



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Instrumentos de evaluación que identifican comportamientos,
manifiestos y privados en niños con obesidad"

T E S I N A ▾

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA ▾

P R E S E N T A (N)

Irma Tatiana Alvarado Ibáñez

TUTOR DE TESINA

Lic. ▾ Marco Vinicio Velasco del Valle



Los Reyes Iztacala, Edo de México,

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.

Agradecimientos

Gracias a mi padre por su apoyo y gracias mamá por tu apoyo incondicional en todas y cada una de mis experiencias en la vida, por ser mi guía, mi soporte y ser un incomparable ser humano.

Gracias a mis hermanos Verónica y Salvador por todos los momentos inolvidables de alegría, tristezas, enojos que hemos compartido juntos.

Gracias a Javier Haro, por ser mi compañero y parte fundamental de mi vida al compartir tantos momentos juntos, tu apoyo incondicional se ve reflejado en este trabajo.

Gracias a mi hija Sofía Ximena Haro Alvarado, simplemente por existir y ser mi motor de vida, te amo con toda mi alma, mi niña hermosa.

Gracias a mi asesor el Lic. Vinicio del Valle por su calidez, guía, tiempo y orientación en este proyecto.

RESUMEN

La obesidad infantil es un problema de salud que es multifactorial, resultado de la combinación de causas hormonales, genéticas, ambientales y conductuales que intervienen en el individuo. Algunos factores psicológicos desencadenantes son la ansiedad, la depresión, sentimiento de soledad, estrés y las consecuencias pueden ser varias entre ellas la baja autoestima.

Con el paso del tiempo y desde el marco teórico para el cuidado de la salud, crearon un modelo llamado biopsicosocial que tuviera en cuenta en un mismo nivel los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad.

La terapia cognitiva se basa en el aprendizaje social, la mezcla cognitivo conductual surgió como resultado de no considerarse dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de los eventos privados; los sentimientos y los pensamientos.

Se recomienda la terapia Cognitivo Conductual ya que suele basarse en un enfoque de experiencias conectando habilidades de afrontamiento a acciones concretas, y suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada.

Algunas estrategias que se han utilizado en la obesidad infantil son la prevención, dieta, actividad física y psicoterapia. Algunas técnicas Cognitivo Conductuales utilizadas en niños son el modelamiento, modelamiento encubierto, reestructuración racional, inoculación al estrés, entre otras.

Ahora bien, en el presente trabajo tiene como objetivo integrar los diferentes tipos de instrumentos de evaluación que identifican comportamientos, manifiestos y privados en niños con obesidad, con un bagaje Cognitivo Conductual.

ÍNDICE

Resumen.

Índice.

Introducción.....4

CAPÍTULO I.

Historia de la psicología y su relación con la salud.....9

1.1 Antecedentes de la historia de la psicología.....9

1.2 Definición de la psicología de la salud.....15

CAPÍTULO II.

Enfoque Cognitivo Conductual en la Psicología.....20

2.1 Antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual.....20

2.2 Definición.....24

2.3 Objetivos.....26

2.4 Alcance.....28

CAPÍTULO III.

Perspectiva Cognitivo Conductual en los trastornos alimentarios.....30

3.1 Definición de Obesidad.....30

3.2 Obesidad infantil.....31

3.3 Clasificación y criterios de diagnóstico.....31

3.4 Causas.....33

3.5 Factores de Riesgo.....34

3.6 Factores Psicológicos.....35

3.7 Consecuencias Psicológicas.....	37
3.8 Tratamiento.....	38
3.9 Técnicas Cognitivo Conductuales.....	40

CAPÍTULO IV.

Identificación, integración y contrastación de Instrumentos de Evaluación Psicológica en niños con obesidad Infantil.....	44
4.1 Entrevistas.....	44
4.2 Cuestionarios.....	45
4.3 Auto-observación Sistemática.....	45
4.4 Estudios Realizados.....	46
4.4.1 Estudio realizado en Chile en 2013.....	46
4.4.2 Estudio realizado en Reporte de Trabajo Profesional en (2004).....	47

CAPÍTULO V.

Conclusiones.....	48
Referencias.....	51
Anexos.	

INTRODUCCIÓN

Historia de la psicología y su relación con la salud

Para hablar de la historia de la psicología es necesario remontarse a la edad antigua con los filósofos clásicos como Sócrates y Platón quienes realizaron aportaciones que serían claves para el desarrollo de la psicología.

En sus orígenes, la psicología era vista principalmente como una rama de la filosofía y como tal, era considerada como una disciplina especulativa; no es sino hasta 1879 con los primeros trabajos de W. Wundt que empieza a tomar los rasgos característicos de una ciencia experimental. La fisiología experimental en su avance, se enfrentó a fenómenos que, aún cuando eran producidos dentro de y por los órganos del cuerpo, no podían ser explicados por los métodos de ese entonces, lo cuál les indujo a estudiar las sensaciones y las percepciones.

Se puede destacar que dos tendencias de investigación que más influyeron, fueron el estudio sobre el aprendizaje humano que permeó toda la investigación de tipo experimental y aplicado con un enfoque teórico conductual, y el psicodiagnóstico que influyó enormemente sobre la psicopedagogía y sobre la actividad clínica, a tal grado que en la actualidad se emplea todo tipo de pruebas y diagnósticos de evaluación que son los instrumentos con los que se identifica al psicólogo.

Gracias a los esfuerzos por alcanzar un nuevo horizonte integrador para facilitar la comprensión del mayor número posible de fenómenos de la complejísima realidad psicológica existe una diversidad de estudios como el conocimiento conductista, el psicoanálisis, los estudios cognitivos entre otros; donde el rigor científico sigue existiendo, con el espíritu crítico y abierto a la ciencia, como es el caso de la psicología en el campo de la salud.

Para la Asociación Estadounidense de Psicología (APA por sus siglas en inglés) la Psicología de la salud es: "la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como el análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud." (Pérez Lovelle, R, 2002).

Definir la salud es difícil, pronto los psicólogos, una vez que comenzaron a realizar intervenciones clínicas a partir de la Segunda Guerra Mundial, y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas “mentales” tienen conexos de tipo físico. De este modo, la medicina iba paulatinamente asumiendo esta idea, favoreciéndose con el tiempo el que se superase en parte la dicotomía físico-mental o mente-cuerpo planteada por Descartes. La aparición de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma permitieron en unos años este cambio y esta asunción que desembocaría en la aparición de la medicina comportamental y de la Psicología de la Salud (Oblitas, 2007).

Enfoque Cognitivo Conductual en la Psicología

Dentro de las teorías de aprendizaje, existe el enfoque cognitivo conductual, misma que se caracteriza por ser una disciplina interesada en estudiar el comportamiento humano y su interacción con el medio ambiente. La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Friedberg & Mc Clure, 2005).

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual Mahoney, 1974, Meichenbaum, 1977, Goldfried, 1976, Kazdin y Wilson, 1978 han proporcionado una base teórica más firme sobre la cual continuar trabajando en esta área citado en (Beck, et, al, 2008).

La terapia cognitivo conductual surge a partir de dos corrientes de pensamiento en psicología; la aproximación cognoscitiva y la conductual, identificada ésta última con la teoría del condicionamiento. De acuerdo con Mahoney, (1974), la mezcla cognitivo conductual surgió como resultado de no considerarse, dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de los eventos privados; los sentimientos y los pensamientos.

El objetivo general de esta terapia es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de sí mismo y mejorar el autocontrol en base a desarrollar habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. De esta manera el proceso ayuda a desplazarse de un ciclo disfuncional a otro ciclo más funcional (citado en Stallard, 2007).

La Terapia Cognitivo Conductual domina la práctica y la investigación clínica en gran parte del mundo. En Argentina comienza a desarrollarse en los últimos años; mientras que su expansión en otros países de América Latina se manifiesta con más vigor. Las investigaciones realizadas han ido proporcionando pruebas convincentes de su eficacia, siendo la estrategia más empleada para depresión, ansiedad, obesidad entre otras.

Perspectiva Cognitivo Conductual en los desórdenes alimentarios

Chinchilla (2003), define la obesidad como una “enfermedad crónica”, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. La obesidad es un exceso de adiposidad, generalmente con aumento de peso que pone en riesgo la salud del individuo.

La Secretaria de Salud menciona que anteriormente la obesidad era un problema de salud, que solo la padecían los adultos y escasamente se presentaba en niños, sin embargo hoy en día la obesidad infantil afecta a miles de niños en todo el mundo y un niño obeso tiene un 80% de probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, que de alguna manera ocasionarán serias consecuencias físicas, orgánicas y psicológicas a sus vidas.

La obesidad es multifactorial, resultado de la combinación de causas hormonales, genéticas, ambientales y conductuales que intervienen en el individuo. Algunos factores psicológicos desencadenantes son la ansiedad, sentimiento de soledad, estrés o baja autoestima.

También Gómez (1998), refiere que la satisfacción e insatisfacción corporal depende del cuerpo percibido, lo que puede ser diferente de la realidad objetiva del cuerpo y de la promoción del cuerpo ideal por lo que propone la hipótesis de que la satisfacción o insatisfacción con el cuerpo media la interacción entre cuerpo percibido y los trastornos alimentarios.

La obesidad infantil se está convirtiendo en un problema de primera magnitud en nuestras sociedades. Cientos de miles de familias están en una lucha constante para que sus miembros más jóvenes regulen y controlen sus hábitos alimentarios. En este contexto, la figura del psicólogo se está convirtiendo una figura indispensable para conseguir un cambio real y duradero.

Hoy en día la obesidad infantil afecta a miles de niños en todo el mundo, colocándose por arriba de las cifras de los adultos. Esto debido al estilo de vida del ser humano, motivo por el cual también se han modificado los hábitos alimenticios.

La obesidad es uno de los desórdenes alimenticios que mantiene mayor incidencia, prevalencia y reincidencia a nivel mundial por lo que a diferencia de ser controlada, ha tendido a mantenerse por una serie de diversos factores entre los cuales Tavano (1995) menciona que pueden ser socioeconómicos, raciales, o relacionados al estilo de vida.

Stone (1979); cit. En Roa, 1995) dice que al hablar de la psicología de la salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión intervención en diferentes ramas del sistema de salud.

Así mismo expone que la psicología de la salud es el conjunto de aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología dirigidas a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema de salud y la formación en política sanitaria.

La obesidad es multifactorial, resultado de la combinación de causas hormonales, genéticas, ambientales y conductuales que intervienen en el individuo.

Para Chinchilla (2003), la causa de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la que se pueden influir componentes hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida y una serie de factores sociológicos.

Para Casademunt (2005), los factores psicológicos o emocionales tienen mucho que ver con las manifestaciones del cuerpo; ya que una persona alegre, tranquila y relajada tiene menos posibilidades de padecer una enfermedad que una persona tensa o deprimida, como es el caso de la obesidad infantil.

Los problemas psicológicos o consecuencias psicológicas a los que se enfrenta un niño obeso son diversas, tales como: baja autoestima, depresión, ansiedad, estrés entre otros. La estrategia que

debe ser utilizado en la obesidad infantil es: la prevención, dieta, actividad física y psicoterapia.

De acuerdo a Friedberg & Mc Clure (2005), en la actualidad para modificar la conducta también es indispensable cambiar los pensamientos, pues éstos, según se piensa contribuyen a los problemas del paciente por ello las técnicas que a continuación se mencionan tienen orientación cognoscitiva en la terapia conductual, como son: Modelamiento, modelamiento encubierto, reestructuración racional, entre otras.

Identificación, integración y contrastación de Instrumentos de Evaluación Psicológica en niños con obesidad Infantil.

Con lo que respecta al método de intervención se proponen dos estrategias psicológicas:

- 1) El análisis conductual aplicado, en el cual refieren (Mahoney y Mahoney 1995) que se realizan manipulaciones de eventos antecedentes y consecuentes a una respuesta establecida según los principios del aprendizaje, utilizando estrategias de auto-control.
- 2) Las estrategias cognoscitivas, promueven el cambio de las estructuras del pensamiento, en función de la alteración de las atribuciones que se dan a los eventos que anteceden y acontecen, de las ideas irracionales que causan y mantienen disturbios emocionales, de las escenificaciones cognitivas involucradas en la promoción de los hábitos inadecuados, de las actitudes y de las falsas creencias.

Ahora bien, para determinar con mayor precisión la participación del psicólogo de la salud en lo relacionado a las estrategias de evaluación e intervención, en el presente trabajo se expone instrumentos de evaluación psicológica en niños con padecimientos de obesidad infantil.

HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

1.1 Antecedentes de la historia de la psicología.

La historia de la psicología empieza en el siglo IV antes de Cristo con Aristóteles quien fue el primer filósofo de la ciencia. En esa época se creía que existían dos mundos: el mundo de las ideas (un mundo perfecto, irreal) y el mundo de la materia (el real, el imperfecto). Aristóteles consideraba la naturaleza como algo sagrado. Para Aristóteles la mente o psique es el acto primero de todas las cosas, es lo que hace posible que sintamos y percibamos. Existen además, tres tipos de psique: vegetativa (de las plantas), sensitiva (de los animales) y racional (del hombre). Mueller, (1963).

Los fundamentos filosóficos de la psicología tienen un carácter subjetivo, ya que antiguamente todas las concepciones relacionadas con el ser humano se encontraban revestidas de un carácter espiritual, sagrado y trascendente. Caparrós (1990) señala al respecto que, aún aceptando que el cuerpo humano es una realidad material, el hecho es que todas las tendencias e instituciones han depositado el psiquismo de el hombre en un alma espiritual sagrada y alejada de la materia.

Muchos años después René Descartes, uno de los filósofos que está más directamente vinculado a lo que es la psicología actual, fue el primer gran dualista entre los filósofos, ya que fue el primero que hizo una clara diferenciación entre mente y cuerpo y la interacción que entre ellos existe. Para Descartes la mente es lo que piensa, la ubicación principal de esta actividad está en el cerebro y podía no ocupar un espacio físico. El cuerpo, por otra parte, era una "sustancia extendida", claramente objetiva, mecánica en su acción y que obedecía a todas las leyes conocidas de lo inanimado. Según Descartes para fundar el conocimiento, menciona que son necesarias las imágenes y las percepciones de ellas. Estas percepciones se encuentran referidas en forma diferente, unas por pertenecer a las percepciones del alma y que se refiere a la actividad voluntaria o imaginaria, y aquellas otras que tienen al cuerpo por causa, (Mueller, 1963).

A lo largo del tiempo destacan cinco líneas principales del desarrollo del pensamiento científico: la primera de ellas representada por los nombres de fisiólogos alemanes Helmholtz, Weber, Fechner y por el holandés Donders, se halla vinculada al análisis experimental y matemático de las sensaciones y de los actos motores, de la sensibilidad y de la reactividad del organismo. Los resultados de esta orientación fueron la base del primer programa de psicología experimental realizado por Wundt.

Es importante señalar que en sus orígenes, la psicología era vista principalmente como una rama de la filosofía y como tal, era considerada como una disciplina especulativa; no es sino hasta 1879 con los primeros trabajos de W. Wundt que empieza a tomar los rasgos característicos de una ciencia experimental y centra su interés en los procesos internos del organismo a partir del reflejo de la experiencia exterior inmediata. La fisiología experimental en su avance, se enfrentó a fenómenos que, aún cuando eran producidos dentro de y por los órganos del cuerpo, no podían ser explicados por los métodos de ese entonces, lo cuál les indujo a estudiar las sensaciones y las percepciones.

La segunda línea proviene de la teoría evolucionista de Darwin quien produjo profundas transformaciones en las ciencias, pensaba que la función principal de la conciencia es elegir, orientándose siempre hacia un fin, el primero de los cuales es la supervivencia mediante la adaptación al medio ambiente.

El líder de la tercera orientación fue otro inglés, Galton, quien introdujo y elaboró los métodos estadísticos utilizados para investigar los problemas de las diferencias individuales entre las personas. La cuarta línea se le adjudica al estudio de la neurosis y del hipnotismo, que siguieron sobre todo los neurólogos franceses; y por último, la quinta línea fue creada por el "padre de la fisiología rusa" Ivan Sechenov médico y fisiólogo, se interesó por conocer lo que llamó los reflejos del cerebro quien presentó un nuevo sistema de ideas psicológicas apoyándose en la teoría del reflejo, por él transformada.

Según Yaroshevsky (1979) cada una de estas líneas aportó su granito de arena en la elaboración de las categorías que "habiéndose transformado la realidad psíquica en objeto de conocimiento científico, también determinan el pensamiento del investigador contemporáneo".

Así mismo, se puede destacar que las dos tendencias de investigación que más influyeron, fueron el estudio sobre el aprendizaje humano que permeó toda la investigación de tipo experimental y aplicado con un enfoque teórico conductual, y el psicodiagnóstico que influyó enormemente sobre la psicopedagogía y sobre la actividad clínica, a tal grado que en la actualidad se emplea todo tipo de pruebas y diagnósticos de evaluación y son los instrumentos con los que se identifica al psicólogo.

Dentro de las teorías de aprendizaje, existe el enfoque cognitivo conductual. La psicología cognitivo-conductual se caracteriza por ser una disciplina interesada en estudiar el comportamiento humano y su interacción con el medio ambiente. Dicha interacción involucra al hombre y a su contexto en una relación multidireccional en la que el hombre modifica al ambiente y el ambiente modifica al hombre.

La psicología cognitiva-conductual es una disciplina que, al igual que otras áreas del conocimiento humano, evoluciona constantemente, si en los primeros enfoques conductuales el componente cognitivo de la conducta se trataba de evitar, en la actualidad hay tendencias dentro de esta corriente que lo contemplan (Mahoney, 1983), pero no como en las aproximaciones de la escuela de psicología dinámica, sino como una respuesta más del sujeto ante el ambiente a nivel de conducta encubierta. La ciencia cognitiva es una disciplina creada a partir de la búsqueda de la comprensión "de la mente humana", de la inteligencia, del pensamiento; una ciencia centrada en el conocimiento y sus usos.

Hoy en día los límites entre los diferentes modelos existentes se han flexibilizado y se puede observar el esfuerzo por alcanzar un nuevo horizonte integrador, dejando a un lado rivalidades y aceptando la diversidad de perspectivas en función de su verdad, utilidad, complementariedad y capacidad para facilitar la comprensión del mayor número posible de fenómenos de la complejísima realidad psicológica. No obstante, esa diversidad sigue ahí, el conocimiento de conductistas, psicoanalistas, cognitivos, entre otras; donde el rigor científico sigue existiendo, con el espíritu crítico y abierto a la ciencia, como es el caso reciente de la psicología en el campo de la salud. (Latorre y Beneit, 1992).

La Psicología de la salud es muy joven y a partir de la década de los 50's, es cuando se empieza a considerar la relación entre psicología y el modelo médico; pero es en la década de los 70's,

cuando se encuentra una línea más adecuada al nuevo campo de estudio, la cual fue aceptada en 1978 por la American Psychological Association y clasificada por Matarazzo, (1980,1995), como Psicología de la Salud, ésta se define como "El conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de la etiología y diagnóstico correlacionados a la salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas". Igualmente "La salud comportamental es un campo interdisciplinario dedicado a promocionar una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamentales y biomédicas para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción mediante una variedad de actividades autoiniciadas, individuales o compartidas" Matarazzo, (1980, 1995).

Desde el marco teórico para el cuidado de la salud, responde a la noción del paciente en su totalidad; según Ballester, (1997), apoyándose en un nuevo modelo, el biopsicosocial; ya que a partir de las críticas realizadas al modelo biomédico, se hizo patente la necesidad de un modelo más comprensivo, que tuviera en cuenta en un mismo nivel los factores biológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad y que se complementaran las lagunas del modelo biomédico.

Lo anterior es muy importante, debido a que existen factores como: la madurez de la psicología, las fallas del modelo biomédico para explicar el proceso de salud y enfermedad, la necesidad de incrementar y mejorar el estilo de vida y la prevención de la enfermedad, reconociendo la influencia de los estilos de vida en el mantenimiento de la salud, por tal, se consideró las contribuciones de la Psicología de la salud para la comprensión de los problemas de la salud integral. (Belar, Deardoff & Kelly, 1978).

Los autores Fernández y Buena, (1997), agrupa las definiciones de salud en tres bloques o categorías:

a) Un grupo de definiciones considera el término salud, como algo discontinuo, es decir, trata de afirmar que un determinado individuo se haya o bien sano o bien enfermo. Por ejemplo, hace énfasis en que un individuo se puede encontrar ya bien en un estado sano o enfermo, siendo las alternativas mutuamente exclusivas.

b) Otro grupo, considera a la salud como algo continuo (dinámico), lo que conllevaría a considerarla como el aspecto final de un cambio progresivo; es decir, la ausencia de patología constituye un extremo y el estar sano el otro. Y un sujeto puede pasar de un estado de enfermedad a otro de salud a través de un proceso que va de enfermo a sano. Un autor partidario de esta orientación es San Martín citado en Fernández y Buela, (1997), para quien el paso de un estado de salud al de enfermedad y viceversa se produce de una forma gradual y continua.

e) Un tercer grupo considera la salud como algo utópico, es decir, como un estado de bienestar y autorrealización que es prácticamente imposible de alcanzar. Dentro de este apartado se incluye la definición de la Organización Mundial de la salud, en la que se conceptualiza la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de invalidez o enfermedad". Además de estas categorías, otros autores enumeran otras dimensiones en función de las cuales se pueden agrupar diversas conceptualizaciones de salud.

Fernández y Buela, (1997) en una de las cuatro perspectivas de la normalidad, igualan a ésta con salud, por tanto, de la normalidad como salud. Muchos investigadores han hablado de sujeto "sano" o "enfermo" haciendo referencia a un estado de funcionamiento razonable, más bien que óptimo, de un determinado sujeto. Esto puede llevar a considerar como normal y lo que no, puesto que una baja frecuencia no implica necesariamente patología.

Otros muchos autores consideran que el parámetro más relevante de la definición de salud es la adaptación, si bien es necesario distinguir entre dos niveles de ésta. En primer lugar, se habla de adaptación (o incluso de ajuste) desde una perspectiva preferentemente ontogénica, por ejemplo, San Martín (Fernández y Buela, 1997), hace énfasis en la congruencia persona-ambiente, en los diversos contextos en los que va a vivir el sujeto.

Ahora bien, uno de los problemas que presenta esta perspectiva es el significado real de la adaptación a una dinámica social que tuviese lugar en una sociedad como puede ser la actual, calificada por algunos autores y en determinadas circunstancias como "patológicas" o "enferma" (Fernández y Buela, 1997).

En segundo lugar, considerar a la salud como adaptación puede efectuarse desde una perspectiva biológica-evolutiva o filogenética. Desde esta orientación el individuo que se encuentra bien adaptado implica que tiene una alta probabilidad de transmitir sus genes a las generaciones futuras. Aunque se reconozca la capacidad del hombre para adaptarse de una forma continua, esta conceptualización de salud no tiene demasiado valor práctico inmediato. De las orientaciones acerca de la salud desde la perspectiva de la adaptación es la primera la que presenta mayor relevancia teórico-práctica. Según ella, un individuo, al menos en principio, se encuentra adaptado al medio si desempeña de forma adecuada su papel correspondiente.

Esto lleva a considerar la salud desde la perspectiva de las funciones y a definirla como desempeño de funciones sociales. Los autores Fernández y Buela, (1997), afirma que la salud puede ser definida como el estado de capacidad óptima de un individuo para la ejecución efectiva de las funciones y tareas para las que él ha sido socializado.

Una de las disciplinas relacionadas con psicología de la salud es la psicología Clínica, ésta disciplina debe entenderse como el conjunto de posibles actuaciones (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación) sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica es el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda (centrada en la comprensión de los problemas de su cliente y aprendizaje por parte de éste de estrategias apropiadas para resolverlos y funcionar más eficazmente) a través de los conocimientos de la psicología (Simón, 1999).

En este sentido, los supuestos teóricos que definen el trabajo en la clínica, los modelos explicativos de los trastornos abordados, las estrategias y objetivos de la intervención, están relacionados con la existencia de un paciente que demanda ayuda para afrontar su problema.(Goldenberg, 1973; Bemstein y Nietzel, 1982; Santacreu, 1991; citados en Simón, 1999).

Por último, la función del psicólogo clínico es investigar, comprender, explicar y mejorar la conducta, facilitando al sujeto el aprendizaje de las habilidades necesarias para resolver adecuadamente sus problemas, utilizando como modelo para la comprensión y modificación de sus alteraciones el modelo cognitivo-conductual (Santacreu, 1991; citado en Simón, 1999).

1.2 Definición de la psicología de la salud.

En 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso una definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades“. El problema de dicha definición radica en explicar qué es el bienestar de un individuo.

Diversas críticas se han hecho para dicha definición, entre las que se encuentran por ejemplo, el hecho de dejar sin definición los términos que la componen, su idealismo o el hecho de ser una definición estática. Sin embargo todas ellas han dado lugar a nuevos pensamientos e intentos de definición del término desde una nueva mirada (Ballester, A, 1997).

Por tales razones, un número de disciplinas de la psicología (clínica, social, experimental, fisiológica, etcétera), con un interés común en cuestiones relacionadas con la salud, se reunió en 1978 para formar la división de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucional y profesionalmente la Psicología de la Salud.

Para la Asociación Estadounidense de Psicología (APA por sus siglas en inglés) la Psicología de la Salud es: “la suma de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como el análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud.”(Pérez Lovelle, R, 2002).

Definir la salud es difícil, pronto los psicólogos, una vez que comenzaron a realizar intervenciones clínicas a partir de la Segunda Guerra Mundial, y conforme se iba consolidando el campo de la psicología clínica y de la salud mental, se percataron de que en ocasiones los problemas “mentales” tienen conexos de tipo físico. De este modo, la medicina iba paulatinamente asumiendo esta idea,

favoreciéndose con el tiempo el que se superase en parte la dicotomía físico-mental o mente-cuerpo planteada por Descartes. La aparición de las técnicas de modificación de conducta y todo un movimiento psicológico a partir de la misma permitieron en unos años este cambio y esta asunción que desembocaría en la aparición de la medicina comportamental y de la Psicología de la Salud (Oblitas, 2007).

Pérez Lovelle, R. (2002), dice que la Psicología en su contribución al cuidado de la salud en Cuba definió los siguientes objetivos básicos: contribuir al desarrollo óptimo de la personalidad a través de todo el ciclo vital para promover la salud, el bienestar psicológico y la capacidad de rendimiento del individuo, contribuir a la integralidad de la atención en salud al incorporar la valoración de los aspectos psicológicos del hombre sano y enfermo en las acciones de promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, contribuir a la óptima prestación y utilización de los servicios de salud mediante la valoración de los aspectos socio-psicológicos involucrados.

Por su parte, Oblitas (2006) la ha definido como: "la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta a la evaluación, el diagnóstico, la prevención, la explicación, el tratamiento y/o la modificación de trastornos físicos y/o mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar."

Existen varios factores que contribuyeron al interés de los psicólogos por una aproximación teórica y clínica más comprensiva de la salud que el tradicional modelo médico de enfermedad, entre ellos: 1) el cambio en la prevalencia de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas, 2) el costo elevado de los cuidados de salud, y 3) un mayor énfasis en la calidad de vida. Así, se planteó un modelo alternativo al biomédico, el modelo biopsicosocial, que apoyó su alternativa en argumentos sólidos, aunque no describió con detalle el mismo. Se presentaron hipótesis sobre la importancia de considerar los factores psicológicos, sociales y culturales junto a los biológicos como determinantes de la enfermedad y su tratamiento (Oblitas, 2007).

Un segundo factor, que ha contribuido al cuestionamiento del quehacer en el campo de la salud, ha sido el coste elevado de los cuidados de salud. Sin lugar a dudas, un factor determinante en el cuestionamiento del quehacer en el campo de la salud ha sido el incremento acusado de los costes derivados del cuidado médico. Los costes médicos cada año suponen una mayor porción del

producto interior bruto. En tercer lugar, desde el siglo XIX el modelo principal de la salud y la enfermedad ha sido el modelo biomédico. Éste explica la enfermedad en términos de parámetros físicos y la biología molecular es su disciplina científica básica. El modelo biomédico implica que las cuestiones psicosociales no son responsabilidad de los médicos. La noción de que la enfermedad era causada por un patógeno específico estimuló el desarrollo de las drogas sintéticas y la tecnología médica que suscitó el optimismo que muchas enfermedades podrían ser curadas. Sin embargo, el punto de vista de que una enfermedad se encuentra en un agente específico ha dado al campo médico una perspectiva que se focaliza más sobre la enfermedad que sobre la salud.

Además, este modelo médico define la salud exclusivamente en términos de ausencia de enfermedad. Aunque el modelo biomédico de enfermedad ha predominado, unos pocos médicos han comenzado a defender una aproximación holística a la medicina, esto es, una aproximación que considera los aspectos sociales, psicológicos y fisiológicos. Durante el último cuarto del siglo XX más médicos, muchos psicólogos y algunos sociólogos incluso, han comenzado a cuestionarse la utilidad del modelo biomédico. No dudan de que dicho modelo haya significado un importante progreso, sino que cuestionan la limitación a que impone al concepto de salud. Desde hace dos décadas ha comenzado a emerger un modelo alternativo que no sólo incorpora factores sociales, sino que también incluye los psicológicos y los sociales. Este modelo se ha acuñado con el nombre de modelo biopsicosocial, en que la salud es vista de nuevo como una condición positiva (Oblitas, 2004).

En la actualidad, existe multitud de evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Nuestra conducta (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera) tiene un efecto inmenso en nuestra salud, Oblitas, (2005).

Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico. Sentimientos de ser amados y apoyados por otros pueden ayudarnos a tratar con situaciones estresantes. Diversas intervenciones pueden reducir el dolor y sufrimiento experimentados tras una operación y acelerar el proceso de curación. El estado psicológico con más claros efectos negativos en nuestra salud es el estrés,

habiéndose asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud, extendiéndose desde la enfermedad cardíaca coronaria al cáncer y la supresión del sistema autoinmune (Oblitas, 2005).

La esperanza de vida ha aumentado de modo dramático. En 1900 la duración de la vida era de 46 años para los hombres y 48 para las mujeres; en la actualidad es de 76 años para los hombres y 78 para las mujeres, esto es, casi el doble. Este incremento de la expectativa de vida ha sido posible gracias a las mejoras en la salud pública y a los cuidados médicos, básicamente gracias a la reducción en la mortalidad infantil y en la reducción de las enfermedades infecciosas (gripe, rubeola, polio, etc.) por medio de programas inmunitarios (Oblitas, 2005).

Cierto tipo de problemas, en concreto las enfermedades crónicas debidas a causas múltiples (factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales), requieren un manejo diferente del que se da a los estados mórbidos agudos, cuya principal característica es la de ser producidos por agentes patógenos específicos. El modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de los estados crónicos. Este modelo asume que la enfermedad puede ser explicada en términos de variables biológicas mensurables; la conducta social no tiene cabida en el mismo o, en su extremo, que las anormalidades conductuales se reduzcan a procesos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos. La filosofía inherente al modelo médico implica un reduccionismo (todos los fenómenos biológicos son reducibles a procesos bioquímicos básicos) y el mantenimiento del dualismo mente-cuerpo: los procesos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente y el cuerpo y la mente son dos entidades separadas (Oblitas, 2005).

No cabe duda de que el factor más decisivo en ese nuevo enfoque en el campo de la salud ha sido el que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas, sino las que provienen de estilos de vida y conductas poco saludables. Hoy casi ningún profesional de la salud duda del impacto de nuestra conducta diaria en la salud y en la enfermedad. En la actualidad hay evidencia más que considerable de que las causas de la enfermedad radican en la conducta y el estilo de vida del individuo. La salud de la gente en los países desarrollados ha alcanzado un nivel impensable a principios del presente siglo. Las expectativas de vida se han incrementado notablemente, como consecuencia de las mejoras en la salud pública y en el cuidado médico (Heman y Oblitas, 2005).

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o desmejoran la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad. En la actualidad, se conoce un número importante de comportamientos relacionados con la salud apresados mediante la investigación epidemiológica (Oblitas, 2004, 2006, 2007).

II

ENFOQUE COGNITIVOCONDUCTUAL EN LA PSICOLOGÍA

2.1 Antecedentes de la Terapia Cognitivo Conductual.

De acuerdo a Beck, et., al, (2008), los orígenes filosóficos de la terapia cognitiva se remontan a los Estoicos en particular a Zenón de Citio (siglo IV a. C.), Crisipo, Cicerón, Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Epicteto escribió “los Hombres no se perturban por causa de las cosas, sino por la interpretación que de ellas hacen”.

Del mismo modo que el Estoicismo, las filosofías orientales, como el Taoísmo y el Budismo, han subrayado que las emociones humanas están basadas en las ideas. El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio de las ideas. La psicología individual de Alfred Adler indico la importancia de comprender al paciente dentro del marco de sus propias experiencias conscientes, donde la terapia consistía en intentar explicar como la persona percibe la experiencia del mundo. Adler afirmaba: no sufrimos por el choque de nuestras experiencias el llamado trauma, sino inferimos de ellas precisamente lo que se ajusta a nuestros propósitos.

Estamos autodeterminados por el significado que damos a nuestras experiencias y probablemente siempre hay implicada cierta parte de error, cuando tomamos determinadas experiencias como base para nuestra futura vida. Los significados no están determinados por las situaciones sino que nos determinamos a nosotros mismos por el significado que damos a las situaciones. Algunos otros autores mencionan a las experiencias subjetivas conscientes que surgen de los trabajos de Kant, Heidegger y Husserl. Este movimiento fenomenológico ha contribuido toda psicología moderna. Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en la importancia de las cogniciones del paciente.

El énfasis creciente de terapeutas americanos ha expuesto con mayor especificidad como el terapeuta podría modificar sistemáticamente las cogniciones durante la terapia. Kelly en 1955 desarrollo la terapia de los constructos personales para modificar las experiencias cotidianas conscientes de los pacientes. La terapia del rol fijo, el paciente asume un papel basado en supuestos acerca del mundo o de sí mismos que no son congruentes con sus

verdaderas creencias. Kelly se refiere a estos supuestos o creencias subyacentes con la denominación “constructos personales”.

Más recientemente Berne en 1961 a 1964 y Frank en 1961 conceptualizaron las terapias encaminadas a modificar la experiencia consciente o las cogniciones del paciente. Ellis en 1957, 1962, 1971, 1973 impulso el desarrollo de las terapias cognitivo conductuales. Ellis relaciona el estímulo ambiental o activador (A) con las consecuencias emocionales (C) a través de la creencia interviniente (CR). El objetivo de su Terapia Racional Emotiva consiste en hacer que el paciente tome consciencia de sus creencias irracionales y de las consecuencias emocionales inadecuadas de estas. La Terapia Racional Emotiva pretende modificar estas creencias irracionales. Por su parte Naultsby en 1975 ha subrayado el empleo de otras técnicas para hacer que el individuo tome consciencia de estas creencias y para modificarla citado en (Beck, et., al, 2008).

Las recientes contribuciones al desarrollo de la terapia cognitiva por parte de autores de orientación conductual Mahoney, 1974, Meichenbaun, 1977, Goldfried, 1976, Kazdin y Wilson, 1978 han proporcionado una base teórica más firme sobre la cual continuar trabajando en esta área citado en (Beck, et, al, 2008).

La terapia cognitivo conductual surge a partir de dos corrientes de pensamiento en psicología; la aproximación cognoscitiva y la conductual, identificada ésta última con la teoría del condicionamiento. De acuerdo con Mahoney, (1974), la mezcla cognitivo conductual surgió como resultado de no considerarse, dentro del análisis experimental de la conducta, el papel de los eventos privados; los sentimientos y los pensamientos. Para Kazdin (1973), el hecho puede deberse, entre otras cosas, al papel que juegan los procesos de pensamiento en el control de la conducta, los cuales además habían sido evidenciados en las investigaciones llevadas a cabo en ciencia básica por algunos psicólogos conductistas. Por otro lado, más centrado en la practica terapéutica, Beck (1989 - 1990), sugirió que dicha aleación obedece tanto a las limitaciones del modelo conductual, en el cual no se toman en cuenta los aspectos cognitivo y afectivo de las personas, como a las semejanzas que guardan las prácticas terapéuticas de ambas posturas cuando son comparadas con las de la aproximación psicodinámica (Beck. 1970).

De acuerdo con Liebert y Liebert (1999), citado en: Gutiérrez, G, (1998), la revolución cognitiva se origina con base en tres eventos históricos:

1. Los reportes de Tolman (1948) en donde sugería que los animales podían aprender sin "reforzamiento" al formar "mapas cognoscitivos" del entorno.
2. La obra en matemáticas de Alan Turing sobre una máquina universal.
3. La invención de la computadora digital

Con relación al primer punto, se sabe que Tolman (1948), entre otras cosas, realizó estudios sobre aprendizaje utilizando laberintos como situaciones experimentales. Colocando ratas privadas de comida en sus laberintos, se dio cuenta de que con el paso de los ensayos los sujetos cada vez cometían menos errores y, por ende, menos tiempo tardaban en llegar a la comida. En su estudio, Tolman sugirió que a lo largo del aprendizaje un mapa del entorno se establecía en el cerebro de sus ratas, cuestión que facilitó que algunos autores hayan supuesto alguna relación entre la filosofía conductista y la cognitiva.

Por otro lado, en lo que toca a los últimos dos puntos, según Gutiérrez, G, (1998) la obra de Alan Turing se refiere a una súper máquina universal con programación algorítmica, que podría reproducir el funcionamiento de cualquier otra máquina. La obra de Turing, que data de los años 30's, bien pudo calificarse de ficción, tal como lo fue el volar o el viajar por debajo del agua el siglo antepasado, sin embargo, hoy día sabemos que su utopía se hizo realidad en los años 50's con la invención de la computadora digital. Dado que para los partidarios de la teoría cognoscitiva, cognición, se refiere a la serie de procesos mediante los cuales la información sensorial que "ingresa" al organismo se transforma, reduce, elabora, almacena, recobra o utiliza. Como dato adicional, otro factor que facilitó la entrada de la teoría cognitiva fue la construcción de prototipos robóticos y máquinas de enseñanza, por parte de algunos psicólogos conductistas, a fin de estudiar la conducta humana (Bower y Hilgard, 1989).

Según Bower y Hilgard, (1989), la mayoría de los psicólogos cognoscitivos mantienen un enfoque de procesamiento de información, e intentan comprender la "mente" y sus habilidades en fenómenos como la percepción, el aprendizaje, el pensamiento y el uso del lenguaje. Tal como Gutiérrez, G, (1998) señaló "si en vez de tomar a los animales como modelo para la comprensión de la mente humana, escogemos a las computadoras digitales, sus entradas y salidas serán tan

observables como los estímulos y respuestas de los perros de Pavlov; pero además, tendremos a la disposición el programa interno que determina la conducta".

Ahora bien, en lo que se refiere al origen de la postura conductual, debemos recordar que ésta se identifica con la teoría del condicionamiento de B.F. Skinner (1938). Ésta tiene sus orígenes inmediatos en las investigaciones sobre reflejos condicionales en fisiología y el conexionismo norteamericano de finales del siglo antepasado. Al igual que los iniciadores de la teoría cognitiva, Skinner (1931), siguiendo a Watson (1916), recurrió a lo que Kuhn (1962 - 1971) llama un ejemplar ya existente, es decir, a creencias teóricas y metodologías provenientes de otras áreas de conocimiento, en éste caso científico y no tecnológico, debido a su carencia al momento de inicio de la escuela conductista.

La teoría del condicionamiento se basa en la idea de que el reflejo, entendido como la correlación observable de dos eventos y no un constructo fisiológico, es el medio preciso para la descripción de la conducta (Skinner, 1931); desde ésta perspectiva, por conducta se entiende "el movimiento de un organismo o de alguna de sus partes en un marco de referencia provisto por el mismo organismo o por varios objetos externos o campos de fuerza".

En la teoría del condicionamiento existen dos tipos de conducta refleja; la respondiente y la operante. Las leyes de condicionamiento que Skinner (1938) sugirió en su obra para ambos tipos de conducta, se basan en la ocurrencia de cierto evento reforzante y su correlación con un estímulo (condicionamiento respondiente) o con una respuesta (condicionamiento operante).

El incremento en la fuerza de la operante puede ser identificado a lo largo de un periodo especificado como una función del reforzamiento; la tasa de respuesta. Dado que cuando una operante deja de ser reforzada su fuerza decrece y, por tanto, la tasa de respuesta "cae", algunos psicólogos consideraron que con las leyes dinámicas de la operante Skinner había proporcionado las bases teóricas y las técnicas necesarias para incrementar y decrementar conductas. El reforzamiento condicionado (Skinner, 1938), el moldeamiento por medio de aproximaciones sucesivas, el tiempo fuera, el reforzamiento diferencial (Ferster y Skinner, 1957) y todos los demás procedimientos de laboratorio, fueron extrapolados tal cual a la vida cotidiana (Skinner, 1953), incluidas la educación especial y la práctica terapéutica, como técnicas de modificación de

conducta: economía de fichas, modelamiento, cuarto de tiempo fuera, reforzamiento diferencial de tasa bajas y altas, etc.

La psicología cognitiva-conductual es una corriente que se encuentra en constante evolución; sin embargo, existen algunas suposiciones teóricas que son compartidas dentro de la misma psicología cognitiva-conductual, y de acuerdo con Kazdin (1973), son:

- a) El enfoque cognitivo-conductual parte de la premisa que gran parte del comportamiento animal, y humano, es adquirido por medio del aprendizaje. En esta medida, así como se aprende un comportamiento, también se puede modificar.
- b) El enfoque cognitivo-conductual implica la especificación claramente definida de objetivos de intervención. En cualquier ámbito en que intervenga la psicología conductual siempre se especifican concretamente los objetivos de dicha intervención: ya sea en el ámbito clínico, social, experimental, educativo, entre otros.
- c) Las técnicas utilizadas por el enfoque cognitivo-conductual han sido sometidas a verificaciones empíricas y se han encontrado que son efectivas.

La importancia del método científico al que se apega este enfoque, se refleja en esta suposición teórica. El método científico aplicado a la intervención cognitiva-conductual busca que los resultados encontrados en cualquier ámbito de investigación sean interpretados de una manera inequívoca y definida.

Como podemos observar, el enfoque cognitivo-conductual tiene profundas raíces históricas y conceptuales que le permiten enfrentar, de una manera objetiva y funcional, los problemas de la comunidad, así mismo poder enfrentar problemas por medio de técnicas específicas de psicología conductual, las cuales se apegan a los lineamientos conceptuales establecidos.

2.2 Definición.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia de Conducta se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja

evolución se ha dado en esta disciplina, habiéndose ampliando su sustentación teórica más allá de las teorías del conocimiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (evolutiva, social, cognitiva, etc.)

La terapia cognitiva conductual es una técnica de intervención psicológica, en la que cada aproximación teórica ha desarrollado un conjunto de técnicas especializadas para resolver la problemática de los pacientes (Vargas, 2002).

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante (Friedberg & Mc Clure, 2005).

De acuerdo a Schaefer (2005), la terapia cognitiva sostiene que las experiencias emocionales de un individuo están determinadas por cogniciones que se han desarrollado, en parte, a partir de las experiencias tempranas de la vida. En los últimos cuarenta años la terapia cognitiva se ha aplicado cada vez más a poblaciones, entre las que se hallan poblaciones psiquiátricas, individuos que padecen depresión, ansiedad, alcoholismo y desordenes alimentarios.

Las terapias cognitivo-conductuales son orientaciones de la terapia cognitiva enfocadas en la vinculación del pensamiento y la conducta, y que recogen las aportaciones de distintas corrientes dentro de la psicología científica; siendo más que una mera fusión, como aplicación clínica, de la psicología cognitiva y la psicología conductista. Suelen combinar técnicas de reestructuración cognitiva, de entrenamiento en relajación y otras estrategias de afrontamiento y de exposición (Schaefer, 2005).

Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo (Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. 2011).

Teniendo en cuenta todos los aspectos que se ha ido comentando hasta aquí, no resulta sorprendente encontrar dificultad en la propuesta de una definición de Terapia Cognitivo Conductual que cuente con pleno acuerdo, esta tarea nunca ha sido fácil. Cuando la terapia surgió formalmente había un consenso que se centraba en los aspectos comunes a todas las posiciones. Hoy es difícil detectar los restos de este enfoque unitario (Kazdin, 1991).

Por otra parte, los principios considerados inicialmente definatorios y básicos de la Terapia de Conducta han tenido que ser matizados y ampliados para no quedar circunscritos al primer estadio de la Terapia de Conducta (Rachman, 1997).

De acuerdo a Friedberg y Mc Clure (2005), la terapia cognitiva con niños suele basarse en un enfoque de experiencias. Como los niños están orientados a la acción, están predispuestos por naturaleza a aprender haciendo. Conectar habilidades de afrontamiento a acciones concretas suele ayudar a los niños a prestar atención, a recordar y a ejecutar la conducta deseada. A través de esta terapia los niños pueden identificar y expresar, emociones y pensamientos como se ve en los estudios realizados en niños con obesidad.

El terapeuta de niños asume diferentes roles según los requerimientos del caso. Puede desarrollarse como diagnosticador o evaluador, lo que implica recoger e integrar datos provenientes de distintas fuentes (escuela, familia, médicos, paciente) para poder realizar una síntesis de dicha información y arribar a un diagnóstico y conceptualización del caso que guiarán el plan de tratamiento. También puede ser un consultor y ayudar al niño a identificar un problema, a hallar opciones posibles y a elegir alguna de éstas. O un educador o entrenador, que ayudará al niño a descubrir y maximizar sus fortalezas, enseñando nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales para enriquecer su desarrollo.

2.3 Objetivos.

El objetivo general de esta terapia es aumentar la conciencia y el conocimiento de sí mismo, facilitar una mejor comprensión de uno mismo y mejorar el autocontrol en base a desarrollar habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. De esta manera el proceso ayuda al niño a desplazarse de un ciclo disfuncional a otro ciclo más funcional (citado en Stallard, 2007).

De acuerdo con Beck, et., al, (2008), la terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, desordenes alimentarios, etc. Se basan en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias, cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

- 1.-Controlar los pensamientos o cogniciones negativos
- 2.-Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta
- 3.-Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- 4.-Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- 5.-Aprender a identificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Por lo tanto, la Terapia Cognitiva pretende modificar los sentimientos y las acciones a través de una intervención sobre los procesos cognitivos.

Por su parte el autor Palacio (1990) plantean que el objetivo de la TCC es el cambio de los aspectos del conocimiento del paciente que le producen un sufrimiento innecesario. La terapia toma la modalidad de un debate científico, en el sentido de un trabajo cooperativo entre terapeuta y paciente, de exploración, búsqueda y modificación. La función del terapeuta es enseñarle al paciente a reconocer sus teorías causales y sus implicaciones, la forma de probarlas, la utilidad de los experimentos que pueden desaprobar dichas teorías. El aspecto más interesante de la terapia es la intención del terapeuta por conservar una perspectiva científica. El consultante aprende a enfrentar su problemática de una forma similar a la que utiliza un científico al explorar las reglas que gobiernan la relación entre los fenómenos naturales. La relación terapéutica es eminentemente racional, pero el «contrato» permite el análisis y utilización de los sentimientos, emociones y comportamientos para el logro de los cambios cognitivos deseados.

Hay quienes conceptualizan la Terapia cognitiva como un conjunto de técnicas que ayudan al paciente a determinar la relación existente entre sus percepciones, cogniciones, emociones y conductas resultantes; a identificar las percepciones auto punitivas o defectuosas y a sustituir estas cogniciones por patrones de pensamiento más adaptables y funcionales. En todas las técnicas, un objetivo fundamental es aprender a identificar y manejar esas cogniciones, Puchol E, (2002).

2.4 Alcance.

La fusión de la terapia conductual y la terapia cognitiva en la Terapia Cognitivo Conductual cobró fuerzas a fines de la década de los 80's y se encuentra actualmente muy avanzada en Europa y en EEUU. Se trata de la terapia psicológica más avalada en la actualidad. La Terapia Cognitivo Conductual domina la práctica y la investigación clínica en gran parte del mundo. En Argentina comienza a desarrollarse en los últimos años; mientras que su expansión en otros países de América Latina se manifiesta con más vigor. Las investigaciones realizadas han ido proporcionando pruebas convincentes de su eficacia, siendo el tratamiento más empleado.

Una buena estrategia para el tratamiento de la obesidad es la cognitivo-conductual a través de programas integrales, sobre todo desde la perspectiva preventiva, tratando de actuar sobre el aspecto cognitivo y comportamental del individuo, o sobre algunos elementos de su contexto social o familiar para que se produzca un cambio perceptible en el peso corporal del individuo.

La experiencia muestra que los tratamientos únicamente médicos no logran los beneficios necesarios, por lo que se requiere identificar cogniciones que modifiquen las variables y los procesos que conllevan a la obesidad, de tal manera que favorezcan conductas que ayuden a los individuos a mantener un IMC deseable con el objetivo de estar más sanos, lo que implica un cambio de vida y mantenimiento de un nuevo estilo de vida. Algunos problemas psicológicos como el estrés, la ansiedad, la depresión, la baja autoestima, son la causa del aumento de peso, así como de otros padecimientos que se encuentran relacionados. Cuando el aumento de peso llega a la obesidad, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes cognitivo-conductuales que le permitan un mejor estilo de vida. Necesita, por ejemplo: aprender nueva información relevante para entender la obesidad, en qué consiste, cuáles son sus características, qué situaciones lo llevaron a este estado (cogniciones, ambientes y conductas), qué es una dieta balanceada, cuáles son las aportaciones calóricas de determinados alimentos, y debe reconocer sus pensamientos ante eventualidades e

imprevistos, desarrollando habilidades específicas de afrontamiento. Además de los cambios de estilo de vida, la calidad de vida y la reducción de riesgo para otras enfermedades son factores importantes en dicha modificación.

La obesidad ha adquirido características de epidemia y los sistemas de salud han de responder ante este problema de salud, no sólo para satisfacer la problemática de la creciente población de obesos, sino para modificar la tendencia de los padecimientos que pueden prevenirse, sin perder de vista el concepto de salud marcado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que establece que la salud no hace referencia únicamente a aspectos físicos, sino que este concepto incluye aspectos psicológicos y sociales. “Salud como estado de bienestar físico, psíquico y social”.

III

PERSPECTIVA COGNITIVO CONDUCTUAL EN LOS DESORDENES ALIMENTARIOS

3.1 Definición de Obesidad

Chinchilla (2003), define la obesidad como una “enfermedad crónica”, que se caracteriza por un aumento de grasa, que a su vez se traduce en un incremento de peso. La obesidad es un exceso de adiposidad, generalmente con aumento de peso que pone en riesgo la salud del individuo.

El Instituto Nacional de Salud Pública, define la obesidad como una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. La obesidad suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, la cual se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad (Olaiz, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$). El (IMC) igual o superior a 25 corresponde a sobrepeso y el IMC igual o superior a 30 corresponde a obesidad.

La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica. La obesidad no solo es un problema estético, sino que tiene una vertiente fisiológica, directamente relacionada con los hábitos alimenticios, sedentarismo y también un componente psicológico que en ocasiones puede causar o acelerar la aparición de enfermedades medicas como la diabetes tipo 2 entre otros, y problemas psicológicos como, depresión, ansiedad, estrés, y baja autoestima.

3.2 Obesidad infantil.

La Secretaria de Salud menciona que anteriormente la obesidad era un problema de salud, que solo la padecían los adultos y escasamente se presentaba en niños, sin embargo hoy en día la obesidad infantil afecta a miles de niños en todo el mundo, colocándose por arriba de las cifras de los adultos. Esto se debe a cambios del estilo de vida del ser humano, motivo por el cual también se han modificado los hábitos alimenticios. Los alimentos que se consumen hoy día son procesados, enlatados, altos en grasas, harinas, sodio y azúcares. Estos alimentos no son sanos y mucho menos nutritivos, por el contrario afectan la salud ocasionando diversas enfermedades que van mermando la calidad de vida del individuo.

Por su alta prevalencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, que se encuentra en proceso de expansión en todo el mundo. En México su crecimiento ha sido más rápido que en otros países.

Para el autor Hassink (2009), actualmente representa, a nivel mundial, uno de los principales problemas de salud, no sólo por el aumento en su prevalencia, sino por el incremento en el grado de obesidad entre quienes la padecen.

Por otro lado es importante mencionar, que un niño obeso tiene un 80% de probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, diabetes, colesterol alto e hipertensión, problemas en riñones y pulmones, enfermedades respiratorias, lesiones de hueso y articulaciones. De esta manera estas enfermedades ocasionarán serias consecuencias físicas, orgánicas y psicológicas a sus vidas.

3.3 Clasificación y criterios de diagnóstico.

De acuerdo a Chinchilla (2003), la obesidad se clasifica en:

- Obesidad de distribución homogénea: existe un exceso de grasa corporal, sin que predomine en ninguna región concreta del organismo.
- Obesidad gluteofemoral o ginoide: existe un aumento de grasa corporal localizado en cadera, glúteos y muslos.
- Obesidad abdominal, central o androide: es la acumulación excesiva de grasa en la región abdominal. Este tipo de distribución de grasa se ha considerado como factor de

riesgo para el desarrollo de determinadas enfermedades , como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, accidentes cerebro vasculares, cardiopatía isquémica, esteatosis hepática, litiasis biliar, síndrome de la apnea del sueño y algunos tipos de canceres, como el de mama, ovario y endometrio.

Según la edad de aparición la Obesidad se clasifica en:

1. Obesidad de inicio en la infancia o en la adolescencia: se considera obesidad infantil cuando se supera el 20% del peso que le corresponde al niño para su talla.
2. Obesidad del adulto: la edad de inicio se sitúa entre los 20-40 años. Según la causa que la produce, la obesidad se divide en primaria y secundaria.

Criterios diagnósticos

Desde el punto de vista clínico, la existencia de obesidad se establece de manera indirecta ya que no siempre se dispone de métodos directos para valorar la masa grasa. Por ello las definiciones clínicas de la obesidad toman en cuenta información antropométrica como peso, estatura, circunferencias corporales y grosor de los pliegues cutáneos, correlacionándolos con los riesgos para la salud que han sido asociados al exceso de grasa corporal.

De acuerdo a Vargas, et, al (2002), se utilizan técnicas para determinar la grasa corporal, entre estas se encuentran:

- Índice de masa corporal: es la relación del aumento de grasa corporal con el exceso de peso para una estatura determinada. Para obtener el IMC o índice de Quetelet, se relaciona el peso corporal en kilogramos dividido entre la estatura en metros al cuadrado. La formula es $IMC = \text{Peso (Kg)}/\text{Estatura (m}^2\text{)}$. El IMC igual o superior a 25 corresponde a sobrepeso e IMC igual o superior a 30 corresponde a obesidad. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.
- Antropometría: se define como la medición de las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo humano. La antropometría es fundamental en la evaluación del paciente obeso para estimar la grasa corporal total, su distribución por regiones del peso y talla del individuo.

- **Peso relativo o porcentaje de sobrepeso:** es la comparación del peso del sujeto, con el peso promedio de las personas de su misma estatura (peso ideal), la ecuación del peso relativo o porcentaje de sobrepeso se calcula de la siguiente manera: $(\text{peso real} \times 100) / \text{Peso recomendable} = \text{porcentaje de sobrepeso}$.
- **Circunferencia de cintura y cadera:** está debe medirse con el sujeto en posición de firmes y sin ropa, la cinta debe colocarse en el nivel más estrecho del tronco o cintura. La siguiente medición es de la circunferencia de la cadera en la que se mide la circunferencia máxima de la saliente de las nalgas o glúteos a nivel del punto más amplio de dicha zona anatómica, estas dos medidas permiten clasificar los sujetos obesos en dos grupos, según su distribución predominante de grasa mediante la relación cintura cadera que se obtiene al dividir la circunferencia de la cintura entre la cadera.
- **Medición de pliegues cutáneos (plicometría):** proporciona una estimación más exacta de la masa corporal, para medir los pliegues cutáneos se utiliza un plicómetro (calibrador de pliegues cutáneos). El porcentaje de grasa corporal se calcula mediante la suma del valor de cuatro pliegues de la piel como son: bicipital, tricípital, subescapular y suprailíaco.

3.4 Causas.

La obesidad es multifactorial, resultado de la combinación de causas hormonales, genéticas, ambientales y conductuales que intervienen en el individuo.

Para Chinchilla (2003), la causa de la obesidad se atribuye a una ingesta calórica superior al consumo energético, en la que se pueden influir componentes hereditarios, alteraciones metabólicas y neuroendocrinas, inadecuados hábitos alimentarios, estilo de vida y una serie de factores sociológicos.

Para la OMS la causa fundamental de la obesidad y sobrepeso es un desequilibrio entre la ingesta y el gasto de calorías. Mientras que para la Secretaría de Salud las causas del sobrepeso y obesidad se debe a que se ha dejado de practicar la lactancia, a la modificación de dietas y hábitos alimentarios, al consumo de alimentos enlatados o procesados y por supuesto a la disminución de actividad física.

Motivo por el cual la OMS recomienda que los niños sean alimentados durante los primeros seis meses de vida con leche materna; ya que al recibir este tipo de alimentación disminuye el riesgo de padecer sobre peso y obesidad en la edad adulta y las mujeres que dan este tipo de alimentación tienen menor riesgo de desarrollar obesidad posterior al embarazo.

Desde su punto de vista Casademunt (2005), menciona que las causas de obesidad son:

- Alimentación desequilibrada (consumo de comida chatarra o basura).
- Realizar menos ejercicio físico (los niños cada vez juegan menos, debido a que tienen poco tiempo para sí mismos, entre la escuela, las actividades extraescolares, los largos desplazamientos, etc., y ese poco tiempo que tienen lo pasan delante de la televisión o computadora).
- Factores hormonales (como el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing)
- Factores genéticos
- Factores psicológicos

3.5 Factores de riesgo.

Los factores causantes de la obesidad se dividen en endógenos y exógenos.

- Los endógenos: hormonales, genética, sistema nervioso, endocrinos y metabólico.
- Los exógenos: psicológicos, ambientales, sedentarismo, tipo y estilo de vida.

Estos factores antes mencionados están relacionados con el aumento de peso y persistencia de la obesidad.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (2006), los factores de riesgo para desarrollar obesidad son dos:

1.- Factores conductuales

-Disminución del tiempo para actividad física y reemplazo por tiempo dedicado a la televisión, videojuegos y computadora. La obesidad infantil según la secretaria de Salud es la publicidad; ya

que un niño está expuesto a 61 anuncios diarios en las 12 horas y media que ve en televisión, en promedio a la semana. Entre los anuncios que tienen como objetivo a la niñez, 42% promocionan alimentos en su mayoría golosinas, frituras, bebidas azucaradas, galletas y pastelitos (García, et, al, 2010).

- Niños que evitan el desayuno, pero que consumen una colación en la escuela
- Horarios de comida no establecidos; con largos periodos de ayuno y/o unión de comidas
- Hábitos alimentarios inadecuados (dietas altas en lípidos, hidratos de carbono refinadas) y aumento en el consumo de alimentos industrializados
- Familias en las cuales ambos padres trabajan
- Bajo consumo de verduras, vegetales y fibra

2.- Factores biológicos

- Antecedentes de obesidad en familiares de primer grado
- Si uno de los padres es obeso, el riesgo de ser obeso en la edad adulta se triplica
- Ablactación temprana (antes de los 6 meses de edad)
- Hijo de madre con diabetes gestacional o madre diabética
- Hijo de madre obesa
- Retraso de crecimiento intrauterino
- Nivel social, económico y cultural bajos

3.6 Factores psicológicos.

Para Casademunt (2005), los factores psicológicos o emocionales tienen mucho que ver con las manifestaciones del cuerpo; ya que una persona alegre, tranquila y relajada tiene menos posibilidades de padecer una enfermedad que una persona tensa o deprimida, como es el caso de la obesidad infantil. Motivo por el cual describe los siguientes factores psicológicos:

-El sentimiento de soledad: actualmente las familias tienen pocos hijos y, tanto el padre como la madre, suelen pasar mucho tiempo trabajando fuera del hogar. Como consecuencia, el niño pasa poco tiempo con ellos quedando la mayor parte del tiempo solo. Esto afecta directamente el desarrollo psicológico de los niños y a que crezca en ellos un sentimiento de soledad, que desemboca en atracones indiscriminados de comida.

El hecho de que los padres vean muy poco a sus hijos les lleva a ser más permisivos con ellos, así que le conceden sus deseos, ese o esos deseos tienen que ver muchas veces con la comida chatarra, de esta manera la comida es utilizada como recompensa para disipar sus culpas.

-El estrés: hoy está a la orden del día incluso en la población infantil, los niños se estresan por el tiempo en el que tardan en desplazarse hacia la escuela, por los problemas familiares que vive en casa, por la separación o divorcio de sus padres, la muerte de un familiar, la violencia en la escuela y en la televisión, la falta de tiempo debido a las actividades extra escolares y espacios reducidos para jugar. El estrés no tiene una manifestación concreta, pero se deja notar en síntomas como ansiedad.

Los niños estresados comen para liberarse de sensaciones de ansiedad, angustia o pensamientos desagradables. En muchas ocasiones la obesidad se convierte en un círculo vicioso; ya que la ansiedad produce obesidad, la obesidad produce pérdida de autoestima e incluso depresión, que dan lugar a la ansiedad, utilizando la comida como ansiolítico.

La ansiedad: produce en los niños dolores de cabeza, mareos, falta de energía, cambios bruscos de humor, problemas de sueño, hiperactividad, etc.

La ansiedad es una situación displacentera y anticipatoria de que algo negativo y molesto puede ocurrir, provoca inquietud, zozobra y miedo. El miedo impide sentir confianza y esto da como resultado un sentimiento de vulnerabilidad en el individuo, sintiéndose incapaz de dar una respuesta adecuada, o bien llevar a cabo conductas de evitación y escape de situaciones desagradables o aversivas.

La ansiedad es tan intensa que el individuo evita totalmente la situación, lo cual lo conduce a la frustración inmediata y regularmente a la depresión.

-La depresión: lleva al niño a refugiarse en la comida; ya que se consuela en ella y la obesidad reduce notablemente su actividad física, su desempeño escolar y comunicación o interacción social.

3.7 Consecuencias Psicológicas.

Los problemas psicológicos o consecuencias psicológicas a los que se enfrenta un niño obeso son diversas, tales como:

- Baja autoestima: debido a una inseguridad; ya que desconfían de sus facultades, habilidades, necesitan la aprobación de los demás, no pueden tomar decisiones por sí mismos, lo cual ocasiona sentimientos negativos de inferioridad, suelen ser tímidos, por lo que se les dificulta establecer relaciones interpersonales (Vizcarra, 2010).

- Bajo autoconcepto: la percepción que tiene de sí mismo, incluyendo sus ideas y sentimientos son inconsistentes e imprecisos y confusos.

- Depresión: Los niños obesos son insultados, reciben apodos, pueden ser sujetos de burlas, intimidaciones u otras conductas hirientes ocasionando una visión negativa de sí mismos (Hassink, 2009).

- Ansiedad: los niños obesos tienen una sensación displacentera, acompañada de molestias físicas como opresión, taquicardias y sudoración comúnmente tienen una preocupación excesiva infundada acerca de numerosas cosas. El tratamiento más efectivo para trabajar la ansiedad es la terapia cognitiva conductual, ya que se trabaja con las creencias equivocadas del paciente y también se proporciona un sentido de control respecto a sus niveles de ansiedad (Ríos, 2002).

- Estrés: la obesidad se relaciona con eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores (Bravo Del toro, et al. 2011).

Interacción con los demás: la obesidad es un factor que interviene en la funcionalidad emocional del individuo determinante para su interacción con el medio, la realización personal y el estado de ánimo también se ve afectado.

Tienden a ser menos responsables con sus tareas, de su apariencia física, hábitos, conductas alimentarias y por lo tanto de su salud (Bravo Del toro, et al. 2011).

3.8 Tratamiento.

El tratamiento que debe ser utilizado en la obesidad infantil es: la prevención, dieta, actividad física y psicoterapia.

- Prevención: es una estrategia prioritaria de salud pública que debe comenzar desde la infancia y que requiere la participación activa y comprometida de los pediatras de atención primaria junto con otros sectores de salud. Cuanto más temprano sea su inicio, los beneficios a corto, medio y largo plazo serán más importantes, manifiestos y duraderos. De esta manera el mejor tratamiento de la obesidad es su prevención desde la primera infancia (Fernández, 2005).

- Dieta: siempre se ha considerado que el tratamiento de la obesidad no es fácil y la mayoría de veces conduce al fracaso; esto es cierto si pensamos en el tratamiento de la obesidad infantil, ya que es difícil erradicar los hábitos erróneos nutricionales de la vida del niño y de su familia, sobre todo en estas épocas en que ambos progenitores trabajan y el niño muchas veces es el autor de sus propias dietas.

En estudios realizados en adultos obesos, se ha demostrado la resistencia progresiva a perder peso cuando realiza regímenes dietéticos restrictivos y la facilidad posterior para recuperarlo.

Ejercicio físico: el incremento de la actividad física es fundamental para lograr un mayor consumo energético y contrarrestar de esta forma fisiológica el ahorro energético. El ejercicio físico debe ser programado y realizado regularmente. Es importante que el niño elija un ejercicio que le guste, aunque a priori no consiga un mayor gasto energético, puesto que es importante que no lo abandone al poco tiempo.

Además, debe aconsejarse que camine y suba escaleras, puesto que de todas las actividades físicas habituales, es la que conlleva mayor gasto energético. Estimular la realización de paseos diarios, ya que es un buen ejercicio en aquellos niños sin hábito deportivo.

Para el IMSS el ejercicio más efectivo para reducir la grasa corporal es el nadar, caminar, bailar, correr y andar en bicicleta; ya que favorecen a las contracciones del corazón y se liberan endorfinas

que producen sensación de bienestar, también favorece el funcionamiento intestinal y disminuye el estrés y la ansiedad.

- Psicoterapia: Como se ha mencionado anteriormente, la obesidad es una enfermedad crónica en la cual intervienen factores endógenos y exógenos los cuales afectan la salud física y emocional, motivo por el cual es importante recibir atención médica y psicológica. El modelo más útil para este padecimiento es el cognitivo conductual (TCC) del cual se tiene una gran aceptación para el tratamiento de diferentes desordenes psicológicos debido a su gran efectividad y a la permanencia de los cambios obtenidos mediante sus procedimientos clínicos.

Un factor vinculado con esta aceptación ha sido el que la TCC se fundamenta en teorías científicas y sus tratamientos han sido validados empíricamente, razón por la cual la OMS ha recomendado su empleo (Carrascoza, C., 2007).

De esta manera el tratamiento psicológico más utilizado para los trastornos alimenticios es la terapia cognitivo conductual; ya que modifica pensamientos distorsionados de sí mismo, al mismo tiempo que se trabaja con la conducta del individuo. Stuart en 1967 fue el primero en estudiar la eficacia del tratamiento conductual en la obesidad obteniendo resultados sorprendentes (Chinchilla, 2003).

La terapia cognitivo conductual se concentra en la relación existente entre las cogniciones (lo que pensamos), los afectos (lo que sentimos) y las conductas (lo que hacemos). Por lo que, la terapia cognitivo conductual constituye una intervención terapéutica prometedora y eficaz para el tratamiento de los trastornos de alimentación, así como para el tratamiento de los trastornos por ansiedad y trastornos depresivos entre otros (Stallard, 2007).

3.9 Técnicas Cognitivo Conductuales.

De acuerdo a Friedberg & Mc Clure (2005), en la actualidad para modificar la conducta también es indispensable cambiar los pensamientos, pues éstos, según se piensa contribuyen a los problemas del paciente por ello las técnicas que a continuación se mencionan tienen orientación cognoscitiva en la terapia conductual, y estas son:

Modelamiento: Es como un medio para alterar patrones de conducta, pues a través de la imitación (modelamiento) el aprendizaje se vuelve más eficaz, cuando una persona observa a otra u otras personas realizar ciertas conductas con las cuales obtienen beneficio, ésta trata de ejecutarlo también para obtener una respuesta positiva, además a través de la imitación se pueden eliminar o reducir temores, ansiedades, entre otras alteraciones psicológicas.

Modelamiento encubierto; En este tipo de técnica el paciente debe imaginar a un modelo que realiza las conductas que quisiera adquirir el modelamiento encubierto es tan efectivo como el modelamiento en vivo, este tipo de técnica se utiliza a menudo en personas con problemas que implican falta de Asertividad.

Reestructuración racional; Se considera como un procedimiento técnico que ayuda a las persona a aprender a cambiar formas de pensar que se encuentran distorsionadas y que como consecuencia producen malestar emocional principalmente. La gran parte de la conducta desadaptativa se determina por la manera en que las personas interpretan su mundo o por las suposiciones que hacen acerca de éste. La reestructuración cognitiva tiene como base principal los pensamientos automáticos (ideas que las personas tenemos involuntariamente en situaciones de la vida diaria), por lo cual es inevitable darnos cuenta de cuando están presentes pues como ya se mencionó anteriormente son “automáticos”, sin embargo lo que como seres humanos es imposible evitar son nuestras emociones (sirven como alarma para preguntarnos cuando algo no anda bien en nuestra persona) y a través de estas emociones es que identificamos nuestros pensamientos automáticos que nos hacen sentir bien, y aunque la mayor parte del tiempo no los detectamos por que nos sentimos mal. Dentro de esta técnica lo mas utilizado es la Terapia Racional Emotiva (TRE) la cual intenta cambiar la conducta a través de alterar la forma en que el paciente piensa acerca de las cosas, es decir modificar , las ideas

irracionales por ideas racionales, estas se efectúan a partir de un suceso activante, Ideas irracionales/racionales, Efecto emocional y, Efecto conductual.

El primer paso de la reestructuración racional es que mediante nuestras emociones detectemos ese pensamiento automático, el cual es conveniente anotarlo para que no se olvide, comienza ahí el intento por cambiarlo, atribuyendo un nuevo significado, por supuesto que sea positivo, y que una vez identificado no se permita que este actúe en nosotros.

Inoculación al estrés; este tipo de técnica se ha utilizado principalmente para ayudar a los pacientes a enfrentar los problemas de enojo, en pacientes deprimidos, implicando la preparación cognoscitiva, la adquisición y ensayo de habilidades necesarias para la práctica en la aplicación de éstas, el objetivo de esta técnica es enseñar a los pacientes como pueden regularse ante situación que les producen enojo. Los componentes de esta preparación cognoscitiva incluyen identificar a las personas y situaciones que precipitan el enojo justificado e innecesario y el reconocimiento temprano de los signos de tensión y excitación en una secuencia de provocación

Terapia cognoscitiva de Beck; Centran de manera más específica el uso de su técnica para emplearse en tratamiento de depresión, en el que incluye: la programación de actividades que contrarresten la inactividad y tendencia a enfocarse en los sentimientos depresivos, aumentar las actividades placenteras, hacer que el paciente imagine que cada paso sucesivo conduce a la terminación de una tarea importante, entrenamiento de asertividad y role playing, enseñar a los pacientes a atribuir la culpa de las consecuencias negativas a la fuente apropiada, ayudarle al paciente a encontrar soluciones a los problemas.

Relajación; Con esta técnica se pretende enseñar a los pacientes a identificar los niveles de tensión muscular que experimentan en las distintas partes de su cuerpo. Consiste en aprender a tensar y luego relajar varios tipos de músculos a lo largo del todo el cuerpo. Una vez que los pacientes aprenden a relajarse podrán utilizarlo como procedimiento rutinario de autocontrol ante cualquier situación de enojo o ansiedad.

Terapia racional emotiva: Ésta es un tipo de terapia directiva basada en la idea de que el malestar psicológico de la gente es causado por creencias irracionales y auto denigrantes, en donde

el trabajo terapeuta consiste en cuestionar esas creencias disfuncionales, esta terapia fue desarrollada y fundada por Albert Ellis.

Terapia constructivista cognoscitiva: psicoterapia diseñada para superar la depresión modificando los patrones autodefensa entrantes de pensamiento, en esta la preocupación radica en que la gente construye continuamente su mundo personal y el cual puede estar distorsionado por los pensamientos adquiridos al inicio de la vida y a las emociones asociadas con ellos. El autor Mahoney, (1983), dice que el trabajo en sesión con la utilización de la Terapia Constructivista Cognoscitiva consiste en pedir a los pacientes que escriban cartas que no desean enviar que contengan historias, situaciones o aspectos de cierta persona, si es posible que se sienten frente al espejo mientras se realiza la carta, lo que se espera de la terapia es que el paciente comprenda su forma única ser, y que el pueda ser testigo de los resultados emocionales y cognoscitivos que se producen.

Sensibilización encubierta: Se retoman con cautela para referir que el uso de procedimientos que dependen más de la imaginación es más efectivo que del uso real de castigo, drogas o estimulación. Por ello con en el uso de la sensibilización encubierta se pide a los pacientes que se imaginen haciendo las cosas que desean eliminar, se les instruye entonces a imaginar eventos aversivos en extremo una vez que tengan claras en su mente las conductas indeseables.

Entrenamiento en Asertividad: originalmente el entrenamiento asertivo se diseñó como tratamiento para personas cuya ansiedad parecía derivarse de su modo tímido de enfrentar las situaciones, hoy en día se han desarrollado gran variedad de programas en Asertividad aplicado para los diferentes problemas psicológicos que se presenten en las personas, desde problemas sexuales, hasta depresión. Así también son distintas las causas por las que el paciente se presenta al consultorio por falta de Asertividad. Así pues la Asertividad es una forma de defender nuestros derechos, opiniones y deseos respetando a los demás, tiene que ver con el lenguaje corporal, facial y gestual, con el tono de voz y con la distancia que guardemos . Lo que se pretende dentro de la terapia es mostrarle al paciente los estilos negativos de la comunicación y que pueda después irlos eliminando de su estilo rutinario, consiguiendo que el paciente vea y acepte la realidad, actúe y hable con hechos concretos y objetivos, tome decisiones por voluntad propia, acepte sus errores y aciertos, pueda desarrollarse sin resentimientos y que permita a otros a obtener éxito.

Autoregistro: Es el manejo consistente en llevar un registro de la frecuencia de una respuesta, este tipo de técnica queda bajo la responsabilidad del paciente, consiste en que el trabajo realizado en cada sesión, el resultado de la misma para beneficio de cada paciente sea reportado por si mismos. El manejo es a través de una tabla que normalmente contiene el número de sesión, lo que se trabajó y el resultado experimentado por el paciente. El registro deberá ser desde la primera hasta la última sesión terapéutica. La finalidad de dicha técnica es que el paciente pueda darse cuenta de los cambios y beneficios que obtiene al asistir a terapia tanto emocionales, conductuales, y cognoscitivos.

El objetivo es que el paciente descubra nuevas formas y conductas y las lleve a su vida diaria beneficiándose de un mayor bienestar y eficacia. Muchos estudios avalan la utilidad de la TCC para tratar a los pacientes con obesidad, pero las dificultades también son importantes en un número de pacientes. Una de las formas con las que se puede conseguir mejores resultados en el mantenimiento de los logros es continuar el contacto con el centro mediante diferentes formas: telefónica, correo ordinario, correo electrónico favoreciendo la capacidad de autoregulación del paciente a través del contacto con el terapeuta.

IV

IDENTIFICACIÓN, INTEGRACIÓN Y CONTRASTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN NIÑOS CON OBESIDAD INFANTIL.

En la búsqueda de Instrumentos de evaluación psicológica en niños con obesidad infantil, se observa que en general hay muy poca información sin embargo este trabajo estará enfocado en cuanto formas de evaluación. Cabe mencionar que México ocupa el primer lugar mundial en obesidad infantil y el segundo en adultos obesos y la información literaria respecto al tema es muy deficiente en cuanto a su tratamiento.

Los instrumentos y técnicas de evaluación son las herramientas que usa el psicólogo para obtener evidencias de manifiestos y privados en niños con obesidad, algunos de éstos que hoy día se aplican son la entrevista, cuestionarios y la auto-observación Sistemática.

Algunas estrategias de evaluación se enfatizan en las variables personales y los métodos utilizados como los autoinformes y las escalas de apreciación que toman en cuenta las variables moleculares (psicofisiológicas y conductuales) y los métodos propuestos tienen que ver con el registro mediante instrumentación o la observación en situaciones controladas, Roa (1995).

4.1 Entrevistas.

Según los autores Vera y Fernández (1989), la entrevista se aplica en la fase de introducción teórica, y más concretamente en el apartado de información genérica con el objetivo de conocer la historia conductual del individuo, y hay dos tipos de entrevista:

General: El objetivo es conocer las áreas vitales del sujeto (relaciones familiares, sexuales, sociales, actividades recreativas y hobbies), factores motivacionales y cognitivos, estado de salud, problemas psicológicos, etc.

Específica: El objetivo es conocer los antecedentes familiares de la/s conducta/s problema/s, la gravedad del problema e historia, especificación del problema, estímulos asociados a la conducta, evaluación de conductas encubiertas, y conductas alternativas.

Las principales ventajas de la entrevista sobre otros tipos de instrumentos de evaluación psicológica son: la relación interpersonal entre el entrevistado y el entrevistador, con el valor empático y emocional que esto conlleva y que puede facilitar posteriormente el proceso de intervención.

4.2 Cuestionarios.

Los cuestionarios son técnicas evaluativas que se utilizan en la fase de introducción teórica para completar los datos obtenidos en las entrevistas, así como para intentar validarlos, objetivarlos y medirlos. Nos ayuda para obtener un diagnóstico diferencial (distinguir entre sujetos) así como un diagnóstico funcional (a la hora de llevarlo a la práctica).

4.3 Auto-observación Sistemática.

Se utiliza en la segunda fase de auto observación y autoregistro con el fin de registrar las propias conductas y poder incidir sobre ellas. A través de ella se obtienen los estímulos asociados a la conducta y su gravedad, y como ya se mencionó el autoregistro se lleva a cabo durante todo el programa.

Para poder intervenir sobre una conducta, lo primero que debe hacer es identificarla con ayuda del terapeuta, gracias a que muchas veces hay conductas de padres o maestros que les afectan directa e indirectamente a los niños en su problema de obesidad. Así en un primer momento habrá que enseñar al paciente abordar su problema, para posteriormente obtener datos acerca de las características topográficas (diagnóstico diferencial) y las relaciones funcionales de los mismos. Para ello la primera tarea del terapeuta será hacer ver al cliente la importancia de obtener un registro preciso acerca de su conducta problema y enseñarle a operativizarla, sustituyendo las definiciones vagas y generales por expresiones claras y concretas susceptibles

de observación y cuantificación. Una vez definido que tipo de sucesos debe observar el sujeto, se decide el método mediante el que llevará a cabo el registro. Los métodos usados en la auto-observación varían en función de las características de las respuestas y de la naturaleza de la misma. Hay que tener en cuenta que la auto-observación está sujeta a un proceso de aprendizaje y que ha de progresar cualitativa y cuantitativamente a lo largo de la aplicación del programa de autocontrol.

En resumen, la auto observación tendría un doble objetivo: Por una parte, motivar al sujeto, al implicarle activamente en el programa y percibir los efectos positivos que la técnica tiene sobre su conducta, y por otra, posibilitar que el sujeto aprenda a detectar qué condiciones propician su conducta problema.

4.4 Estudios Realizados.

4.4.1. Estudio realizado en Chile en 2013.

Estudio Realizado en el año 2013 en Chile, donde se utilizó un instrumento para evaluar prácticas alimentarias en familias chilenas de escolares de 4 a 7 años, donde se diseñó un programa con el objetivo de elaborar y validar un instrumento que permita medir los cambios en actitudes, conocimientos y prácticas alimentarias de las familias de niños de pre básica y básica de escuelas públicas en Chile. En Chile no existen instrumentos validados para poder realizar intervenciones educativas y cambiar hábitos alimentarios en las familias de los niños, por lo cual es necesario contar con instrumentos que permitan medir y evaluar su impacto.

El instrumento consistió en un cuestionario que fue elaborado por los investigadores del proyecto junto con un grupo de expertos, teniendo como referencia los resultados obtenidos en las encuestas de conocimiento y consumo alimentario realizadas a escolares, sus padres, y profesores de una escuela pública.

El cuestionario se estructuró con preguntas que incluían información general sobre el grupo familiar, conocimientos y hábitos de alimentación, prácticas alimentarias de la familia, como ver televisión durante las comidas, comer en familia y existencia de normas de alimentación,

frecuencia de consumo del padre encuestado y una sección de datos de alimentación del niño en el colegio y en el hogar (Anexo 1).

4.5.2 Estudio realizado en Reporte de Trabajo Profesional en (2004)

Se elaboró un programa Cognitivo Conductual piloto con el objetivo de implantar hábitos de alimentación sanos que conllevaran una pérdida lenta y progresiva de peso, en un grupo de 16 personas. Los tres instrumentos básicos de evaluación que utilizaron fueron el autoregistro de comida y bebida, de actividad física y de peso diario. La intervención consta de tres diferentes elementos que se aplican en tiempos diferentes en el orden siguiente: 1) la detección diferencial de la obesidad, 2) la detección funcional de la obesidad y 3) la detección de la adhesión al programa de intervención. Estos elementos se establecen recopilando información en la ficha de identidad, (anexo 2), el cuestionario de sobrepeso, (anexo 3), el cuestionario de Willoughby, (anexo 4), la escala S-S de Bernreuter, (anexo 5), en autoregistros conductuales para establecer el análisis funcional, (anexo 6), así como el cuestionario cognitivo de autofrases, (anexo 7), el autoregistro cognitivo de formato ABC, (anexo 8) y el diario estructurado de escenificaciones cognoscitivas, (anexo 9).

En este estudio mostró la potencia que conlleva la intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de desordenes alimenticios, como lo es la obesidad, ya que este enfoque psicológico contempla diversas variables en diferentes dimensiones espacio-temporales.

V

CONCLUSIONES

La obesidad en general es considerada una epidemia del siglo XXI, sin embargo en su gran mayoría es tratada como un problema médico sin tomar en cuenta que la obesidad es multifactorial y necesitamos apoyarnos para su atención en el modelo biopsicosocial.

Este nuevo modelo ve a los seres humanos como sistemas complejos, de ahí que la enfermedad sea causada por múltiples factores y no por un único factor causa; ya que la enfermedad puede ser causada por una combinación de factores: Biológicos (virus, bacterias, etc.), Psicológicos (pensamientos, conductas, emociones, etc.), y Sociales (economía, familia, etc.).

Para poder atender a un paciente con obesidad es necesario aplicar instrumentos de evaluación que nos van a permitir identificar a la persona, hábitos y pensamientos. Muchas veces es la consecuencia de otros problemas cotidianos como la baja autoestima, el rechazo social y la falta de atención médica o psicológica.

Como bien sabemos la Terapia Cognitivo Conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado por lo que se recomienda en niños y se basa en la teoría del aprendizaje social utilizando una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico y operante.

El tratamiento incluye la modificación de todos los elementos dentro del modelo, dependiendo de la problemática. El tratamiento entonces puede incluir modificación de conductas, cambio en los pensamientos o creencias del individuo, entrenamiento en emociones o cambios en el contexto social del individuo.

Es importante recordar que, al ser un padecimiento tratado de manera multifactorial, es necesario conocer la dieta y rutina asignada al sujeto ya que esto nos permitirá dar un seguimiento en conjunto con la Terapia Cognitivo Conductual. Si bien pareciera que el objetivo de los doctores es disminuir los niveles de grasa en la sangre, lo más importante es que el paciente no se encuentre en riesgo de sufrir algún ataque, o algún problema que desencadene en la muerte del paciente.

Es aquí donde damos la importancia de trabajar con la Terapia Cognitivo Conductual, ya que se muestra como un procedimiento útil para tratar la obesidad. Se trata de modificar no solo el peso si no los hábitos alimentarios y de vida. Además, la dificultad en mantener los logros a lo largo de los años plantea la necesidad de hacer un programa de seguimiento y mantenimiento que pueda garantizar la pérdida de peso conseguida.

En este trabajo se ha encontrado que la obesidad infantil es causada por factores diversos tanto endógenos como exógenos. Pero así mismo se encontró muy pocos instrumentos de evaluación en niños obesos, ya que están destinados en general a jóvenes o adultos reflejando la potencia que conlleva la intervención Cognitivo Conductual.

Se debe tomar en cuenta la importancia de individualizar estas estrategias conductuales a las necesidades de cada paciente, de la misma forma que para las estrategias nutricionales y de ejercicio. Los psicólogos deben investigar la motivación del paciente para ingresar a un programa de reducción de peso y su disposición para implementarlo, además de si cuenta con el apoyo social y familiar para lograr dicha reducción y, sobre todo, el mantenimiento del peso perdido.

El objetivo primario de la terapia cognitivo conductual en niños es mejorar los hábitos de alimentación (qué comer, dónde comer, cuándo comer y cómo comer) y los niveles de actividad física. El tratamiento no ha de ser dirigido al niño solamente, sino también a la familia. Esto es fundamental, ya que el origen de la obesidad en niños se debe muchas veces a no tener buenos hábitos nutricionales de la familia que condicionan el desarrollo de la obesidad.

Estos cambios conductuales son difícil de modificar ya que en algunos casos los padres son los que proveen el alimento a sus hijos o en el peor de los casos los niños son los que deciden que comer. Los padres no entienden y comprenden la problemática que padece su hijo, no se le da el tratamiento y seguimiento adecuado a los niños que viven este padecimiento de obesidad, no realizan actividad física y no tienen una alimentación saludable o adecuada para su edad, talla y peso.

Nos enfrentamos a un problema complejo de salud pública relevante; ya que se sabe que existe una gran cantidad de niños que padecen este problema, pero carecen de un diagnostico y tratamiento oportuno y adecuado.

Por último es importante señalar la carencia de este tipo de intervenciones multidisciplinarias (biomédica y psicológica), ya que la aplicación de estrategias médico-nutricionales conlleva a establecer en los obesos un criterio distorsionado de su padecimiento.

Se recomienda darle más importancia y atención a este padecimiento de obesidad infantil, trabajar o colaborar de manera multidisciplinaria; ya que se necesita el apoyo del psicólogo, médico, dietista o nutriólogo, especialista en deporte y otros especialistas del área de la salud para poder ser tratados. En la búsqueda de información existe una gran área de oportunidad para incluir más investigación respecto a un tema dónde actualmente ocupamos el primer lugar a nivel mundial en padecerlo.

VI

REFERENCIAS

Amigo, I. Fernández, C. y Pérez, M. (1998). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (II): Modificación de las conductas de la salud. En: I, Amigo, C. Fernández y M. Pérez (Eds.) Manual de Psicología de la Salud (328-339). España, Madrid: Pirámide.

Ballester Arnal, R. (1997). Introducción a la psicología de la salud. Aspectos conceptuales. Paidós Barcelona.

Beck, A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and Relation to behavior Therapy. Behavior Therapy. 1, 184-200.

Beck, A., Rush, J., Shaw B., & Emery G. (2008). Terapia Cognitiva de la Depresión. (18 a. Ed.). España: Desclée de Brouwer.

Belar, Dearthoff & Kelly, (1978). The Practice of Clinical Health Psychology. New York: Pergamon Press.

Bower, G. H. & Hilgard, E. R. (1989). Teorías del aprendizaje. México: Trillas.

Bravo Del Toro, A., Espinosa T., Mancilla, L., Tello, M. (2011). Rasgos de Personalidad en Pacientes con Obesidad. Rev. Vol. 16, Núm. 1 Enero-Junio 2011 páginas 115-123.

Caparrós, A. (1990). Historia de la Psicología. CEAC. España.

Carrascoza, C. A. (2007). Terapia Cognitivo Conductual para el tratamiento de la adicción: Fundamentos, Conceptos y Procedimientos Clínicos. México: Facultad de Psicología UNAM.

Casademunt, J. (2005). Sobrepeso y Obesidad Infantil. Barcelona: Océano.

Chinchilla, A. (2003). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia nerviosa, Obesidad y Atracones. Nuevas Generaciones en Neurociencias. Formación continuada en Psiquiatría. Barcelona: Masson.

Fernández, R. Y Buela, C. (1997). Psicología Preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. España: Pirámide.

Fernández, S. (2005). “Experiencias de Tratamiento Integral de la Obesidad Infantil en Pediatría de Atención Primaria” Rev. Pediatría de Atención Primaria Vol. VII, Suplemento 1, 2005. PP. 38-40.

Friedberg, R., & Mc Clure, j. (2005). Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes. Conceptos esenciales. España: Paidós.

García, E., Kaufer, M., Pardío, J. & Arroyo, P. (2010). Perspectivas para su Comprensión y Tratamiento. México: Médica Panamericana.

García-García, E. (2010). Tratamiento del paciente obeso: el paradigma actual.

Gómez, P. (1998). Imagen Corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo? Revista de Psicología y Ciencia Social, (2), 27-23.

Gutiérrez, C. (1998). Hacia una redefinición de la ciencia cognoscitiva. Ponencia leída por invitación en el simposio Cerebros y computadoras, de la Academia Nacional de Ciencias de Costa Rica, Noviembre.

Hassink, S. (2009). Obesidad Infantil. Guía para padres. México: Selector.

Haynes, S.N. (1995). Causalidad Multivariada en psicopatología: introducción a los modelos causales. En V. Caballo, G. Buela-Casal (Eds.), Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos. Madrid: siglo XXI.

Heman, A. y Oblitas, L. (2005). Terapia cognitivo conductual. La contribución Iberoamericana. Bogotá: PSICOM.

Kazdin, A. (1973). Modificación de Conducta. Houghton Mifflin, Boston.

Kazdin, A. E. (1991). Sobre los aspectos conceptuales y empíricos de la Terapia de la Conducta. En V.E. Caballo (Ed.), Manual de técnicas de Terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

Latorre, J. y Beneit, P. (1992) Psicología de la Salud: Aportaciones para los Profesionales de la salud. Argentina, Lumen.

Lydia Lera, Judith Salinas, Gabriela Fretes y Fernando Vio. Validación de un instrumento para evaluar prácticas alimentarias en familias chilenas de escolares de 4 a 7 años. *Prev Chronic Disp* 2013; 28(6):1961-1970. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v28n6/27originalpediatria05.pdf>.

Mahoney, M. J. (1974). Cognition and behavior modification. Cambridge: Ballinger.

Mahoney, M. J. (1983). Cognición y Modificación de Conducta. Trillas, México.

Matarazzo, J. (1980) "Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers of a New Health Psychology". American Psychology. 9, 807-817.

Matarazzo, J. (1995). "Conducta y Salud: Integración de la Ciencia y la Práctica en Psicología y Medicina, un siglo después". Psicología Contemporánea. 2, 1, 16-31.

Mueller, F. L. (1963). Historia de la Psicología. Fondo de Cultura Económica. México.

Oblitas, L. (2004). Manual de psicología clínica y de la salud hospitalaria. 2da. Bogotá: PSICOM.

Oblitas, L. (2005). Atlas de psicología de la salud. Bogotá: PSICOM.

Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y enfermedades crónicas. Bogotá: PSICOM.

Oblitas, L. (2006). Psicología de la salud y calidad de vida. 2 da. México: Thomson.

Oblitas, L. (2007). Enciclopedia de psicología de la salud. Bogotá: PSICOM.

Olaiz-Fernández, G., Rivera-Dommarco, J., Shamah-Levy, T., Rojas, R., Villalpando-Hernández, S., Hernández-Ávila, M. y Sepúlveda-Amor, J., (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Palacio, J. (1990). Terapia estructural cognitiva. Una concepción sobre los procesos de cambio personal. Universitas Xaveriana Cali. No. 5 37-61.

Pérez Lovelle, R. (2002). "La Psicología de la Salud en Cuba". Psicología Científica. Editorial científico- Técnico. La Habana. Cuba.

Puchol E., David. (2002). Teoría y práctica de la psicoterapia cognitivo-conductual. En Memorias del 3 er. Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2002. Valencia, España.

Puhl, R. M. y Heuer, C.A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17, 941–964.

Puhl, R. M. y Heuer, C.A. (2010). Obesity stigma: important considerations for public health. *American Journal of Public Health*, 100, 1019-1028.

Rachman, S. J. (1997). The evolution of cognitive behavior therapy. En D, M. Clarck y C, G, Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Ríos, E. (2002). *Obesidad en Niños de 10-15 años la Relación entre Autoestima, Ansiedad y Depresión*. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Autónoma de México, México.

Roa, A. (1995). Marco teórico Conceptual de la Psicología de la salud. En: A. Roa (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de salud*. (502-569). España: CEPE.

Rodríguez Biglieri, R. & Vetere, G. (2011). Manual de terapia cognitiva-conductual para los trastornos de ansiedad. Buenos Aires: Polemos.

Schaefer, C. (2005). Fundamentos de Terapia de Juego. México: Manual Moderno.

Simón, M. (1999). Manual de Psicología de la Salud: fundamentos. Metodología y Aplicaciones. España: Biblioteca Nueva. Psicología Universidad.

Stallard, P. (2007). Pensar bien sentirse bien: Manual Práctico de Terapia Cognitivo Conductual para Niños y Adolescentes. España: Desclée de Brouwer.

Tavano, L. (1995). Terapia aversiva y algunos síndromes especiales. En: J. Wolpe (Ed), Práctica de la terapia de la conducta. (247-261). México. D.F: Trillas.

Vargas, L., Bastarrechea, R., Lavila, H., González, J., Ávila, H. (2002). Obesidad: Fundación Mexicana para la Salud. A.C. México: Mc Graw Hill.

Vera, M.N. y Fernández, M. C. (1989). Prevención y tratamiento de la obesidad. Barcelona. Martínez Roca.

Vizcarra, I. (2010). Factores Psicológicos y Psicosociales y Socioculturales en el Desarrollo del Sobrepeso. Tesis de Licenciatura Inédita. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

González, V. (2013). Contribución de la Psicología a la Salud: Obesidad. Reporte de Trabajo Profesional. Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Yaroshevsky, M. G. (1979). La Psicología en el siglo XX. Grijalbo, México.

ANEXO 1.

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y
PRÁCTICAS DE ALIMENTACIÓN FAMILIAR PARA PADRES
DE ESCOLARES.**

Grupo Familiar: Cuantas personas viven habitualmente en el hogar incluido Usted: n° _____

Complete la información de cada integrante.

Instrucciones para completar:

- Nombre: sólo primer nombre
- Parentesco con preescolar o escolar: Madre, Padre, Hermano/a, Abuelo/a, Tío/a, otros.
- Edad: en años y para menores de 2 años en meses.
- Educación: Básica, Media, Técnica, Universitaria Incompleta, Universitaria Completa
- Actividad: Trabaja, Estudia, está en casa
- Donde Almuerza: Casa, Trabajo, Establecimiento educacional, No almuerza
- Entrevistado: Marcar quienes fueron entrevistados

Nombre	Parentesco	Edad	Educación	Actividad	Donde Almuerza	Entrevistado

Marque con una X la opción que le parezca correcta.

Afirmaciones	Muy en desacuerdo	en	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Las frutas y verduras contienen fibras y antioxidantes que son buenos para la salud.						
2. Es mejor tomar once que cenar en la noche						
3. Se pueden comer porotos, garbanzos, lentejas o arvejas, en reemplazo de la carne						
4. Los lácteos como leche, yogur y quesillos aportan calcio para la salud de huesos y dientes						
5. Da lo mismo tomar bebidas, jugos o agua, lo importante es tomar 2 litros de líquidos al día para hidratarse						
6. Es bueno comer poca sal y azúcar						
7. Las grasas saturadas son saludables, hay que preferir los alimentos que las contengan						
8. Hay que comer pescado 2 veces a la semana por su contenido de proteínas, minerales y ácidos grasos omega 3						

Sobre los hábitos de alimentación de la familia en general, en su casa.

a) ¿Comen todos juntos cuando están en la casa? SI NO A VECES

b) ¿Ven televisión cuando comen? SI NO A VECES

c) ¿Existen normas de alimentación? SI NO

d) ¿Que comidas se realizan en la casa?

DESAYUNO ____ ALMUERZO ____ ONCE ____ CENA ____ COLACIÓN ____

Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación familiar para padres de escolares

VI. ¿Quién compra los alimentos habitualmente en la casa?

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Abuela (o)
- d) Empleada casa particular
- e) Otro

V. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha consumido los siguientes alimentos?

ALIMENTOS	FRECUENCIA		
	Veces por semana	veces al mes	Nunca
1. Leche entera			
2. Leche semidescremada			
3. Leche descremada			
4. Queso fresco			
5. Queso mantecoso o gouda			
6. Quesillo			
7. Yogur normal o batido			
8. Yogur liviano en calorías (light)			
9. Pescados			
10. Pavo			
11. Pollo			
12. Carne vacuno			
13. Cerdo			

14. Cecinas (vieneas, jamón, mortadela, longanizas, otros)			
15. Verduras			
16. Frutas			
17. Legumbres			
18. Pan blanco			
19. Pan integral			
20. Mantequilla			
21. Margarina			
22. Mayonesa			
23. Snack dulces			
24. Snack salados			
25. Bebidas y jugos con azúcar			
26. Bebidas y jugos de dieta o light			
27. Comidas pre-preparadas para consumo en el hogar			
(Congelados, cárneos envasados, papas duquesas, etc.)			
28. Comidas rápidas preparadas (pizza, hamburguesas,			
Papas fritas, empanadas, comida china, sushi, thai, etc.)			

Cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas de alimentación familiar para padres de escolares

VI. En general, ¿quién prepara la alimentación de los pre-escolares y escolares en la casa? (marque las que corresponda)

- a) Mamá
- b) Papá
- c) Abuela (o)
- d) Empleada casa particular
- e) Otro

VII. Sobre la alimentación de su hijo/a (responder separado si hay preescolares y escolares en la familia)

Preescolar n° _____	Escolar n° _____
. Lleva colación desde la casa (si la respuesta es no, pasar a la pregunta 3)	Lleva colación desde la casa (si la respuesta es no, pasar a la pregunta 3)
a) si	a) si
b) no	b) no
2. Que alimentos lleva de colación:	2. Que alimentos lleva de colación:
a) frutas	a) frutas
b) verduras	b) verduras
c) snacks salados, papas fritas, suflés, etc.	c) snacks salados, papas fritas, suflés, etc.
d) leche o yogur	d) leche o yogur
e) snacks dulces, galletas, chocolates, etc.	e) snacks dulces, galletas, chocolates, etc.
f) pan con agregados	f) pan con agregados
g) bebidas o jugos azucarados	g) bebidas o jugos azucarados
h) jugos naturales	h) jugos naturales
i) agua	i) agua
3. Lleva dinero para comprar en el colegio	3. Lleva dinero para comprar en el colegio

- a) Todos los días de la semana
 - b) _____ días a la semana
 - c) Nunca (pasar a la pregunta 5)
4. Cuánto dinero lleva diariamente al colegio
\$ _____
5. ¿Qué alimentación recibe en el colegio?
- a) Desayuno
 - b) Almuerzo
 - c) Colación
 - d) Ninguna
6. Que comidas recibe en casa, durante la semana
- a) Desayuno
 - b) Almuerzo
 - c) Once
 - d) Cena
 - e) Colación

- a) Todos los días de la semana
 - b) _____ días a la semana
 - c) Nunca (pasar a la pregunta 5)
4. Cuánto dinero lleva diariamente al colegio
\$ _____
5. ¿Qué alimentación recibe en el colegio?
- a) Desayuno
 - b) Almuerzo
 - c) Colación
 - d) Ninguna
6. Que comidas recibe en casa, durante la semana
- a) Desayuno
 - b) Almuerzo
 - c) Once
 - d) Cena
 - e) Colación

ANEXO 2

FICHA DE IDENTIDAD

Fecha: _____

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Fecha de nacimiento: _____/_____/_____

Edad: () Años.

Día

Mes

Año

Sexo: ()

Lugar de nacimiento: _____

Religión: _____

Grado Académico Máximo: _____

Otros: _____

Dirección: _____

Calle

Número

Colonia

Teléfono: _____

Entidad

C.P.

Número de hermanos (as): _____ Lugar que ocupa entre ellos: _____

Estado Civil: _____ Tiempo de vida conyugal: _____

Número de hijos (as): _____ Edad de los hijos: _____

Personas con las que comparte la vivienda: _____

Empleo actual: _____ Otra actividad Laboral: _____

Deportes que practica: _____ Sesiones por semana _____

Toxicomanías: (Cigarro) _____ (Alcohol) _____ (otros): _____

Cantidad

Cantidad

Cantidad

ANEXO 3.
CUESTIONARIO DE SOBREPESO (ANÁLISIS FUNCIONAL)

- ¿Cuántos kilos perdiste en ellos? _____
- ¿Cuánto tiempo se mantuvieron esos resultados después de finalizar el tratamiento?

- ¿Porqué crees que este programa va a ser distinto? _____
- ¿Qué es lo que te atrae de él? _____

3. Especificación del problema:

3.1 Tipo y cantidad de comida y bebida:

Aproximadamente, ¿Cuántas calorías vienes consumiendo al día? _____Kcal.

- De 1, al 12 señala aquellos alimentos que consumes con más frecuencia:

() Grasas (chorizo, salchichas, morcilla, carne de cerdo, etc.)

() Mantequilla y aceites.

() Leche y sus derivados (excepto la mantequilla).

() Huevos.

() Pescados.

() Pan.

() Dulces.

() Legumbres.

() Verduras.

() Frutas.

() Refrescos.

() Bebidas alcohólicas.

- De 1 a 5 señala la forma que sueles comer los alimentos:

() Fritos.

() Cocidos.

() A la plancha.

() Al horno.

() Al vapor.

- ¿Cuáles son tus platos y alimentos preferidos? _____
- ¿Con qué frecuencia los consumes? _____
- ¿Cuáles son tus bebidas predilectas? _____
- ¿Cuántas veces las consumes al cabo del día? _____

3.1 Duración o tiempo empleado en comer:

- ¿Cuánto tiempo aproximadamente tardas en comer la comida fuerte del día?

- Utilizando la siguiente escala relativa a comer rápido-lento. ¿dónde te situarías tú en general?

Lento 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Rápido

- Específicamente, suponiendo que 1 es lento y 10 es rápido, asigna una puntuación a la forma que tienes de comer en las situaciones siguientes:

() En casa, sentado a la mesa y estando acompañado.

() En casa, sentado a la mesa y estando solo.

() En casa, pero no en la mesa (por ejemplo, en el sofá viendo la televisión, en la habitación, etc.) y estando acompañado.

() En casa, pero no en la mesa y estando solo.

() En un comedor universitario estando acompañado.

() En un comedor universitario estando solo.

() En auto servicios de buffet libre estando acompañado.

() En auto servicios de buffet libre estando solo.

() En auto servicios normales estando solo.

() En bares estando acompañado.

() En bares estando solo.

() En restaurantes estando solo.

() En celebraciones sociales, como bodas, bautizos y cumpleaños.

3.2 Frecuencia:

- ¿Cuántas veces comes al día?

- ¿Cuántas bebidas alcohólicas y/o refrescos bebes al día?

- ¿Cuántas veces “picas” o “tapeas” al día?

3. Estímulos asociados con la conducta de comer:

- ¿Dónde sueles comer? _____
- ¿Siempre en el mismo sitio, o sueles cambiar? _____
- Vuelve a las situaciones a las que asignaste tu estilo rápido-lento de comer y escribe en cuáles de ellas comes más y/o más productos “prohibidos”.

- ¿Cuántas veces a la semana comes en estos sitios?

- Señala de 0 al 10 aquellas situaciones en las que no puedes resistir el comer aunque no tengas hambre:

() Cuando se presenta delante algo apetitoso.

() Cuando estás preparando la comida.

() Cuando aún te queda algo en el plato.

() Para que no sobre nada de lo que se ha puesto en la mesa.

() Cuando la comida sabe muy bien.

() Cuando ya ha llegado la hora del aperitivo y/o la hora de la comida.

() Cuando estas viendo algún programa de televisión.

() Cuando estás estudiando.

() Con la cerveza de medio día y/o el cubata de media noche.

() Otras.

- Vuelve a esas situaciones y señala cuántas veces a la semana te ocurre eso:

- En una escala de 0 a 10, donde 0 es nada de hambre y 10 es muchísima hambre, escribe con que cantidad de hambre realizas tus comidas:

() Desayuno.

() Almuerzo.

() Merienda.

() Cena.

- ¿Sueles “saltarte” alguna de esas comidas?
Si No
- ¿Cuáles?

- Has notado si hay estados de ánimo, como el aburrimiento, la depresión, la ansiedad, etc., que te lleven a comer y /o beber?
Si No
- ¿Cuáles?

5. Evaluación de conductas encubiertas:

5.1 Autofrases:

- Escribe aquellas autofrases o pensamientos negativos que hayas observado que te dices a ti mismo/a, con más frecuencia en determinadas situaciones y que te llevan a comer en exceso, o a consumir productos que no querías comer (utiliza el autorregistro de ABC):

Situación (A): _____

Pensamiento (B): _____

Emoción (C): _____

- Escribe aquellas autofrases o pensamientos negativos que hayas observado que te dices a ti mismo/a con más frecuencia después de comer excesivamente o de comer productos que no querías:
-
-

5.2 Objetivos o metas:

- ¿Qué crees que el programa te va aportar?
-

- ¿Cuántos kilos esperas perder cada semana?
-

- ¿Cuántos kilos quieres perder en total?
-

- ¿Cuánto tiempo piensas que mantendrás las pérdidas?
-

- ¿Qué harías si con el tiempo, una vez acabado el programa, empezaras a ganar peso?
-

- ¿Crees que perder peso va a ser rápido y fácil?
-

- ¿Perder peso es el único objetivo que persigues en este programa?

Si No

- ¿Qué otro?
-

- ¿Crees que seguir algún día la dieta o no hacer ejercicio físico significaría el fracaso del programa?

Si No

- ¿Y el no perder peso en una semana?

Si No

- ¿Qué harías si algo de lo anterior ocurriera? _____
- ¿Te pillas a ti mismo/a a veces fantaseando acerca de atiborrarte de alguna comida predilecta cuando acabe el programa?
Si _____ No _____
- ¿De cuál?

-
- ¿Cómo crees que afectará el perder peso a tu vida?

-
- ¿Qué crees que conseguirías si pierdes peso?

-
- ¿Cómo te ves a ti mismo/a si lo consigues?
-

5.3 Nivel de Motivación.

- Consideras los beneficios y los sacrificios, los pros y los contras, de seguir en un programa de adelgazamiento. Beneficios como tener mejor tipo, mejor salud, sentirse mejor, agradar a los compañeros, etc. Y aspectos negativos como privarse de ciertas cosas o no comer tanto como uno desearía, el problema de comer fuera de casa, etc. Escribe los beneficios porqué quieres perder peso y en los sacrificios a qué crees que tienes que renunciar para conseguirlo:

Beneficios

(pros):

Sacrificios (contras):

6. Evaluación de la actividad física:

- En la siguiente escala, relativa a llevar una vida físicamente activa o sedentaria, ¿dónde te colocarías tú?

Totalmente activa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Totalmente sedentario

- Siguiendo tu autorregistro de actividad física, ¿Cuántas veces a la semana realizas actividades cotidianas, como andar o subir escaleras?
-

- Siguiendo tu autorregistro de actividad física, si realizas algún deporte, ¿cuánto tiempo le dedicas a la semana?
-

ANEXO 4

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY

En: Wolpe J. (1990).

Consta de 25 preguntas a las que responde con una escala de 5 puntos: (0-4). Alrededor de la mitad de las preguntas dan información sobre áreas comunes de reactividad neurótica; son principalmente interpersonales, y la otra mitad indica grados de sensibilidad emocional general. El cuestionario es un indicador altamente significativo de la neurosis. Las disminuciones en la puntuación esta correlacionadas con la mejoría del paciente. Pero es posible que una persona obtenga una puntuación Willoughby baja y sea, sin embargo, muy neuróticas en áreas que no cubre este programa.

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Con las preguntas de este inventario se intenta descubrir diversas características emocionales de la personalidad. No es de ninguna manera una prueba, pero no hay respuestas correctas o erróneas para ninguna de las preguntas.

Después de cada pregunta se encontrará una fila de números cuyo significado se muestra más adelante. Todo lo que usted tiene que hacer es trazar un cirulo alrededor del número que lo describa mejor.

0 significa “no”, “nunca”, “de ninguna manera”, etc.

1 significa “un poco”, “a veces”, “algo”, etc.

2 significa “la mitad de las veces”, “en promedio”, etc.

3 significa “generalmente”, “muy a menudo”, “con frecuencia”, etc.

4 significa “casi siempre”, “totalmente”, etc.

1. ¿Se pone nervioso al presentarse en público? 1 2 3 4
2. ¿Se preocupa cuando pasa por experiencias humillantes? 1 2 3 4
3. ¿Tiene miedo a caer cuando está en un lugar alto? 1 2 3 4
4. ¿Se hieren fácilmente sus sentimientos? 1 2 3 4
5. ¿Se queda usted en un rincón en las reuniones sociales? 1 2 3 4
6. ¿Se siente usted feliz y triste alternativamente sin saber por qué? 1 2 3 4
7. ¿Es usted tímido? 1 2 3 4
8. ¿Se distrae con frecuencia? 1 2 3 4
9. ¿Se desalienta fácilmente? 1 2 3 4
10. ¿Dice usted las cosas al color del momento y luego se arrepiente? 1 2 3 4
11. ¿Le gusta estar solo? 1 2 3 4
12. ¿Llora fácilmente? 1 2 3 4
13. ¿Le molesta que haya gente que lo mire trabajar aún cuando lo hace bien? 1 2 3 4
14. ¿Le hiera mucho que lo critiquen? 1 2 3 4
15. ¿Cruza usted la calle para evitar encontrarse con alguien? 1 2 3 4
16. En una reunión o recepción, ¿evita usted encontrarse con la persona más importante que se halle presente? 1 2 3 4
17. ¿Se siente usted desgraciado con frecuencia? 1 2 3 4
18. ¿Titubea usted para ofrecerse como voluntario en una discusión o debate en clase?
1 2 3 4
19. ¿Está solo con frecuencia? 1 2 3 4
20. ¿Pierde naturalidad ante sus superiores? 1 2 3 4
21. ¿Le falta confianza en sí mismo? 1 2 3 4
22. ¿Le preocupa su aspecto personal? 1 2 3 4
23. Si ve usted un accidente, ¿hay algo que le impida ofrecer su ayuda? 1 2 3 4
24. ¿Se siente usted inferior? 1 2 3 4
25. ¿Le cuesta trabajo decidirse hasta que el momento de la acción ha pasado? 1 2 3 4

ANEXO 5
ESCALA S-S DE BERNREUTER Y CLAVE DE LAS
PUNTUACIONES.

En Wolpe J. (1990).

Una puntuación normal está generalmente entre 24 y 42. Una puntuación menor de 20 muestra una ausencia notable de autosuficiencia. Las puntuaciones bajas se encuentran en casos de sobredependencia, muchos de los cuales se presentan a sí mismos como agorafóbicos. La gente de autosuficiencia baja a menudo, encuentra difícil seguir instrucciones de autoaserción.

A continuación se presentan una serie de preguntas, haga el favor de contestar (si o no) según sea su caso o situación.

1. Si No ¿Preferiría trabajar para sí en vez de cumplir el programa de un superior que respeta?
2. Si No ¿Por lo general disfruta cuando pasa una tarde solo?
3. Si No ¿Lo han entretenido más los libros que los compañeros?
4. Si No ¿Siente la necesidad de tener contactos sociales más amplios que los que tiene?
5. Si No ¿Se desalienta fácilmente cuando las opiniones de los demás difieren de la suya?
6. Si No ¿Lo recompensa más a admiración que los logros?
7. Si No ¿Por lo regular prefiere guardar sus opiniones para si?
8. Si No ¿Le molesta ir solo al cine?
9. Si No ¿Le gustaría tener un amigo muy a fin con el que pudiera planear actividades diarias?
10. Si No ¿Puede calmar sus propios temores?
11. Si No ¿Lo humillan las burlas cuando sabe que tienen razón?
12. Si No ¿Cree que podría absorberse tanto en el trabajo creativo que no notaría la falta de amigos íntimos?
13. Si No ¿Desea arriesgarse solo en una relación de resultados dudosos?
14. Si No ¿Encuentra que la conversación le ayuda más que la lectura para formular sus ideas?
15. Si No ¿Le gustaría ir de compras solo?
16. Si No ¿Necesita su ambición estímulos ocasionales a través de contactos con gente de éxito?
17. Si No ¿Le cuesta trabajo toma decisiones solo?
18. Si No ¿Preferiría hacer todos los preparativos necesarios para un viaje arreglado de antemano?
19. Si No ¿Le afecta mucho el elogio o la censura de mucha gente?
20. Si No ¿Por lo general evita pedir consejos?

21. Si No ¿Considera que guardar las costumbres y las maneras sociales es un aspecto esencial de la vida?
22. Si No ¿Quiere que haya alguien con usted cuando recibe malas noticias?
23. Si No ¿Le incomoda sr “diferente” o poco ordinario?
24. Si No ¿Prefiere tomar decisiones apresuradas solo?
25. Si No Si fuera a iniciarse en el trabajo de investigación, ¿preferiría ser ayudante en el proyecto de otro en vez de trabajar independientemente?
26. Si No Cuando esta deprimido, ¿trata de encontrar a alguien que le levante el ánimo?
27. Si No ¿Ha preferido estar solo la mayor parte del tiempo?
28. Si No ¿Prefiere hacer viaje con alguien que se encargue de todo lo necesario en vez de correr la aventura de viajar solo?
29. Si No ¿Por lo general, hace usted las cosas en vez de que alguien le muestre cómo hacerlas?
30. Si No ¿Le gusta especialmente tener atención de sus conocidos cuando está enfermo?
31. Si No ¿Prefiere encarar solo las situaciones peligrosas?
32. Si No ¿Por lo general puede darse cuenta de sus errores sin que los señalen?
33. Si No ¿Le gusta hacer amigos cuando va a lugares nuevos?
34. Si No ¿Puede dedicarse durante mucho tiempo a una tarea fatigosa sin que alguien lo empuje o aliente?
35. Si No ¿Tiene periodos de soledad?
36. Si No ¿Le gusta conocer opiniones de los demás antes de tomar una decisión importante?
37. Si No ¿Le molestaría cualquier trabajo que lo hiciera vivir aislado unos cuantos años, por ejemplo, de guarda bosques, etc.?
38. Si No ¿Prefiere un juego a un baile?
39. Si No ¿Trata comúnmente de hacerse cargo de otras responsabilidades?
40. Si No ¿Hace amigos con facilidad?
41. Si No ¿Puede ser optimista cuando otros se deprimen mucho por usted?
42. Si No ¿Trata de seguir su propio camino incluso si tiene que luchar por eso?
43. Si No ¿Le gusta mucho estar con otra gente?
44. Si No ¿Obtiene tantas ideas en el momento que lee como las que obtiene durante una discusión posterior a la lectura?
45. Si No ¿En los deportes, ¿prefiere participar en competencias individuales más que en juegos de equipo?
46. Si No ¿Enfrenta generalmente sus problemas por sí solo, sin buscar ayuda?
47. Si No ¿Encuentra más diversión o buen humor en las cosas cuando está en grupo que cuando está solo?
48. Si No ¿Le disgusta encontrar su camino en lugares extraños?
49. Si No ¿Puede trabajar feliz sin elogio sin reconocimiento?
50. Si No ¿Piensa que el matrimonio es esencial para su felicidad?

51. Si No Si unos cuantos de sus amigos lo amenazaran con romper relaciones por algún hábito que ellos consideran vicioso en usted, y en el que usted no viera nada malo, ¿abandonaría el hábito para conservar los amigos?
52. Si No ¿Le gusta que le hagan sugerencias cuando está ocupado en algún acertijo?
53. Si No ¿Prefiere comúnmente hacer sus propios planes solo en vez de hacerlos con los demás?
54. Si No ¿Encuentra con frecuencia que la gente es más estimulante para usted que para cualquier otro?
55. Si No ¿Prefiere estar solo en los momentos de tensión emocional?
56. Si No ¿Le gusta tener responsabilidades solo?
57. Si No ¿Suele comprender mejor un problema estudiándolo solo que discutiéndolo con otros?
58. Si No ¿Encuentra que relatar a los demás sus buenas noticias personales es la mejor parte del gozo que le proporcionan?
59. Si No ¿Se basa generalmente en su propio juicio?
60. Si No ¿Le gusta practicar juegos en los que no hay espectadores?

Clave Bernreuter (la respuesta subraya cuenta un punto).

1. <u>Si</u>	No	21. Si	<u>No</u>	41. <u>Si</u>	No
2. <u>Si</u>	No	22. Si	<u>No</u>	42. <u>Si</u>	No
3. <u>Si</u>	No	23. Si	<u>No</u>	43. Si	<u>No</u>
4. Si	<u>No</u>	24. <u>Si</u>	No	44. <u>Si</u>	No
5. Si	<u>No</u>	25. Si	<u>No</u>	45. <u>Si</u>	No
6. Si	<u>No</u>	26. Si	<u>No</u>	46. <u>Si</u>	No
7. <u>Si</u>	No	27. <u>Si</u>	No	47. Si	<u>No</u>
8. Si	<u>No</u>	28. Si	<u>No</u>	48. Si	<u>No</u>
9. Si	<u>No</u>	29. <u>Si</u>	No	49. Si	<u>No</u>
10. <u>Si</u>	No	30. Si	<u>No</u>	50. <u>Si</u>	No
11. Si	<u>No</u>	31. <u>Si</u>	No	51. Si	<u>No</u>
12. <u>Si</u>	No	32. <u>Si</u>	No	52. <u>Si</u>	No
13. <u>Si</u>	No	33. Si	<u>No</u>	53. Si	<u>No</u>
14. Si	<u>No</u>	34. <u>Si</u>	No	54. <u>Si</u>	No
15. <u>Si</u>	No	35. Si	<u>No</u>	55. <u>Si</u>	No
16. Si	<u>No</u>	36. Si	<u>No</u>	56. <u>Si</u>	No
17. Si	<u>No</u>	37. Si	<u>No</u>	57. <u>Si</u>	No
18. <u>Si</u>	No	38. <u>Si</u>	No	58. Si	<u>No</u>
19. Si	<u>No</u>	39. <u>Si</u>	No	59. <u>Si</u>	No
20. <u>Si</u>	No	40. Si	<u>No</u>	60. <u>Si</u>	No

ANEXO 6
AUTOREGISTROS CONDUCTUALES.

Día: _____/mes: _____/año: _____

Nombre: _____.

Hora: _____ Lugar: _____.

Compañía social: _____.

Actividad que realizaba: _____.

Escriba en cada rubro según corresponda (inicio, desarrollo del evento, final), que sucede cuando usted mantiene la tendencia conductual de consumir alimentos no planeados.

Inicio:

Desarrollo del evento:

Final:

Día: _____/Mes: _____/Año: _____.

Nombre: _____.

Indique para cada una de las comidas que realice durante el día la siguiente información:

	Desayuno	Almuerzo	Cena	Otras
Hora del día.				
Tiempo empleado en comer.				
Cantidad de hambre.				
Actividad realizada mientras se come.				
Lugar donde se come.				
Comida y bebida (tipo y cantidad):				
Comida y bebida (calorías aproximadas):				

ANEXO 7
CUESTIONARIO COGNITIVO DE AUTOFRASES.

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Responsable de aplicación:

Nombre: _____.

Talla: _____ mts.

Edad: _____.

Peso Actual: _____ Kg.

Escolaridad: _____.

Grasa: _____ %.

Ocupación actual: _____.

Grasa

Corporal: _____ Kg.

Tratamiento

Práctica deportiva: _____.

anterior _____.

Estado Civil: _____.

INSTRUCCIONES:

Los siguientes enunciados son una recopilación de pensamientos que representan en forma global el estilo de auto-declaraciones que tienen algunas personas con respecto a variables relacionadas con la obesidad.

Con las preguntas de este cuestionario se intenta descubrir algunas características de sus pensamientos en lo referente a la obesidad. Por lo cual le pedimos lea cuidadosamente y marque con paréntesis (), en el número correspondiente de la escala que se presenta (de nunca o siempre) si la siguiente oración es idéntica o se asemeja a una auto-declaración suya.

Ejemplo:

- | | |
|---------------------------|--|
| 1) Me gusta ser obeso. | Nunca (0) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 2) Me alimento sin hambre | Nunca 0 1 2 3 4 (5) 6 7 8 9 10 Siempre |
| 3) Quiero bajar de peso | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 (10) Siempre |

OBJETIVOS PARA BAJAR DE PESO

1. Cueste lo que cueste haré lo que sea para bajar dos kilos de grasa esta semana.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
2. Cada vez que me pese en esta báscula debo pesar mucho menos.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
3. Voy a seguir al pie de la letra este programa, pero si llego a fallar mejor me olvido de esto.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
4. Ahora si me voy a sacrificar para alcanzar mi meta y perder esta grasa.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
5. No vuelvo a comer pastel en toda mi vida aunque me fascine.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
6. Por ningún motivo debo salirme del programa (quita kilos), pase lo que pase.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
7. Vale la pena sufrir si logro bajar en esta semana la barriga.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
8. Mi meta es dejar de sr gordo en tres meses.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
9. Si ya estoy en esto ahora me aguanto; pero si no veo resultado inmediato, es que esta porquería no sirve para bajar de peso.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
10. Me urge ponerme este viernes el vestido de noche, aunque tenga que ayunar toda la semana.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre

CAPACIDAD PARA BAJAR DE PESO

1. Cueste lo que cueste haré lo que sea para bajar dos kilos de grasa esta semana.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Cada vez que me pese en esta báscula debo pesar mucho menos.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Voy a seguir al pie de la letra este programa, pero si llego a fallar mejor me olvido de esto.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Ahora si me voy a sacrificar para alcanzar mi meta y perder esta grasa.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. No vuelvo a comer pastel en toda mi vida aunque me fascine.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Por ningún motivo debo salirme del programa (quita kilos), pase lo que pase.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Vale la pena sufrir si logro bajar en esta semana la barriga.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Mi meta es dejar de sr gordo en tres meses.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Si ya estoy en esto ahora me aguanto; pero si no veo resultado inmediato, es que esta porquería no sirve para bajar de peso.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Me urge ponerme este viernes el vestido de noche, aunque tenga que ayunar toda la semana.	Nunca Siempre	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

EXCUSAS PARA BAJAR DE PESO

1. Si no fuera por mi trabajo si podría hacer dieta.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
2. Es imposible comer correctamente con un horario como el mío.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
3. El problema es que los niños comen galletas frente a mí, y hacen que se me apetezcan.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
4. Estoy tan nervioso todo el tiempo que solo comiendo puedo relajarme.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
5. A veces me es imposible portarme bien porque tengo una vida social muy activa.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
6. Para poder cambiar mis hábitos alimenticios tendría que cambiar los hábitos de toda mi familia y eso es imposible.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
7. Si los demás no te ayudan es imposible seguir una dieta.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
8. Espero que si mañana tengo tiempo comienzo la dieta.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
9. Mi pareja sabotea mis esfuerzos siempre que intento estar a dieta.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
10. Mi problema es que como no puedo desayunar llego con mucha hambre a la hora de la comida.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre

PENSAMIENTOS SOBRE COMIDA

1. Tuve imágenes mentales de empanadas y pasteles toda la tarde ha de significar que necesito azúcar.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
2. Después de ordenar la comida, continuo pensando en lo que pedí en lo que traen.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
3. A veces por la tarde me la paso imaginando estar tomando café con galletitas.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
4. El mayor placer en la vida es comer y no es justo que hasta de eso me prive.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
5. Cuando voy a visitar a mi suegra solo voy pensando en que me va a invitar a comer.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
6. Mi cuerpo me pide de menos una golosina al día y si no la como hasta mal me siento.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
7. Lo que más me gusta del fin de semana es que me destrampo comiendo de todo.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
8. En la alacena y refrigerador siempre me gusta que haya mucha comida.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
9. En épocas de frío es necesario comer chocolatito.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
10. Siempre que voy a una fiesta pienso en la comida que ofrecerán.	Nunca 0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre

KILOGRAMOS PERDIDOS

1. Tanto esfuerzo para nada, no he perdido un solo gramo.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
2. Mi compañero si sale del plan y baja más que yo, para mi no funciona.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
3. Si me hubiera esforzado más ya habría perdido bastante peso.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
4. Ya estoy fastidiado de bajar tan poco.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
5. Le estoy fallando a todos, no bajo nada.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
6. Ella come de todo y está bajando, sin embargo yo que me sacrificio tanto no bajo nada.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
7. ¿Por qué no me porte bien?, ¿jamás lograré bajar tanta grasa!.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
8. Esto es terrible; no se que voy hacer, no logro bajar absolutamente nada.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
9. Casi no me he salido del plan y sigo igual de gorda.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre
10. Este tratamiento no sirve, tanto sacrificio y no bajo ni medio gramo.	Nunca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Siempre

ANEXO 8

AUTORREGISTRO ABC

Día: _____/Mes: _____/Año: _____.

Nombre: _____.

Hora: _____ Lugar: _____.

Compañía social: _____.

Actividad que realizaba: _____.

En el presente registro se identifican las situaciones (A) en las que se diga autofrases negativas. El contenido de estas autofrases debe registrarlo en (B). Finalmente, en (C). Registre los sentimientos y conductas a las que le llevan esas autofrases.

(A) SITUACIONES
(B) PENSAMIENTO, O CONTENIDO DE LAS AUTOFRASES
Autoverbalización:
Imágenes internas:
(C) SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS CONSECUENTES.

ANEXO 9

**DIARIO ESTRUCTURADO DE ESCENIFICACIONES
COGNITIVAS.**

Registro de ejercicio Físico.

En Fernández y Vera (1998).

Nombre: _____ Fecha: _____.

Indique el número de veces o el tiempo aproximado que dedica a realizar cada una de las siguientes actividades físicas.

Ejercicio Físico	Días de la semana						
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Pasear							
Andar a paso ligero							
Subir escaleras							
Bajar escaleras							
Montar en bicicleta							
Tabla de gimnasia							
Deportes							
Correr							
Tenis							
Fútbol							
Otros							
Tareas domésticas							
Otras actividades							