obesidad en sus primeras etapas, incluso como intervención única, sin perder de vista que en ese caso el psicólogo deberá adoptar ciertas funciones que sería conveniente que cumplan otros profesionales,

como lo son los consejos nutricionales o la valoración médica de la evolución del peso.

De acuerdo con Denia (2014), el tratamiento psicodinámico también ha abordado la obesidad aunque con menos frecuencia: 1) con una combinación de terapia individual, con elementos de expresión, apoyo focalizado, resolución de conflictos, mejora de imagen corporal, entre otros, con un tratamiento grupal de terapia psicodinámica corporal, relajación y actividad física; y 2) con un tratamiento dinámico en grupo con un terapeuta activo que enfatiza las competencias sociales y se centra en los estilos de apego de los pacientes y sus consecuencias.

Asimismo, la psicoterapia interpersonal ha progresado al trabajar con los trastornos de conducta alimentaria y con la obesidad cuando existe pérdida de control en la comida o un trastorno por atracón, obteniendo resultados prometedores, pues reduce los problemas interpersonales y mejora la autoestima y el estado de ánimo, sintiéndose más eficaces y menos dependientes del consumo de comida, disminuyendo así sus episodios de pérdida de control, no obstante, aún se necesitan de más estudios que comprueben la efectividad de estos tratamientos (Denia, 2014).

Intervención grupal

Una intervención individual, de acuerdo con el enfoque de Baile y González (2013) tiene el beneficio de un análisis funcional y un establecimiento de metas puntuales para tratar la problemática particular, detectada gracias a una evaluación más completa de los hábitos relacionados con el sobrepeso, el diagnóstico de algún

problema psicológico como causa de la obesidad y la oportunidad de hacer un diagnóstico diferencial.

Por su parte, la psicoterapia de grupo de duración limitada se enfoca en los objetivos del tratamiento y en el tiempo en el que se pueden conseguir, por lo que las técnicas grupales permiten realizar un encuadre breve en un alto número de pacientes (Vera, 2016). Este tipo de tratamientos han mostrado buenos resultados y la posibilidad de dar de alta a los pacientes por mejoría, además de ser útiles en el campo de la prevención (Gómez, 2009, como se citó en Vera, 2016).

El abordaje de manera grupal en distintas patologías médicas ha presentado una disminución en los costos, en el número de consultas médicas y un aumento en las expectativas de vida de los pacientes (Vera, 2016).

En 2013 el Instituto Carlos Slim de la Salud (como se citó en Vera, 2016), considera que el apoyo social promueve la generación de cambios de conducta, resultando de mucha utilidad en los tratamientos de control de peso.

No obstante, hay que tomar en cuenta que, aunque diversos estudios han mostrado que el tratamiento grupal conlleva una mejor relación costo-efecto, una mayor pérdida de peso y promueve la aparición de factores facilitadores para el cambio frente al tratamiento individual, este tipo de intervención limita debido a que la infraestructura sanitaria no puede brindar a todos los pacientes que lo necesitan este tipo de atención, es costoso contar con la existencia de un grupo de intervención estable o con terapeutas especialistas (Baile y González, 2013).

Técnicas de intervención

En la terapia cognitivo conductual, se hace hincapié a lo que se debería cambiar y en cómo se puede cambiar. Inicialmente, el paciente observará su conducta, sus pensamientos y sentimientos para conocer la relación que tienen con sus hábitos alimentarios y desde ese saber, buscar alternativas que le beneficien y ponerlas en práctica (Denia, 2014).

Baile y González (2013) contemplan una serie de objetivos de intervención que comienzan con la evaluación para determinar las características del sobrepeso u obesidad del paciente, así como los problemas y hábitos asociados. Posteriormente indican la realización de un análisis funcional y el establecimiento de metas para dar inicio al tratamiento. Para la terminación y el seguimiento refieren la importancia del mantenimiento de logros y la prevención de recaídas.

A continuación, se exponen las técnicas que han sido usadas y recomendadas en intervenciones cognitivo-conductuales de distintos autores para el tratamiento de la obesidad de acuerdo con la recopilación de Baile y González (2013). Fueron organizadas de tal forma para abordar las principales problemáticas de la obesidad, sin embargo, hay que tomar en cuenta que se aplican de manera integral y se pueden ocupar para solucionar múltiples propósitos.

Psicoeducación.

Entre las técnicas básicas para el tratamiento psicológico de la obesidad, destaca la psicoeducación, pues acorde con Baile y González (2013) es crucial que el paciente tenga la conciencia y el conocimiento apropiado sobre su enfermedad e

implicaciones para incrementar la motivación al cambio y suscitar la adherencia a las intervenciones terapéuticas. De igual manera, debe contar con la información adecuada sobre las nuevas conductas a adoptar a su estilo de vida, para que los hábitos de salud puedan contribuir al mejoramiento de la salud.

Las intervenciones de psicoeducación desde el enfoque cognitivo-conductual buscan dotar a la persona de un modo de pensar y actuar más realista y adaptativo a través de información que reformule el padecimiento de manera comprensible y manejable para lograr aumentar el sentido de eficacia y la resolución de problemas (Calado, 2010).

Es importante recalcar que la psicoeducación no genera necesariamente el compromiso o las habilidades para realizar el cambio de hábitos, por lo que es necesario proporcionar las estrategias para lograrlo, pues la persona debe afrontar desde las sensaciones internas de hambre, hasta situaciones o contextos sociales que le presentan tentaciones que facilitan o promueven los hábitos inadecuados de alimentación, además de contemplar hechos como el de que los alimentos ricos en grasa, azúcar o sal suelen preferirse por su sabor (Baile y González, 2013).

Técnicas de autocontrol.

Carrasco (2008), considera que para abordar cualquier problemática que involucre realizar cambios, se debe seguir un procedimiento que empieza con el compromiso a este cambio a través de la estimación de los beneficios y perjuicios de dicho tema. Después de evaluar la situación a través de la observación y el registro de conducta incluyendo sus factores intervinientes, se planifican los

objetivos y se concretan metas parciales y finales. Cuando se tienen estos puntos cubiertos, se comienza con la aplicación de las técnicas sin olvidar la identificación de situaciones de riesgo para potenciar el mantenimiento y la prevención de recaídas con estrategias efectivas de afrontamiento para saber cómo actuar ante fallos o incumplimientos del tratamiento.

La importancia de comenzar con automonitoreo se debe a que permite identificar la frecuencia o línea base de la conducta que se quiere modificar, aumenta la atención del paciente ante ésta y proporciona retroalimentación sobre los progresos (Butryn, Phelan, Hill y Wing, 2007, como se citó en Sierra, 2013).

A través de los autorregistros realizados de forma adecuada, se puede llegar a darle control al problema de la alimentación que es aparentemente caótico (Calado, 2010). El registro detallado de comidas en el momento en el que se llevan a cabo conduce a la persona a comprender una conducta que parece ser incontrolable, pues a través de la identificación de las influencias tanto ambientales como emocionales, se pueden diseñar estrategias y aplicar solución de problemas para los hábitos alimentarios, además de que se logra una autoevaluación del progreso (Calado, 2010).

Baile y González (2013), consideran que para el tratamiento de la obesidad se debe hacer registro básicamente de: hábitos alimentarios, para detectar, por ejemplo, comidas habituales, abuso de dulces, consumo de frutas y el ambiente que suscita o acompaña el alimento; patrones de actividad física, como es el ejercicio programado y actividad diaria, tiempo de inactividad; hábitos de sueño, para conocer horas de sueño, hora de acostarse, calidad del sueño y siestas. No obstante, refieren que cada autorregistro se puede adaptar a las necesidades de

cada paciente, como conocer patrones de trabajo, ocio, actividades sociales o consumo de sustancias.

Además de ser un recurso de evaluación, Rehm (1993), menciona que el acto de autorregistro tiene un efecto sobre la conducta que se registra, pues normalmente las conductas deseadas aumentan al ser presentadas como evidencia de progreso o éxito y las no deseadas disminuyen al ser recordatorio de las razones por las que no se debe realizar la conducta.

Otra técnica recurrente de intervención para obesidad es el control de estímulos, el cual consiste en la modificación del entorno de la persona para incrementar el autocontrol de la conducta alimentaria (Sierra, 2013). Es necesario identificar previamente los estímulos que desencadenan la ingesta, como el sedentarismo o las situaciones que inducen a la sobreingesta, por lo cual se busca que el ambiente facilite o no, la aparición de ciertas conductas; por ejemplo, con la alta disponibilidad de alimentos saludables, y que los densamente calóricos sean difíciles de conseguir (Sierra, 2013).

Conjuntamente, Sierra (2013) considera que, dado que el ambiente de la persona también involucra el entorno social y familiar, es conveniente involucrarlos para evitar el sabotaje.

Técnicas de mantenimiento y prevención de recaídas.

Como se ha mencionado con anterioridad, en el tratamiento de la obesidad es importante lograr que los cambios que se realicen se mantengan con el tiempo y que las personas cuenten con las habilidades y el conocimiento para afrontar

problemáticas o retomar las conductas saludables en caso de que se les presenten obstáculos.

De aquí la ventaja de contar con el entrenamiento en solución de problemas, que consiste en enseñarle al individuo a identificar los obstáculos para el cambio y proponer respuestas. Consta de cinco pasos: identificar el problema, proponer soluciones, analizar ventajas y desventajas de cada una de las soluciones, implementar la solución más adecuada y evaluar si ésta fue útil o no (Sierra, 2013). Esta técnica se puede usar para cualquier problemática a la que se enfrente la persona, como la manera de lidiar con situaciones sociales, adaptar el ejercicio a la vida cotidiana, entre otras.

Como manera de autorregulación verbal, las autoinstrucciones guían la conducta en situaciones problemáticas, por ejemplo, como preparación para una situación estresante, su afrontamiento, como prevención de la crisis durante dicho afrontamiento, en modo de recompensa por una ejecución correcta y como tal para afrontar fracasos y recaídas (Larroy, 2008). Asimismo, Santacreu Mas (1993) indica que las autoinstrucciones son eficaces para la falta de autocontrol, dada la dificultad para anticipar consecuencias de los actos propios, pues se actúa impulsivamente porque no se presentan cogniciones mediadoras o verbalizaciones internas que evalúen estas posibles consecuencias.

Cuando existen cogniciones disfuncionales que contribuyen al problema que se trata, se utiliza la reestructuración cognitiva (Miltenberg, 2017). Este tipo de pensamientos disfuncionales provocan respuestas emocionales como miedo, ansiedad o ira, o están asociados a estados emocionales, problemas de comportamiento o pobre rendimiento. La técnica de reestructuración cognitiva

consiste en la identificación de pensamientos problemáticos, la respuesta emocional y la conducta inconveniente que originan dichos pensamientos y en reemplazarlos por pensamientos más racionales y deseables (Miltenberg, 2017).

Técnicas complementarias.

Las situaciones estresantes suelen provocar respuestas fisiológicas tales como el aumento de la tensión muscular, una elevada tasa cardíaca, una respiración acelerada o manos frías, experimentadas también en problemas de ansiedad (Miltenberg, 2017). Si estas respuestas se producen de manera intensa, duradera, reiterada, o no resultan acorde a la situación, pueden causar efectos nocivos a la salud a corto o mediano plazo (Labrador, 2008).

Por tanto, aprender a controlar los niveles de activación en situaciones de demanda a través de estrategias de relajación, resulta una habilidad que puede prevenir trastornos y mejorar la calidad de vida (Labrador, 2008). Estas estrategias dan lugar a respuestas fisiológicas opuestas a la activación autónoma, de modo que hay una disminución de la tensión muscular, cardíaca y de respiración, además del calentamiento de las manos, lo que lleva a disminuir la ansiedad (Miltenberg, 2017).

Miltenberg (2017) menciona que hay ciertos enfoques de relajación que tienen beneficios al aplicarse por sí solos, sin embargo, reitera que al mismo tiempo son componentes de la mayoría de las técnicas de relajación, como son la respiración diafragmática y la focalización de la atención.

Dado que la ansiedad conlleva frecuentemente una respiración rápida y superficial, la respiración diafragmática cambia este patrón a uno más lento y

rítmico. Miltenberg (2017) explica que con esta técnica en cada inspiración se usan los músculos del diafragma para dirigir el oxígeno a la parte inferior de los pulmones y así alcanzar una respiración profunda, disminuyendo la ansiedad, por lo que es un factor importante de la mayoría de las técnicas de relajación.

Por su parte, los ejercicios de focalización dirigen la atención a un estímulo neutro o placentero para eliminarla del estímulo que genera ansiedad (Miltenberg, 2017). Este autor refiere que algunos de estos ejercicios son la meditación, la imaginación guiada o la hipnosis, sin embargo, recalca que es un componente de otros procedimientos de relajación, por ejemplo, en el caso de la respiración diafragmática la atención se centra en la sensación física de inspiración y espiración.

Asimismo, es relevante mencionar que, en el caso particular de la intervención en obesidad, la actividad física es una herramienta útil, pues además de los beneficios a la salud, ayuda a manejar y facilitar el control de la ingesta debido a que realizar una actividad permite distraerte mientras pasa el tiempo, pues el impulso y la ansiedad por comer, disminuye en media hora aproximadamente, por lo que se recomienda contar con una lista de actividades alternativas a realizar para conseguir poner trabas a la conducta alimentaria (Calado, 2010). En esta misma línea, Ezquerro y Buceta (2008) indican que, si el ejercicio es realizado inmediatamente antes de las comidas, el apetito se puede reducir.

La obesidad sigue siendo un problema a nivel mundial, a pesar de las diversas intervenciones a nivel gubernamental y de los organismos de salud responsables de atender este problema. Si bien los estudios han encontrado su

origen multifactorial y determinado que necesita un abordaje multidisciplinario, aún se requiere mucha investigación y al mismo tiempo es una problemática que necesita tratarse urgentemente para evitar que la calidad de vida de las personas que padecen esta enfermedad disminuya y que la mortalidad causada por las complicaciones siga en aumento.

Desafortunadamente y a pesar de la basta información con relación a la salud, aún hay una buena cantidad de mitos y desinformación, especialmente en el tema del sobrepeso; por lo tanto, es vital que la información que se dé a conocer sea de una forma sencilla de comprender y que se eduque sobre la manera más saludable de cambiar para prevenir más complicaciones.

Capítulo 4. Propuesta de taller de intervención

Derivado de la información consultada para este estudio, se considera que el cambio de conductas es indispensable para el mejoramiento de la salud, al poder prevenir que la obesidad facilite la aparición de múltiples enfermedades a través de algo tan elemental como la modificación en la alimentación y los hábitos de salud.

Debido a que la modificación de conductas tiene implicaciones psicológicas y no es cuestión de “echarle ganas”, la propuesta de un taller para tratar el sobrepeso y obesidad desde un enfoque cognitivo-conductual puede ayudar a dar solución a este padecimiento, dando la pauta para que los beneficios aumenten a largo plazo en los participantes al continuar con las estrategias aprendidas y al brindar la posibilidad de replicar este tipo de intervención, además de que cada beneficiado podrá volverse un agente de cambio, logrando un mayor alcance.

Objetivos

Objetivo general.

Diseñar una propuesta de taller de intervención para tratar el sobrepeso y obesidad en población adulta que incluya métodos, técnicas y estrategias de corte psicoterapéutico cognitivo-conductual.

Objetivos específicos.

1. Psicoeducar a los participantes sobre las condiciones e implicaciones del sobrepeso y la obesidad, así como de las posibles complicaciones, para facilitar la adherencia al programa de intervención y compromiso para el cuidado de la salud.

2. Entrenar en técnicas cognitivo-conductuales a personas con sobrepeso y obesidad para favorecer la modificación de hábitos de salud y su mantenimiento.
3. Promover la identificación de diferentes estados emocionales, así como la relación y la influencia de estos sobre la conducta de ingesta de alimentos.
4. Fortalecer la capacidad de los pacientes para reconocer las situaciones de riesgo ante la comida y generar alternativas de solución a las mismas que les ayuden a tomar mejores decisiones alimentarias.
5. Crear la posibilidad de establecer un nuevo estilo de vida saludable de alimentación y ejercicio.
6. Valorar y recompensar los cambios constantes, producto de la intervención y del compromiso personal, para el mantenimiento de estos.

Población

El taller está dirigido a personas adultas con sobrepeso y obesidad. Los criterios de inclusión serán los siguientes:

- Población adulta (hasta 65 años).
- Tener sobrepeso u obesidad (grado I y II).
- Sin tratamiento actual para bajar de peso.
- Saber leer y escribir.
- Escolaridad mínima primaria concluida.

No se tomará en cuenta el nivel socioeconómico, el número de hijos, tratamientos previos para modificar la condición de obesidad y sobrepeso, ni la duración de esta condición.

Instrumentos

Para la evaluación de la efectividad del taller y por las características propias de los individuos con obesidad, se sugiere la aplicación de los siguientes instrumentos previo al inicio de las sesiones y al finalizar el tratamiento, los cuales han sido validados en población mexicana:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Robles, Varela, Jurado y Páez, 2001).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI; Jurado et al., 1998).
- Escala de Autorreporte de Tamizaje del TDAH en la vida adulta versión 1.1 (ASRS-V1.1, por sus siglas en inglés Adult ADHD Self-Report Scale; Reyes et al., 2009)
- Escala de Alimentación Emocional (Rojas y García-Méndez, 2016)
- Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ; Caravali-Meza, Bacardí-Gascón, Armendariz-Anguiano y Jiménez-Cruz, 2016)

Materiales

Los materiales necesarios para la impartición del taller serán una báscula y las presentaciones, por lo que se requerirá un proyector y una computadora, o en su caso, cartulinas o un pizarrón, de acuerdo con los recursos del lugar. Por su parte, los participantes deberán llevar un cuaderno y una pluma o lápiz para realizar anotaciones.

Escenario

Este taller está propuesto para llevarse a cabo en un lugar amplio y de preferencia iluminado y cerrado, puede ser un salón de escuela, de un centro de salud o

comunitario, de parte de una iglesia o cualquier lugar disponible y accesible para la población general.

Procedimiento

La invitación al programa de intervención puede llevarse a cabo mediante carteles que promocionen dicha actividad, se pretende que la promoción se lleve a cabo en lugares públicos tales como mercados, escuelas, parques o clínicas de salud para obtener una alta difusión de la actividad. Una vez concluida la etapa de promoción se pretende que, como una etapa preliminar, se cite a los interesados en participar para conocer si son candidatos para ingresar al grupo de acuerdo con los criterios de inclusión.

Se recomienda agrupar de 8 a 15 interesados para informar acerca del proyecto (número de sesiones, tiempo empleado, objetivos, etc.). En caso de estar de acuerdo en participar, entregarles y firmar el consentimiento informado (ver Apéndice A), y posteriormente realizar un estudio sociodemográfico, la toma de peso y la aplicación de inventarios. Con los participantes que concluyan este proceso, se formarán los grupos de intervención con el mismo número de integrantes recomendados.

El taller es informativo y vivencial cada una de las sesiones cuenta con actividades de reflexión, conceptos teóricos y técnicas para el cuidado y mejoramiento de la calidad de vida de los participantes. Por lo tanto, se requiere de asistencia obligatoria para el cumplimiento de los objetivos de este.

El material que se utilizará será proporcionado por el psicólogo(a) responsable del taller de forma gratuita. Las sesiones se deberán impartir

semanalmente y es recomendable que se realicen sesiones de seguimiento al finalizar el taller.

El taller de intervención consiste en siete sesiones con duración aproximada de dos horas, en los que se sugiere no incluir más de 15 participantes, y llevar a la práctica una dinámica de respeto, cuidado y profesionalismo hacia los participantes, considerando siempre respetar los preceptos éticos de la intervención psicológica. Se exponen las cartas descriptivas a continuación (Tabla 4).

Tabla 4.

Cartas descriptivas

Sesión 1. Psicoeducación

Objetivos

- Enseñar una definición clara y concreta de la obesidad.
- Conocer y usar el IMC como una medida de monitoreo del peso.
- Identificar los factores asociados a la adquisición y mantenimiento de la obesidad.
- Reconocer las razones por las que los métodos para bajar de peso usados anteriormente no han funcionado.
- Reconocer los beneficios de la pérdida de peso en todos los ámbitos de la vida.
- Comprender el beneficio de tener metas claras.

Técnicas

- Psicoeducación
- Balance de decisiones
- Establecimiento de metas

Materiales

- Presentación (proyector y laptop/ cartulinas)
- Papel y pluma/lápiz
- Báscula
- Apéndice B

Descripción

1. Al inicio de la sesión se pesará a los participantes y se les entregará una hoja de seguimiento para su peso y monitorear los cambios (ver Apéndice B).
-

2. Se explicará la dinámica de trabajo del taller, así como el establecimiento de los acuerdos mínimos necesarios para una buena convivencia y desarrollo.
3. Se comenzará con una explicación breve sobre el significado de la obesidad y del Índice de Masa Corporal, se calculará el IMC personal.
4. Se realizará una dinámica de integración (Gustos en común) al tiempo que se comparten creencias sobre los factores personales que favorecieron la adquisición y mantenimiento del sobrepeso u obesidad. Se dará retroalimentación y se complementará la información brindada.
5. Se compartirán experiencias con tratamientos previos para bajar de peso y las razones que los llevaron al abandono de estos.
6. Se realizará un balance decisional (ventajas y desventajas) acerca de realizar un cambio de hábitos y de mantenerse sin cambios.
7. Se explicará la definición y características de una meta, se puntualizará una meta personal.
8. Se establecerá la tarea para la siguiente sesión y se pedirá a cada participante la retroalimentación de lo aprendido.

Tarea

Describir las conductas necesarias para cumplir con la meta personal y realizar los cambios precisos para llevarlas a cabo.

Sesión 2. Primeras estrategias

Objetivos

- Adquirir nuevas habilidades para beneficiar la adherencia terapéutica.
 - Diferenciar entre el hambre y las ganas de comer para concientizar la ingesta.
 - Identificar la salud como prioridad actual.
 - Preparar el ambiente para beneficiar mi alimentación.
-

Técnicas

- Psicoeducación
- Registro conductual
- Control de estímulos

Materiales

- Presentación (proyector y laptop/ cartulinas)
- Papel y pluma/lápiz
- Báscula
- Apéndice C

Descripción

1. Se pesará a los pacientes y se les entregará el autorregistro de peso.
2. Se indagará sobre los cambios de conducta que se efectuaron en la semana para beneficiar la pérdida de peso (revisión de la tarea).
3. Se explicará la diferencia entre el hambre y las ganas de comer.
4. Se explorarán las prioridades de cada participante en su vida diaria y se hará hincapié en la salud como prioridad constante.
5. Cada participante adaptará un nuevo horario de actividades y ajustará lo posible en su ambiente para favorecer la adherencia terapéutica.
6. Se establecerá la tarea para la siguiente sesión y se pedirá a cada participante la retroalimentación de lo aprendido.

Tarea

Buscar una dieta saludable que esté sustentada por un profesional de la salud o de ser posible asistir al nutriólogo y comenzar con un registro de alimentación (ver Apéndice C).

Sesión 3. Hábitos de salud

Objetivos

- Reconocer los mitos acerca de la alimentación.
-

- Comprender las razones detrás de los buenos hábitos de salud.
- Contar con nuevas estrategias para aumentar la motivación al cambio y generar nuevos hábitos de salud.

Técnicas

- Psicoeducación
- Autoinstrucciones
- Registro ABC

Materiales

- Presentación (proyector y laptop/ cartulinas)
- Papel y pluma/lápiz
- Báscula
- Apéndice D y E

Descripción

1. Se pesará a los pacientes y se les entregará el autorregistro de peso
 2. Se revisará el registro de alimentación, se comentarán los posibles inconvenientes durante la realización del mismo, así como las dudas surgidas y los avances en el cumplimiento de la meta personal.
 3. Se compartirán el tipo de dietas que han seguido anteriormente los participantes, así como los resultados que han obtenido y comentarán el plan de alimentación que escogieron para el tratamiento actual.
 4. Se explicarán los requisitos que se deben seguir para una alimentación saludable, incluyendo el tipo de alimentos y los horarios, así como los datos que la respaldan. Se conocerá si la dieta escogida cumple con los lineamientos saludables.
 5. Se diferenciará el tipo de ejercicio planeado y no planeado, así como la importancia de realizar ambos.
 6. Se establecerá una rutina personal de ejercicios.
 7. Se realizarán tarjetas de autoinstrucciones explicando su funcionamiento y beneficios de usarlas para mantener o aumentar la motivación.
 8. Se establecerá la tarea para la siguiente sesión y se pedirá a cada participante la retroalimentación de lo aprendido.
-

Tarea

Comenzar con una rutina de ejercicio, continuar con el registro de alimentación (ver Apéndice D). Introducir la relación de los pensamientos con la conducta de alimentación para realizar registro ABC enfocado a los pensamientos sabotadores que dificultan el apego al tratamiento (ver Apéndice E).

Sesión 4. Motivación**Objetivos**

- Reconocer que la motivación puede disminuir.
- Reconocer las principales distorsiones del pensamiento.
- Reestructurar de una forma simplificada una distorsión cognitiva.
- Reconocer los cambios logrados hasta el momento para reforzar la conducta.

Técnicas

- Psicoeducación
- Técnica de las 7 preguntas (Reestructuración cognitiva)

Materiales

- Presentación (proyector y laptop/ cartulinas)
- Papel y pluma/lápiz
- Báscula

Descripción

1. Se pesará a los pacientes y se les entregará su hoja de seguimiento.
 2. Se revisará el registro de alimentación y realización del ejercicio.
 3. Se explicarán las etapas de motivación al cambio del modelo transteórico de DiClemente y Prochaska (1982,1986 en Calado, 2010)
-

4. Se explicará el significado de una distorsión cognitiva, cómo identificarla y aquellas más comunes. Cada participante identificará las distorsiones personales.
5. A partir del registro ABC que realizaron en la semana, ubicarán a qué tipo de distorsión cognitiva se refieren.
6. Se explicará la técnica de las siete preguntas, la cual consiste en preguntas cortas dirigidas a detectar distorsiones cognitivas, sus consecuencias y su modificación.
7. Cada participante escogerá una distorsión cognitiva concreta y se reestructurará en grupo a partir de la técnica de las siete preguntas.
8. Se compartirán y retroalimentarán los cambios logrados.
9. Se establecerá la tarea para la siguiente sesión y se pedirá a cada participante la retroalimentación de lo aprendido.

Tarea

Identificar y registrar las distorsiones cognitivas que se presenten durante la semana y reestructurarlas a partir de la técnica de las siete preguntas.

Sesión 5. Emociones y obesidad

Objetivos

- Conocer las diferencias entre un estado de ánimo y una emoción.
 - Conocer la definición, características y síntomas de la ansiedad.
 - Conocer la definición, características y síntomas de la depresión.
 - Conocer una técnica de relajación.
 - Adquirir una nueva estrategia de autocontrol.
-

Técnicas

- Psicoeducación (Mitos y realidades)
- Técnica de relajación (Respiración diafragmática)
- Técnicas de autocontrol (Distracción cognitiva y conductual)

Materiales

- Presentación (proyector y laptop/ cartulinas)
- Papel y pluma/lápiz
- Báscula

Descripción

1. Se pesará a los pacientes y se les entregará su hoja de seguimiento.
2. Se revisará el registro de alimentación, los avances en el cumplimiento de la meta personal y la reestructuración de las distorsiones cognitivas ocurridas en la semana.
3. Se explicará la relación que tienen las emociones con la conducta, haciendo énfasis en la alimentación.
4. Se compartirán las creencias de los participantes sobre la ansiedad y la depresión y se aclararán explicando su definición, características y síntomas.
5. Se impartirá psicoeducación y entrenamiento en la técnica de relajación (respiración diafragmática) a través del modelado y el moldeado; así como los beneficios de llevarla a cabo como técnica de relajación y de autocontrol.
6. Se realizará un listado de distractores cognitivos y uno de actividades incompatibles como técnicas de autocontrol (de emociones y conductas) acompañado de una explicación de su funcionamiento (ejemplos).
7. Se establecerá la tarea para la siguiente sesión y se pedirá a cada participante la retroalimentación de lo aprendido.

Tarea

Aplicar técnicas en situaciones concretas que necesiten de autocontrol, continuar con el registro de alimentación.

Sesión 6. Solución de problemas

Objetivos

- Reconocer un problema y las circunstancias que lo rodean.
- Entrenar los pasos para solucionar problemas.

Técnicas

- Entrenamiento en Solución de problemas

Materiales

- Presentación (proyector y laptop/ cartulinas)
- Papel y pluma/lápiz
- Báscula

Descripción

1. Se pesará a los pacientes y se les entregará su hoja de seguimiento.
2. Se revisará autorregistro y se indagará sobre las situaciones en las que se aplicaron las técnicas aprendidas en la sesión previa.
3. Se explicará el significado de un problema y las variables de las que depende.
4. En grupo se escogerá un problema concreto enfocado en la alimentación para explicar los pasos de la técnica de Solución de problemas con la participación de todos los integrantes.
5. Cada participante elegirá un problema personal para aplicar la técnica de solución de problemas y se irá corroborando su correcta realización conforme a cada paso.
6. Se establecerá la tarea para la siguiente sesión y se pedirá a cada participante la retroalimentación de lo aprendido.

Tarea

Llevar a cabo la solución del problema para la situación elegida, continuar con el registro de alimentación.

Sesión 7. Prevención de recaídas

Objetivos

- Identificar situaciones que pueden llevar a una recaída.
- Repaso de las estrategias entrenadas y adquiridas durante las sesiones anteriores.

Técnicas

- Reforzamiento

Materiales

- Presentación (proyector y laptop/ cartulinas)
- Papel y pluma/lápiz
- Báscula
- Cuestionarios

Descripción

1. Se pesará a los pacientes y se les entregará su hoja de seguimiento.
2. Se revisará el autorregistro y los resultados obtenidos de la técnica de solución de problemas.
3. Se buscará identificar situaciones personales que pueden conducir a una recaída y se indagará en el grupo las posibles técnicas a utilizar para responder a dicha situación.
4. Se repasarán las estrategias adquiridas a lo largo del taller y se aclararán dudas de los participantes.
5. Se aplicarán inventarios.
6. Se dará el cierre del taller y se solicitará una retroalimentación a los participantes.
7. Se entregarán resultados personales.

Tarea

Encomendar a continuar aplicando las técnicas impartidas en el taller.

Conclusiones, alcances y limitaciones

La obesidad, se puede definir como un exceso de grasa corporal y como tal, es una enfermedad de etiología multifactorial que al mismo tiempo es un factor de riesgo para otras enfermedades (Monereo et al., 2012). Para diagnosticarla, existen diversos métodos, siendo la medición de la altura y el peso, y su relación, la base para obtener el IMC y tener un estimado de nuestra salud corporal global. Su clasificación, que abarca el sobrepeso y los distintos grados de obesidad, nos permiten conocer la gravedad de salud a la que se está expuesto y la urgencia de las medidas que se deben tomar para tratarla.

Desde el ámbito gubernamental y médico-nutricio, se han realizado una diversidad de intervenciones para afrontar la creciente problemática presente en la mayoría de la población, pues en los últimos años se ha documentado que siete de cada diez personas adultas padecen sobrepeso u obesidad, y las cifras en niños y adolescentes aumentan exponencialmente, lo que resulta en un pronóstico de salud alarmante (OMENT, 2016). Además, estas intervenciones no se han dado abasto o no se ha logrado el éxito esperado.

El abordaje psicológico ofrece una manera integral de dar solución a las dificultades que representa cambiar el estilo de vida para mejorar la salud, pues la falta de adherencia a un tratamiento muchas veces es lo que complica su efectividad. Esto sucede porque la información con la que contamos sobre la enfermedad puede no ser suficiente o adecuada, lo cual se refleja en nuestra manera de pensar, sentir y comportarnos.

Distintos enfoques psicoterapéuticos se han interesado en extender su alcance para abordar la obesidad, ya sea desde un tratamiento psicodinámico,

psicoterapia interpersonal, conductual, entre otras. Hasta el momento, el corte cognitivo-conductual ha sido el que obtiene mejores resultados, pues resalta lo que se debe modificar, ya sea respecto a nuestra manera de pensar o actuar, y nos muestra cómo hacerlo, logrando una pérdida de peso segura al mejorar nuestros hábitos de salud (Denia, 2014).

El taller que se propone en este trabajo considera la información investigada y expuesta acerca del tema, con el fin de coadyuvar en el tratamiento de la obesidad. Además, el abordaje grupal ha resultado eficaz tanto por el apoyo social como por una mejor relación costo-efecto comparada con sesiones individuales (Vera, 2016), sin embargo, se toman en cuenta las limitaciones que se pueden encontrar durante el proceso de la intervención, las cuales se presentarán a continuación.

Se buscó realizar un taller de breve duración esperando resultados a corto plazo para tratar de evitar la deserción, no obstante, no hay garantía de que todos los participantes se comprometan a asistir a todas las sesiones. Aunado a lo anterior, dependiendo de la evolución del grupo, puede ser necesario que algunas sesiones requieran profundizar o rectificar algunos términos o técnicas propuestas, lo que podría conllevar a que el taller se alargue, sin embargo, se considera importante dar el tiempo necesario para que la información y las técnicas queden claras.

Continuando con esta línea, para lograr la modificación de hábitos, habrá que tratar en la medida de lo posible, dar un seguimiento a cada participante para cerciorarse que están comprendiendo y realizando las actividades a través de la

participación durante el taller y por medio de la revisión del cumplimiento de las tareas.

Debido a que se busca tener el mayor alcance de población beneficiada, se le puede ofrecer al participante reponer alguna sesión de manera individual o en su caso, retomar de nuevo el taller con el siguiente grupo de intervención. En algunos casos puede ser conveniente firmar un contrato conductual si un integrante no está cumpliendo con la asistencia o las actividades. Además, hay que tener en cuenta que habrá factores externos o extraños que influyan en el grado de efectividad del taller, por lo que deberán considerarse al momento de su aplicación.

Por último, hay que recalcar que el responsable de impartir el taller deberá contar con habilidad para el manejo de grupos, si todos los integrantes participan y se lleva la interacción con orden y respeto, se potenciarán los resultados de la intervención. Es importante tener presente que a pesar de que el taller tiene una estructura, se tome en cuenta que cada persona y cada grupo tendrá una forma distintiva de participar, por lo que hay que ser flexible al impartir el taller, si hay algún tema que interese y sea pertinente para el tratamiento, dar un espacio para solventar dudas y solucionar problemas.

Referencias

- Baile, J. I. y González, M. J. (2013). *Intervención psicológica en obesidad*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Barrera-Cruz, A., Ávila-Jiménez, L., Cano-Pérez, E., Molina-Ayala, M. A., Parrilla-Ortiz, J. I., Ramos-Hernández, R. I., ...Gutiérrez-Aguilar, J. (2013). Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 51(3) 344-375. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133u.pdf>
- Calado, M. (2010). *Trastornos alimentarios. Guías de psicoeducación y autoayuda*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Caravali-Meza, N. Y., Bacardí-Gascón, M., Armendariz-Anguiano A. L. y Jiménez-Cruz, A. (2016) Validación del Cuestionario de Actividad Física del IPAQ en Adultos Mexicanos con Diabetes Tipo 2. *Journal of Negative and No Positive Results*, 1(3) 93-99. doi: 10.19230/jonnpr.2016.1.3.1015
- Carrasco, M. J. (2008). Técnicas de autocontrol. En Labrador, F. J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 379-444). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Dávila-Torres, J., Gonzáles-Izquierdo, J. J. y Barrera-Cruz, A. (2015). Panorama de la obesidad en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 53(2), 240-249. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152t.pdf>

- Del Campo, J. M., González, L. y Gámez, A. (2015). Relación entre el índice de masa corporal, el porcentaje de grasa y la circunferencia de cintura en universitarios. *Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes*, 23(65), 26-32. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/674/67443217004.pdf>
- Denia, M. (2014). Grupos terapéuticos en el tratamiento de la obesidad del adulto. En Morandé, G., Graell, M. y Blanco, M. A. (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral* (pp. 572-576). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Díaz, G., Souto-Gallardo, M. C., Bacardí, M. y Jiménez-Cruz, A. (2011). Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. *Nutrición hospitalaria*, 26(6), 1250-1255. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309226774009>
- El Poder del Consumidor, A. C. (2012). El fin del Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria (ANSA) y la necesidad de una ley y política integral de combate a la obesidad. Recuperado de <https://www.elpoderdelconsumidor.org/wp-content/uploads/Documento-ANSA.pdf>
- Esquivias-Zavala, H., Reséndiz-Barragán, A. M., García, F. y Elías-López, D. (2016). La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud mental*, 39(3) 165-73. doi:10.17711/SM.0185-3325.2016.015

- Ezquerro, M. y Buceta, J. M. (2008). Ejercicio físico en la intervención psicológica. En Labrador, F. J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 691-714). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- García, A. J. y Creus, E. D. (2016). La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3). 1-13. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v32n3/mgi06316.pdf>
- García, V., Correas, J., Quintero, J., García C. y Chinchilla, A. (2003). Aspectos clínicos de la obesidad. En Chinchilla, A. (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones* (pp. 253-266). Barcelona, España: MASSON, S.A.
- Gómez, J.A., González, J., Calcedo, G., Carral, L. y González, B. (2017). Prevención conjunta de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. En Ruíz, P. M., Velilla, J. M. y González, E. (Dir.) *Buenas prácticas en la prevención de trastornos de la conducta alimentaria* (pp. 355-369). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Gómez-Candela, C. y Palma, M. (2014). Principios generales de tratamiento de la obesidad en el adulto. En Morandé, G., Graell, M. y Blanco, M. A. (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral* (pp. 561-564). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Gómez-Candela, C. y Palma, M. (2014). Tratamiento dietético de la obesidad del adulto. En Morandé, G., Graell, M. y Blanco, M. A. (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral* (pp. 561-564). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

- Guillén, R. S. (2014). Formación del psicólogo en el estudio y atención de la obesidad. En Guillén, R. S. (Ed.), *Psicología de la obesidad: esferas de vida: multidisciplina y complejidad* (2ª ed., pp. 95-108). México: Manual Moderno.
- Guisado, J. A. y Escudero, A. B. (2014). Tratamiento farmacológico de la obesidad del adulto. En Morandé, G., Graell, M. y Blanco, M. A. (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral* (pp. 569-572). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Hernández, E. (2012). Fisiopatología de la obesidad. En Hurtado, M. y Riveros, R. (Ed.), *La obesidad. Un nuevo horizonte para su manejo* (pp. 17-37). Bogotá, Colombia: Editorial Universidad del Rosario.
- Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140(2) 27-32. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2004/gms042d.pdf>
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3) 26-31. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/706
- Kaufer, M (2014). Estrategias de prevención de obesidad infantil: una mirada a vuelo de pájaro. En Guillén, R. S. (Ed.), *Psicología de la obesidad: esferas de vida: multidisciplina y complejidad* (2ª ed., pp. 127-137). México: Manual Moderno.

- Labrador, F. J. (2008). Técnicas de control de la activación. En Labrador, F. J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 199-223). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Larroy, C. (2008). Entrenamiento en autoinstrucciones. En Labrador, F. J. (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 453-459). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Maldonado, E. (2014). *Propuesta de intervención cognitivo-conductual y modificación de estilo de vida en la obesidad* (tesina de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2014/junio/0714829/Index.html>
- Martínez-Munguía, C. y Navarro-Contreras, G. (2014). Factores psicológicos, sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil y juvenil en México. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(S1), 94-101. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=49414>
- McLaren, D. S., y Meguid, M. M. (1993). *La nutrición y sus trastornos*. (2da ed.). México: Editorial Manual Moderno.
- Mendivil, C. (2013). Epigenética, nutrigenómica y obesidad. En Mockus, I. y Trujillo, M. L., (Ed.), *Obesidad y enfermedades asociadas* (pp.53-60). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Miltenberg, R. G. (2017). *Modificación de conducta. Principios y procedimientos* (5ª ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Mockus, I. y Trujillo, M. L., (2013). Regulación del apetito y obesidad. En Mockus, I. y Trujillo, M. L., (Ed.), *Obesidad y enfermedades* (pp. 77-87). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Monereo, S., Iglesias, P. y Guijarro, G. (2012). *Nuevos retos en la prevención de la obesidad: tratamientos y calidad de vida*. Bilbao, España: Fundación BBVA.
- Morandé, G., (2014). Obesidad: Aspectos generales. En Morandé, G., Graell, M. y Blanco, M. A. (Ed.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral* (pp. 485-488). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Observatorio Mexicano de Enfermedades No Transmisibles. (2016). *Cifras de Sobrepeso y Obesidad en México-ENSANUT MC 2016*. Recuperado de <http://oment.uanl.mx/cifras-de-sobrepeso-y-obesidad-en-mexico-ensanut-mc-2016/>
- Ogden, J. (2005). *Psicología de la alimentación*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Perea-Martínez, A., López-Navarrete, G., Padrón-Martínez, M., Lara-Campos, A., Santamaría-Arza, C., Ynga-Durand, M. A., ... Ballesteros-del Olmo, J. C. (2014). Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta pediátrica de México*, 35(4), 316-337. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/apm/v35n4/v35n4a9.pdf>
- Prior, D. C. (2008). *Obesidad central, porcentaje de grasa corporal y enfermedad periodontal en pacientes con Diabetes tipo 2 de la Clínica de Diabetes de Actopan, Hidalgo* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. Recuperado de

https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/icsa/licenciatura/documentos/Obesidad%20central,%20porcentaje%20de%20grasa%20corporal.pdf

Rehm, L. P. (1993). Métodos de autocontrol. En Caballo, V. E. (Comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2da ed., pp. 655-683).

Madrid, España: Siglo XXI España Editores S. A.

Reséndiz, A. B., Hernández, S. V., Sierra, M. A. y Torres, M. (2015). Hábitos de alimentación de pacientes con obesidad severa. *Nutrición Hospitalaria*, 31 (2), 672-681. doi: <http://dx.doi.org/10.3305/nh.2015.31.2.7692>

Reyes, E., Cárdenas, E. M., García, K. L., Aguilar, N. C., Vázquez, J., Díaz, A., ... Palacios, L. (2009). Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental*, 32(1), 343-350. Recuperado de

<https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2009/sams091h.pdf>

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218. Recuperado de

<https://biblat.unam.mx/es/revista/revista-mexicana-de-psicologia/articulo/version-mexicana-del-inventario-de-ansiedad-de-beck-propiedades-psicometricas>

Rojas, A.T. y García-Méndez, M. (2016). Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación –e Avaliação Psicológica*, 3(45), 85-95. doi:

<https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.07>

- Rubio, A. F. y Narváez, J. L. (2017). Hipertensión en el paciente obeso. *Archivos en Medicina Familiar*, 19(3). 69-80. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2017/amf173d.pdf>
- Saldaña, C. y Rossel, R. (2000). *Obesidad*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca, S.A.
- Santacreu, J. (1993). El entrenamiento en autoinstrucciones. En Caballo, V. E. (Comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (2da ed., pp. 607-626). Madrid, España: Siglo XXI España Editores S. A.
- Secretaría de Salud. (2010). Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado de: <http://activate.gob.mx/Documentos/ACUERDO%20NACIONAL%20POR%20OLA%20SALUD%20ALIMENTARIA.pdf>
- Secretaría de Salud. (2013). Programa de Acción Específico. Prevención y Control de la Obesidad y Riesgo Cardiovascular 2013-2018. Recuperado de: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PrevenccionControlObesidadRiesgoCardiovascular2013_2018.pdf
- Sierra, M. A. (2013). El rol del psicólogo en el equipo interdisciplinario de cirugía bariátrica. *Interdisciplinaria*, 30(2), 191-199. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18029870001>
- Sorlí, J. (2008). *Obesidad y alteraciones metabólicas: Factores genéticos y ambientales en población mediterránea* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia, España. Recuperado de <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/10083/sorli.pdf?sequence=1>

- Tamayo, D. y Restrepo, M (2014). Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6 (1), 91-112.
Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4947506.pdf>
- Taylor, S. E. (2007). *Psicología de la salud* (6ta ed.). México: McGraw Hill.
- Vera, S. (2016). Propuesta de intervención psicológica y de acondicionamiento físico para mujeres con obesidad (tesis de pregrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México. Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2016/noviembre/0752994/Index.html>

Apéndices

Apéndice A

Consentimiento informado

En el marco de la promoción del cuidado de la salud, se está llevando a cabo una serie de talleres para la población adulta que esté interesada en un tratamiento psicológico para sobrepeso y obesidad.

Usted recibirá en este taller información sobre estos padecimientos, se le brindará orientación sobre una alimentación y ejercicio adecuado y sobre el papel que juegan las emociones en nuestra alimentación. Se le enseñarán técnicas conocidas como **cognitivo-conductuales**, las cuales nos ayudarán a conocer lo que debemos cambiar y cómo hacerlo para alcanzar un estilo de vida más favorable.

A lo largo de siete sesiones semanales, de una duración aproximada de dos horas, se le pedirá su participación constante, pues se realizarán actividades y se le asignarán tareas que reforzarán lo aprendido. Una de las formas en las que usted verá resultados será a través de la medición del peso que se realizará en cada sesión, además de que monitoreará sus propios cambios respecto a alimentación y ejercicio. Ninguna de estas actividades supondrá un riesgo para su integridad.

Antes de comenzar el taller y al finalizar las sesiones, se le pedirá contestar una serie de cuestionarios que nos ayudará a medir la efectividad del taller. Los datos y la información obtenida serán totalmente confidenciales y utilizados estrictamente con fines académicos. El psicólogo(a) responsable estará disponible para la aclaración de dudas durante toda la intervención y si lo desea, podrá solicitar la devolución de resultados.

Después de haber leído el presente documento, y si está de acuerdo en participar, coloque fecha, nombre y firma a continuación. De antemano agradecemos su tiempo y colaboración.



Fecha, nombre y firma del participante

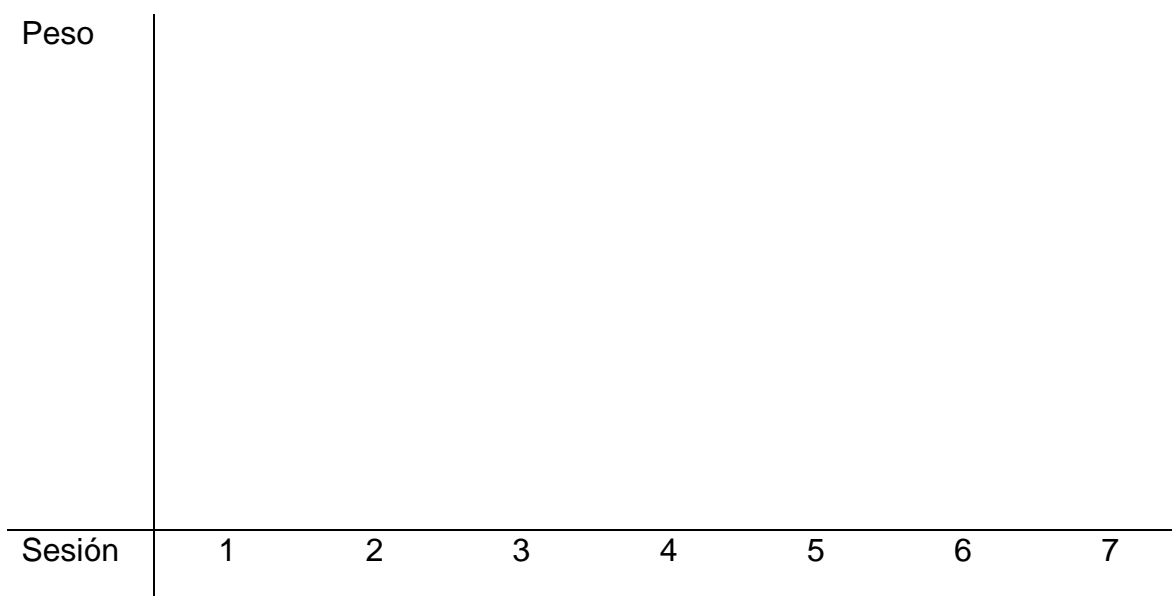
Fecha, nombre y firma del psicólogo(a) responsable

Apéndice B

Seguimiento de cambios.

Nombre: _____

Fecha	¿Qué tan saludable considero mi alimentación de la semana? Anota el porcentaje	¿Cómo me siento hoy?  _____  10 5 0



Apéndice C

Autorregistro.

Vas a llevar a cabo un registro de alimentación, para esto te recomiendo que lleves contigo algo dónde anotar durante el día, puede ser una hoja de una libreta en tu bolsillo, una libreta o utilizar tu celular.

Deberás apuntar cerca de tu hora de consumo para que no olvides nada, anota **TODO** lo que comas durante el día sin importar la hora en que lo hagas, trata de ser lo más específico que te sea posible incluyendo todos los ingredientes que contengan tus comidas o guisos. Este registro deberás hacerlo todos los días de la semana. Te puedes guiar con el siguiente ejemplo.

Recuerda: No omitas, añadas o modifiques algo en el registro de tus alimentos, con esta información, podremos comenzar con el cambio de hábitos.

Día de la semana	Hora	Alimentos
Lunes	7:00	1 taza de cereal con 250 ml. de leche y una manzana.
	11:00	6 galletas de chocolate.
	4:00	Un muslo de pollo cocido con 1 taza de calabaza, 1 taza de champiñones en salsa verde, ½ taza de arroz y ½ taza de frijoles. 500ml de agua de jamaica sin azúcar.
	9:00	2 quesadillas: cada una con ½ taza de chicharrón prensado, con 10ml de crema, 50gr de queso Oaxaca, ¼ de taza de lechuga y 30ml de aceite.
Martes	7:00	...

Apéndice D

Autorregistro (continuación).

Ahora, añadirás un par de columnas a tu registro de alimentación (Apéndice 2) para anotar las ocasiones en que realices actividad física durante el día.

Escribe la hora y duración en la que lleves a cabo tu actividad física, es decir, cuánto tiempo empleaste para realizarla; si haces ejercicio más de una vez al día, asegúrate de que todas queden registradas.

Para monitorear esta actividad, igual que en tu registro de alimentación, deberás apuntar de manera específica tu ejercicio. No olvides que cuando no lleves a cabo una actividad, el espacio quedará en blanco.

Te presento un ejemplo a continuación.

Día de la semana	Hora de consumo	Alimentos	Hora de ejercicio	Ejercicio
Lunes	19:00-19:30	20 min. De caminata 10 abdominales 10 lagartijas 10 sentadillas
Martes		

Apéndice E

Registro ABC o Registro de Pensamientos.

Te recomiendo llevar contigo una hoja dónde anotar, pues los pensamientos pueden aparecer cuando menos esperas.

A lo largo del día puedes encontrarte en una situación que te haga dudar sobre los cambios de hábitos que quieres lograr, y en ese momento pueden aparecer pensamientos que te dificulten seguir tu tratamiento.

En la columna **A**, deberás anotar este tipo de situaciones de manera clara, en la columna **B** los pensamientos que surgieron, y en la columna **C** lo que esto causó en ti, es decir, cómo te hizo sentir y lo que hiciste como resultado.

A continuación, te presento un ejemplo.

A Situación	B Pensamiento	C Consecuencias (Emoción y conducta)
Es el cumpleaños de una compañera de trabajo y llevaron pastel y chilaquiles a la oficina para festejarla.	“No debería comer, traigo mi comida” “¿Cómo voy a rechazarla? Es de mala educación”	Sucumbí a la tentación y me comí lo que me ofrecieron, pero luego me sentí frustrada y triste por hacerlo.
Subirme a la báscula