



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**"UNA APROXIMACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
EN EL ABORDAJE PSICOLÓGICO EN PACIENTES
OBESOS"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A (N)

VICENTE GONZALEZ VILLALOBOS

Directora: Mtra: Estela Pérez Vargas

Dictaminadores: Mtro: Samuel Bautista Peña

Lic: Alejandro Gaona Figueroa





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.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
1. La psicología de la salud en el tratamiento de la obesidad	7
2. Antecedentes históricos de la obesidad	13
2.1 Antecedentes históricos de la obesidad en México	18
3. Factores bioquímicos que promueven la obesidad	19
3.1 Fisiología y fisiopatología de la obesidad	22
4. Estadísticas de la obesidad en México	25
5. Técnicas cognitivo-conductuales para el tratamiento de la obesidad (Descripción de estrategias)	28
5.1 Estrategias de autocontrol	28
5.2 Habilidades en resolución de problemas	32
5.3 Desensibilización sistemática	46
5.4 Terapia cognitiva centrada en esquema	49
5.5 Cadenas conductuales	51
5.6 Asertividad	57
6. Objetivos	59
7. Método	62
8. Conclusiones	64
9. Bibliografía	73
10. Anexos	89

RESUMEN

La obesidad es un tema de relevancia social, de acuerdo con datos obtenidos de la OMS cada vez va en aumento a nivel mundial. Se ha investigado el tema desde distintas perspectivas psicológicas, el presente trabajo se basa en la perspectiva cognitivo conductual, se agregan elementos como: estrategias múltiples, discriminación, etc. Este trabajo tiene como objetivo proponer un programa de intervención cognitivo-conductual para modificar los hábitos que promueven y mantienen la obesidad en individuos jóvenes. Se concluye que con los elementos abordados dentro de la propuesta se podría mejorar la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual, por último, se sugiere que se lleve a cabo el plan de trabajo y se analicen los resultados para futuras modificaciones.

Palabras clave: Obesidad, psicología, cognitivo conductual, propuesta.

INTRODUCCIÓN

Obesidad: un problema de salud pública.

Leira (2005) señala que la alimentación es una de las necesidades primordiales del ser humano, se podría decir que la más básica, ya que nuestro organismo necesita la ingesta de nutrientes para el mantenimiento de sus funciones vitales, es por eso que dentro del desarrollo humano existen una serie de conductas, conocimientos y habilidades que le permiten saciar la necesidad de alimento, las cuales forman complejas series de hábitos nutricionales que de no ser saludables para el organismo pueden dar lugar al desarrollo de enfermedades como el sobrepeso y la obesidad, así como a diversos padecimientos asociados como la diabetes, la hipertensión arterial y padecimientos óseos entre otros.

En relación con lo anterior, Leira menciona que en algunas sociedades contemporáneas los medios masivos de comunicación y otros agentes de socialización mantienen una constante promoción de imágenes corporales en las cuales el ideal estético es la delgadez. Este hecho se presenta en comerciales televisivos que aluden a la belleza, a la salud, a la popularidad y a la pertenencia a un grupo socioeconómico selecto, esto se puede observar en la creciente propuesta de productos “light”, alimentos bajos en grasas, en sodio y en azúcares en el mercado; más aún, algunas marcas de prendas de vestir solamente diseñan atuendos para este grupo de personas delgadas.

En contraparte a esto, se presenta un instigante bombardeo de publicidad que sugiere el consumo de alimentos “chatarra” de bajo valor nutritivo y alto valor calórico promoviendo así cuerpos obesos.

De igual modo, Vargas, Bastarrachea, Laviada, González, y Ávila (2002) hacen referencia a que la imagen que los individuos desean de sí mismos es producto de las expectativas sociales; las cuales, por medio de la popularización, de la educación, las costumbres, los rituales y los mitos, han permitido esta enajenación. Kirchner, Torres y Forns (1998) mencionan que el sujeto es elemento de su realidad y que ésta actúa sobre él, con base en la situación y contexto que lo rodea.

Corona (1998) dice que en la actualidad se lleva una práctica disciplinaria y sociocultural del cuerpo en la cual se le ostenta y oculta como un simple objeto integrándolo como elemento de mercantilización generalizada implementando una moda del cuerpo, de sus atuendos, de lo que debe consumir y cómo debe hacerlo, según la categoría económica en la cual se ha clasificado este cuerpo. Esta dicotomía mercantilista promueve de forma sutil, precisa y diferencialmente sofisticada tanto la enfermedad como la cura, estableciendo consecuentemente en los individuos el ejercicio de la voluntad y el deber sobre el deseo. Con lo cual las industrias farmacéuticas, de la alimentación, del vestido y de la información entre otras, se sirven y crecen a costa de este concepto del cuerpo moderno. Raich (1998) explica que, como consecuencia de lo anterior, en algunas adolescentes la interiorización del ideal cultural de delgadez, con relación al cual se compara el propio cuerpo real, promueve la insatisfacción corporal y consecuentemente genera repudio y vergüenza de su imagen y peso, lo cual es el principal predictor de los trastornos alimentarios. Gómez (1998) refiere que la satisfacción o insatisfacción corporal depende del cuerpo percibido, el 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. Saldaña (1994) dice que aún con manifestaciones muy diferenciadas a los desórdenes alimentarios, la obesidad tiene puntos en común a éstos, como que la mayor población afectada son mujeres las cuales presentan insatisfacción por la forma y tamaño de su cuerpo, que mantienen estados emocionales negativos presentando baja autoestima a consecuencia de la dificultad para controlar su peso y que en general muestran un gran deseo por adelgazar.

En la actualidad se define la obesidad como un problema de salud referente a una acumulación anormalmente excesiva de tejido adiposo. La Organización Mundial de la Salud (OMS 2012), ha propuesto la ecuación: $(\text{peso}/\text{talla}^2)$ para así establecer el Índice de Masa Corporal (IMC), siendo éste un indicador simple de la relación peso talla, que se utiliza con frecuencia para identificar el sobrepeso y los diferentes grados de obesidad. Otra de las clasificaciones utilizadas en lo concerniente a los

niveles de obesidad, es la propuesta por Stunkard (1984, citado en Saldaña, 1991), quien establece tres niveles: 1) leve o ligera que va del 20 al 40% por encima del peso ideal; 2) moderada, que abarca del 41 al 100% sobre el peso ideal, y 3) grave que corresponde a más del 100% del peso ideal. En relación a esta clasificación de los niveles de obesidad, Barón (1993) comenta que los padecimientos relacionados con el exceso de tejido adiposo se acompañan de un aumento tanto en morbilidad como en mortalidad y que el índice de masa corporal incrementa en función proporcional al nivel de obesidad; es decir, si ésta es leve, moderada o grave. McLaren, (1992) involucra a la obesidad con padecimientos como la diabetes, hipertensión arterial, problemas óseos, cardiovasculares, articulares y musculares. También dice que los obesos presentan más riesgos en las cirugías.

La obesidad mantiene una gran incidencia, prevalencia y reincidencia a nivel mundial por lo que, en lugar de ser controlada, ha tendido a mantenerse por una serie de diversos factores, entre los cuales Tavano (1995) menciona los socioeconómicos, raciales, o relacionados al estilo de vida. Por su parte Steinberg (1990) explica que entre los factores va implicada la edad, sexo, religión y el número de generaciones que han vivido en un país o región. Es importante tomar en cuenta la posible multicausalidad de dos o más factores e implicar al respecto elementos metabólicos, endocrinos, genéticos, sociales, raciales, conductuales y cognitivos. Por otro lado, estudios estadísticos y sociológicos muestran un elevado porcentaje de población obesa a nivel mundial. Saldaña (1991) explica que el 60% de los niños con sobrepeso se convierten en adolescentes obesos y que del 75% al 80% de los niños obesos de 9 a 13 años mantienen alta probabilidad de ser adultos obesos. También Tavano (1995) expone que según encuestas en América Latina, entre el 24% y el 50% de las mujeres adultas de nivel socioeconómico bajo son obesas. Y que en nuestro país se ha encontrado la siguiente población de mujeres adultas obesas: en el D.F. 15.2%; en el norte, 18.3%; en el centro, 13.0% y en el sureste, 13.7%, lo que da un porcentaje nacional del 60.2. Por su parte Rojas–Martínez y Villalobos (2010) precisan que los últimos datos obtenidos en México por la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) muestran que la población adulta obesa en 1993 tenía una prevalencia de 21.20% y la Encuesta Nacional de

Salud (ENSA) refiere que ya para el año 2000 esta prevalencia había aumentado a un 25.14%. Según la encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2006), los adultos obesos de ambos sexos se mantenían en un 31.28%, acentuándose más este padecimiento en las mujeres.

Los datos estadísticos muestran la necesidad de establecer métodos preventivos para el control e inicio de la obesidad temprana, para lo cual es importante enfatizar la educación dirigida a los padres en función a la crianza. Mc Laren (1992) menciona que la mujer embarazada debe saber cómo prevenir el exceso de peso por sí misma, pero también debe aprender cómo evitar la obesidad irreversible en las etapas tempranas de la vida de su niño.

Por su parte López (1997) dice que cuando la alimentación habitual implantada en la edad temprana es excesiva en azúcares refinados, en grasas animales y pobre en fibras la obesidad es la consecuencia más común. También Guyton y Hall (1998) explican que en función a la idea prevalente que mantienen los padres, respecto a que sus hijos deben hacer tres comidas al día y que cada una de estas debe dejarlos "llenos", es que se presenta el problema de obesidad en numerosas familias. Asimismo, Saldaña (1991) dice que existe preocupación por parte de los investigadores del área por los problemas que pueden desarrollarse en la población obesa de niños y adolescentes ya que en la sociedad actual el modelo estético tiende a la delgadez siendo signo de aceptación, de inteligencia, de mayor destreza y éxito escolar.

Por su parte Mahoney y Mahoney (1995) hablan del mantenimiento de la obesidad en la etapa adulta como el resultado de establecerse en un hábito alimenticio en el cual se consume más energía de la que se elimina y también en función de la falta de actividad física y que esta conducta alimenticia es reforzada tanto por el contexto ambiental como por el grupo social con el cual el obeso interactúa. Otro aspecto determinante es el que refiere

Stuart (1981) en el cual se implica la carencia de estrategias de auto-control y/o la falta de habilidades en los obesos para detectar la serie de cadenas conductuales que los llevan al consumo de alimentos de alto valor calórico sin tener fisiológicamente hambre. Mahoney (1988) explica que los procesos cognoscitivos

tales como las falsas creencias y las ideas irracionales son factores cruciales para que el obeso se mantenga en una actitud que no le ayudará a controlar su problema de obesidad.

Es importante mencionar que la dimensión psicológica de la obesidad involucra diferentes factores de aprendizaje, entre los cuales Fernández y Vera (1998) exponen conductas de alimentación desordenadas con un consumo excesivo de calorías lo cual se presenta como consecuencia de subestimar el aporte calórico de ciertos alimentos, otro factor es la rapidez con la que se come, también el hecho de que algunos obesos asisten a restaurantes (buffet libre), en donde por un precio único pueden comer todo cuanto deseen. Estos autores enfatizan la importancia de los estímulos externos asociados a la ingesta como son: el lugar donde se come, la compañía, la vista y el sabor de los alimentos, el tiempo transcurrido desde la última comida y las actividades que se realizan mientras se come, también consideran los estímulos internos como el hambre, ya que según el nivel de ésta, se puede promover una ingesta excesiva, tanto por el comer sin hambre, como por el comer con demasiada hambre. También explican que algunos estados afectivos llevan a incrementar la ingesta; por último, es importante mencionar que las auto-frases que el obeso se dice a sí mismo influyen poderosamente para que coma en exceso por ejemplo, “no puedo controlarme cuando veo la comida”, “estoy aburrido, cansado, agobiado, comeré y me sentiré mejor. Saldaña y García (1997) mencionan que los obesos tienen un estilo de comer, ya que comen tan aprisa que reciben el “feedback” de saciedad cuando ya han consumido gran cantidad de alimentos, asimismo su alimentación es muy frecuente y lo hacen en situaciones diversas según la facilidad de acceso a los alimentos, otro aspecto son las falsas creencias que tienen algunos en relación a pensar que la gordura es signo de opulencia económica o de salud, o que un tratamiento es bueno si logra adelgazar rápidamente a la persona.

Landa (1999) ha evidenciado que al precisar la dimensión psicológica de la salud-enfermedad, se deben atender la multiplicidad de factores que intervienen en el proceso, por lo cual también es importante señalar que la mayoría de obesos mantienen un comportamiento sedentario, presentan un déficit en conductas asertivas en lo que concierne a la instigación de consumo de alimentos que reciben

de su entorno social y constantemente mantienen escenificaciones cognoscitivas de consumo alimentario excesivo. Ahora bien, la psicología de la salud considera entre los factores psicológicos de la obesidad, las actitudes y pautas culturales, la naturaleza de los hábitos, el estado emocional, las creencias sobre la salud y el padecimiento, la percepción de los síntomas y la estructura del sistema sanitario.

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017 apartado 9 establece que el tratamiento psicológico se basa en “Realizar la valoración y el apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias; así como de la adherencia terapéutica; indicar el tratamiento y manejo de los problemas psicológicos, familiares y sociales del paciente con sobrepeso u obesidad, y referir al paciente con el nutriólogo o médico, cuando el caso lo requiera.”

De igual manera Reynoso y Seligson (2005) mencionan que la tarea del psicólogo conductual en el área de la salud implica modificar los estilos de vida, diseñar programas que permitan el entrenamiento de personas hacia una vida saludable, la prevención de enfermedades, mejorar la calidad y condición de vida de personas con enfermedades crónico-degenerativas y el desarrollo de programas de rehabilitación.

1. LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD

Stone (1979, citado en Roa, 1995) dice que al hablar de psicología de la salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas del sistema de salud. Así también Matarazzo (1980, citado en Ballester, 1997) expone que la psicología de la salud es el conjunto de las 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 la identificación de sus correlatos etiológicos diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, el análisis y mejora del sistema de salud y la formación en política sanitaria. A partir de un análisis hecho por Cardozo y Rondón (2014) se puede afirmar que la definición de la psicología de la salud ha ido evolucionando, sin embargo, todas las definiciones concuerdan con que es la rama de la psicología que tiene como propósito estudiar los procesos y comportamientos asociados al mantenimiento y promoción de la salud de los individuos dentro de su medio ambiente. Entre dichas definiciones destaca la realizada por Oblitas (2000 en Cardozo y Rondón 2014): “Se define como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad” (p 1084), además la propuesta por Friedman y Adler (2011 en Cardozo y Rondón 2014): “Desde un punto de vista académico se puede definir como el estudio científico de los procesos psicológicos relacionados con la salud enfermedad, en tanto que desde el punto de vista profesional se puede considerar como el empleo de los hallazgos desde las teorías psicológicas básicas y de las investigaciones realizadas por expertos hacia el conocimiento y promoción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que promuevan la salud.”

Buela, Sierra y Carrobles (1995) mencionan que la división de psicología de la salud de la APA ha establecido diez objetivos prioritarios para ésta, los cuales son:

1. Comprender y evaluar la relación existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos, de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques médicos en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos conductuales y cognitivos pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar programas dirigidos a incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que a las relaciones médico-paciente se refiere.
8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y cómo se combinan éstos para mejorar la eficiencia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Describir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Beneit (1994) agrega que uno de los objetivos de la psicología de la salud es responder a cuestiones como las siguientes:

- ¿cómo se relacionan los comportamientos humanos con la salud?,
- ¿cómo evolucionan los hábitos de salud a lo largo de la vida,
- de qué forma se adquieren,

- hasta qué punto son estables y
- qué papel juegan en ello las variables individuales?

Dentro de esta disciplina, los profesionales tienen como tarea analizar las variables psicológicas que se encuentran relacionadas a diversas enfermedades, con la finalidad de realizar programas para abordarlas, que pueden desarrollarse en tres niveles de prevención: el primario se refiere a la protección de la salud en el ambiente de la persona y la prevención de la enfermedad que se da con la interacción entre las personas y en cambios en el estilo de vida, la prevención a nivel secundario se lleva a cabo cuando factores asociados a la enfermedad ya entraron en juego y se requiere evitar el desarrollo o que la enfermedad se convierta en algo crónico, por último el nivel terciario se implementa cuando ya se cronificó la enfermedad y se empiezan a presentar complicaciones asociadas a la misma, el objetivo de este nivel es detener su progreso y evitar la incapacitación del individuo. De la psicología de la salud se desprenden diversas perspectivas, sin embargo, destaca por su efectividad la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales tales como la reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación progresiva y brindar información acerca de la enfermedad, las cuales son benéficas para cuestiones psicológicas y en consecuencia para una mejoría en la calidad de vida. Con respecto a la obesidad, las investigaciones en psicología de la salud indican que existen diversas variables psicológicas asociadas a este padecimiento, tal es el caso del bajo autocontrol, baja autoestima, baja autoeficacia e insatisfacción con la imagen corporal por lo que los programas diseñados para esta problemática deben incluir entrenamientos en autorregulación de la conducta, cambios en el medio social, así como cambios en las creencias sobre el control de peso y aumento de la autoestima.

Los hábitos alimentarios de cada individuo (conductas que después de ser reforzadas intermitentemente pueden ser mantenidas de por vida), se establecen y mantienen según su historia de reforzamiento, la cual está construida por factores sociales como la familia, los amigos y el ambiente laboral, por factores biológicos como por ejemplo las necesidades o requerimientos calóricos, energéticos y de saciedad y por último, también están involucrados los factores psicológicos, entre

los cuales se pueden mencionar las preferencias de sabores, las creencias respecto a la buena nutrición, la planeación de la sesión alimentaria, las necesidades de compañía social durante la sesión de alimentación, etc. Al respecto, Roa (1995) dice que llevar a cabo hábitos dietéticos balanceados tiene como resultado mantener un peso adecuado a la estatura y edad, previniéndose la hipertensión arterial, la hiperlipidemia, diabetes mellitus, problemas durante el embarazo, una amplia variedad de problemas óseos y articulares como artritis, dolor de espalda y caderas, así como alteraciones morfológicas y funcionales de las articulaciones de la rodilla y tobillo.

Por lo cual, bajo el enfoque de la psicología de la salud y con el uso de estrategias cognitivo-conductuales, se enfatiza la necesidad de modificar los hábitos alimentarios insanos ya sea para prevenir la obesidad o para habilitar nuevas conductas alimentarias que lleven a los pacientes con obesidad a un estado de salud permanente. Para esto se han considerado dos marcos de intervención psicológica para la atención en los problemas de la conducta alimentaria, los cuales son:

1. El análisis conductual aplicado (Mahoney y Mahoney,1995; Rimm y Masters,1990; Stuart,1981, y Wolpe,1990), en el cual se realizan manipulaciones de eventos antecedentes y consecuentes a una respuesta establecida según los principios del aprendizaje, utilizando estrategias de autocontrol.
2. Las estrategias cognoscitivas (Mahoney, 1988; Mahoney y Mahoney, 1995; Fernández y Vera,1998; y Ellis y Abrahms,1980), promueven el cambio de cogniciones (imágenes internas y auto-frases), lo cual se logra alterando las ideas irracionales que causan y mantienen disturbios emocionales. Estas estrategias permiten también la sustitución o cambio de las escenificaciones cognitivas involucradas tanto en el establecimiento de hábitos inadecuados, como en las actitudes negativas hacia los tratamientos.

Así entonces, la aplicación de estrategias cognitivo conductuales para la modificación y control del inadecuado estilo de vida alimentaria del obeso, se presentan como una alternativa poderosa y de amplio espectro a corto y largo plazo,

presentando múltiples ventajas entre las cuales se pueden mencionar: la posibilidad de aplicación grupal de las diferentes técnicas, el bajo costo económico para la realización de las tareas, la economía en tiempo de aplicación, la observación directa por parte del paciente con respecto a los eventos que propician y mantienen las cadenas conductuales que lo llevan al padecimiento de sobrepeso u obesidad, los beneficios que representa a la intervención médica el incremento de la adhesión a los programas dietéticos y de actividad física para la reducción de grasa corporal, el auto-monitoreo de los avances y de los ajustes o alteraciones que se van realizando en el comportamiento alimentario del paciente, lo cual permite la sustitución de algunas creencias erróneas que dificultan que los individuos con obesidad comprendan las variables involucradas en el mantenimiento de su problema de obesidad.

2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD

De acuerdo con Salas, García y Sánchez (2005), los antecedentes de la obesidad comienzan en la prehistoria, cuando los humanos vivían como recolectores y cazadores; en este tiempo se presentó una escasez de alimento, que permitió que en los individuos predominará el genoma humano con “genes ahorradores” que ayudaban a una mayor supervivencia y a que alcanzaran la edad de reproducción. Posteriormente se cambió el hábito de cazador-recolector por la producción de alimentos, proceso conocido como transformación neolítica, la cual resulta importante, ya que es un primer antecedente a las sociedades modernas que favorecen la obesidad. Puerto (2015) menciona que, en este momento, la alimentación estaba estrechamente relacionada con el ambiente, por lo que antes de la invención de la agricultura difícilmente se puede hablar de obesidad. En esta época la única evidencia de la existencia de la obesidad fue que se elaboraron durante la misma, figuras de mujeres con exceso de volumen, aunque también están relacionadas con la representación de maternidad y fecundidad.

En la edad antigua algunos países presentaron acontecimientos importantes respecto a la obesidad, como en:

Egipto. Se veía la obesidad como un signo de ahorro de energía y de poder, por lo cual era un estado deseable. Sin embargo, en este mismo lugar en los siglos XXI-XVIII A.C se puede leer por primera vez una asociación de la glotonería con la obesidad, así como una condena del comer con exceso, es decir empieza a verse como algo negativo.

Grecia. Hipócrates realizó en el siglo V a.C. un estudio de la enfermedad, a través de la observación de los síntomas de las personas, éste señala que la obesidad está presente frecuentemente en los casos de muerte súbita y que en las mujeres es causa de infertilidad y reduce la menstruación, este personaje también desarrolló teorías acerca del funcionamiento del cuerpo, las cuales se basaban en los elementos y humores, la enfermedad era vista como un estado de desequilibrio de dichos elementos. A partir de estas teorías se desarrollaron consejos acerca de la obesidad relacionados con la laxitud muscular y la complexión, así como la importancia del ejercicio.

Por su parte Platón (siglo V-VII), mediante la observación, estableció que una dieta equilibrada es la que contiene todos los nutrientes en cantidades moderadas y que la obesidad está asociada con la disminución de la esperanza de vida

Roma. Galeno se basó en la cultura hipocrática para elaborar algunos conceptos y teorías, para él no existe circulación sanguínea, si no que la sangre se origina en el corazón después de la digestión para alimentar la carne, por lo que la obesidad es una degeneración que sucede cuando en lugar de convertir los alimentos en sangre, los convierte en flema o agua y se da una acumulación de estas sustancias dando lugar al sobrepeso (Puerto, 2015). Además, Galeno identifica dos tipos de obesidad, la natural y la mórbida, concebía la obesidad como un estilo de vida inadecuado y sus consejos estaban encaminados a corregir esta desviación.

Cultura cristiana. En esta cultura, se hicieron aportaciones acerca de la obesidad, tanto san Pablo en el siglo 1 d.C. como San Agustín en el siglo V y san Gregorio en el siglo VII. Se incorporó la glotonería como uno de los 7 pecados capitales, aunque

en esta época la obesidad no era frecuente hasta que la producción y disponibilidad de alimentos incrementó.

De igual manera en la Edad Media hubo cambios muy significativos, como es el caso de:

Medicina árabe. Avicenna (según Foz, 2004). En la edad media la medicina árabe adquirió mucho prestigio y difusión, su representante más importante fue Avicenna en los siglos X y XI, su aportación más importante en el campo de la obesidad son una serie de recomendaciones: 1) procurar un rápido descenso de los alimentos por el estómago y el intestino 2) comer alimentos voluminosos, pero poco nutritivos 3) Tomar un baño antes de comer 4) hacer ejercicio intenso.

Siglo XIV Imperio bizantino. Salas, García y Sánchez (2005), mencionan que el médico bizantino más importante fue Aetlus, él atribuía la obesidad a la dieta abundante y a la crisis o temperamento del cuerpo, de acuerdo con las ideas de Galeno, prescribía el consumo de vegetales, fruta, pescado y pollo, además de evitar mantequilla, carne, mariscos, queso o vino, aconsejaban la fisioterapia, entre los procedimientos más comunes de ésta, los baños termales con agua caliente para favorecer la sudoración.

Japón. Existía interés por clasificar las enfermedades y sus síntomas específicos, se identifica a un sujeto obeso como una persona que come y bebe sin medida, esto fue representado en un pergamino el cual relacionaba la obesidad con el consumo de comestibles además de otros síntomas como la sudoración excesiva y la respiración fatigosa. Por otra parte, debido a las ideas culturales que se tenían en esa época se podría retribuir la enfermedad al karma o al fracaso moral de esta vida o anteriores.

Siglos XVI – XVII. En esta etapa, en Europa aumenta la publicación de textos y monografías médicas, lo que permite conocer más a fondo la obesidad como enfermedad. Se publicaron a finales del siglo XVI y durante el siglo XVII, estos textos trataban principalmente aspectos clínicos de la obesidad, y a pesar de que estos

estaban aún influenciados por las ideas de Hipócrates y Galeno, aportaban principios sobre aspectos físicos y químicos.

Por otro lado, el sobrepeso estaba relacionado con símbolos de fecundidad y atractivo sexual, así como salud y bienestar, esto se demuestra en algunas imágenes pictóricas, para ser modelo se necesitaba pesar al menos 200 libras e incluso en algunos textos literarios se demuestra un aprecio hacia esta condición en la mujer.

Siglo XVIII: (Primer mitad) Durante esta etapa tuvieron mucha difusión las enseñanzas del médico holandés Herman Boerhave, en sus pláticas retomó ideas de Hipócrates y de Galeno, creía que la salud dependía de una adecuada interacción de los vasos y los fluidos. Los síntomas que él proponía con respecto a la obesidad pueden ser válidos en la actualidad, entre ellos: tipo de aire respirado, tipo y calidad de alimentos y fluidos que ingerimos, tipo de evacuaciones, tiempo de reposo y ejercicio, estado emocional de la mente y calidad del sueño; consideraba que la obesidad era una alteración con responsabilidad individual.

Se publican, además, tesis doctorales sobre obesidad, destaca también la primera monografía sobre la obesidad de Thomas Short, titulada "*Discourse on the causes and effects of corpulency together with the method for its prevention and cure*", en la que afirma que la obesidad es un estado mórbido, es causa del sedentarismo y del consumo de algunos alimentos como dulces, grasas y sustancias ricas en aceite, además de ser vinculada con la pereza y la glotonería.

Siglo XVII.

Segunda mitad: En esta etapa se realiza la segunda monografía sobre la obesidad por Malcolm Flemyng, el cual expone en su obra la obesidad como una enfermedad ya que limita las funciones del cuerpo y acorta la vida, relaciona la obesidad con cuatro causas de ésta: 1) exceso de comida, especialmente del tipo graso, 2) una alteración en la textura de la membrana celular, 3) un anormal estado de la sangre que facilitarían el depósito de la grasa y 4) una evacuación defectuosa. En esta monografía da consejos relacionados con la alimentación, señala que la dieta debe

ser moderada y que los individuos deberían levantarse de la mesa sin haber saciado totalmente el apetito, recomienda comer pan moreno en vez de pan blanco, raíces, verduras y vegetales.

En el año de 1765, Joannes Baptista Morgagni publica obra en cinco tomos “*De Sedibus et Causis Morborum per Anatomen Indagata*”. Esta toma relevancia ya que con su publicación se inicia la teoría anatomopatológica de la enfermedad, ya que Morgagni realiza una minuciosa observación de las vísceras e intenta relacionar estos hallazgos con la presentación clínica de las enfermedades.

Al finalizar este siglo, en el año 1799, J. Tweedie delimita el concepto de enfermedad para la obesidad mórbida: «*Corpulency is in very different degrees in different persons; and may be often considerable without being considered a disease but, however, there is a certain degree of it which will generally be allowed to be a disease*».

Por último, en la edad contemporánea y conforme a los avances tecnológicos e ideológicos se dieron cambios más relevantes con respecto a las épocas anteriores, tal es el caso de:

Siglo XIX

Medicina Francesa: Después de la revolución francesa, hubo muchos avances en la medicina, principalmente en París en donde se focalizó la enseñanza de la medicina. Se expusieron en el Textbook of medicine de Hufteland en 1842 las ideas que se tenían de la obesidad en ese periodo histórico: en cuanto al diagnóstico se menciona la excesiva acumulación de grasa en todo el organismo o en alguna de sus partes, impidiendo funciones de las partes afectadas, tal como la dificultad de circulación sanguínea y la obstrucción de la secreción y excreción, las causas de la obesidad son el uso inmoderado de los alimentos, principalmente la carne, mientras que el ejercicio y la eliminación son escasos, por último en cuanto al tratamiento se enfoca a disminuir la ingesta y a aumentar la eliminación.

Medicina alemana: Después de las primeras tres décadas del siglo, el prestigio de la medicina de París se trasladó a Alemania, donde se dio el descubrimiento de la teoría celular, la cual aportó que algunos tipos de obesidad podían depender de un aumento de las células adiposas y la teoría de la conservación de energía, la cual mencionaba que durante la actividad muscular se conservaban la masa y la energía. De acuerdo con Foz (2004), Adolphe Quételet publicó en 1935 su obra *Sur l'homme et le développement de ses facultés: essai de physique sociale*, la cual es una gran aportación para la aplicación de métodos cuantitativos en el estudio de la enfermedad, en ella establece el índice de Quételet, conocido en la actualidad como índice de masa corporal.

Medicina inglesa: Esta no tuvo la importancia que tuvo la francesa y alemana, sin embargo, también tuvo representantes como Graves, Stokes, Corrigan, Hodgkin, Bright, Adison y Gull; sus aportaciones al campo de la obesidad son descriptivas, de modo que en diversas obras se describen algunos casos de obesidad mórbida, además se discute el término de normalidad y sobrepeso.

Siglo XX

Primera mitad: Sigue vigente el prestigio de la medicina francesa y alemana, después se comienza a desplazar a Estados Unidos, se clasifica la obesidad como endógena o exógena, la primera proveniente de factores genéticos y la segunda de factores externos como exceso de ingesta de alimentos y sedentarismo, además se identifican otros tipos especiales de obesidad de tipo hormonal.

Durante la segunda mitad de este siglo, en Estados Unidos se inicia el estudio de la obesidad experimental y la profundización en estudios metabólicos para mejorar la comprensión de los mecanismos de la acumulación adiposa, se empiezan a desarrollar métodos de modificación de la conducta alimentaria para el tratamiento de la obesidad. La modificación conductual, el tratamiento psicológico y la utilización de fármacos son métodos que pueden ser útiles en muchos pacientes, así como la cirugía bariátrica la cual incrementó su uso en este siglo.

Epidemia del siglo XXI

En el inicio del siglo XXI se han dado datos relativos al incremento de la prevalencia de la obesidad, lo cual debe implicar a los profesionales sanitarios, gobiernos, servicios de salud pública, a la industria alimentaria, los educadores, espacios públicos para fomentar el deporte y al público en general. Un aspecto positivo de esta etapa es que los avances científicos pueden contribuir a la lucha contra la obesidad, además que existe un conocimiento de los mecanismos de regulación del peso corporal para el futuro desarrollo de medicamentos más eficaces para el tratamiento de la obesidad.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA OBESIDAD EN MÉXICO

De acuerdo con Guerra, Valdez, Aldrete y López (2006), en México el principal problema en el siglo pasado era la desnutrición, la cual sigue siendo una dificultad de gran relevancia en la actualidad. Sin embargo, tal como menciona Córdova (2016), en el México del siglo XXI los cambios sociales y económicos han producido un cambio en las actitudes y hábitos, en especial los alimenticios, tales como dietas inadecuadas altas en hidratos de carbono, (con exceso de azúcares y harinas), dietas altas en grasas, (las cuales promueven dislipidemias como colesterol y triglicéridos elevados en plasma) y por otro lado, malos hábitos que promueven conducta sedentaria, (reducción en la actividad física). Esto a su vez lleva a las personas a correr riesgos y enfermedades, tales como el sobrepeso y la obesidad, la cual destaca por ser uno de los grandes retos de la salud pública en México. Se ha observado que en México, en las últimas décadas, se han producido patrones de consumo de alimentos ricos en colesterol, como las grasas de origen animal (saturadas), los azúcares (refinados), los cereales (refinados) y otros como el sodio, etc.

Por lo anterior, se considera que en el país se requiere difundir estrategias diseñadas por psicólogos, médicos, nutriólogos, enfermeras y todos los demás profesionales de la salud para promover estilos de vida adecuados en las personas, que les permitan mantener su cuerpo y sus emociones en un estado de salud plena.

Dichas estrategias, deben considerar la cultura alimentaria, así como aspectos del desarrollo social y económico.

3. FACTORES BIOQUÍMICOS QUE PROMUEVEN LA OBESIDAD

Para Raymond y Mahan (2017) la obesidad se relaciona directamente con el estilo de vida, el ambiente y la genética, los cuales a su vez tienen interrelación con aspectos psicológicos, culturales y fisiológicos. Estos autores mencionan que la obesidad se encuentra relacionada con la genética en algunos aspectos, por ejemplo, las señales que dan lugar a la saciedad y a la conducta alimentaria, ya que sus alteraciones pueden repercutir de manera directa en el peso del individuo, por lo que, si se requiere un cambio en la dieta a largo plazo, se tienen que modificar las conductas alimentarias relacionadas con la genética. Aspectos como un estilo de vida sedentario y la insuficiencia de ejercicio físico son determinantes para el desencadenamiento de la obesidad, así como el uso de medicamentos (antidepresivos, psicotrópicos, esteroideos, etc.), el ritmo de sueño, los niveles de estrés y ritmos cardíacos. Además, están las respuestas placenteras que induce la ingesta de comida excesiva.

Por otra parte, se ha descubierto que existen virus patógenos que promueven el exceso de peso. La microflora y la absorción de nutrientes en el organismo juegan un papel importante en la obesidad, esto se debe a que se cree que dentro de la microflora existen bacterias firmicutes y bacteroidetes, las cuales promueven o inhiben la absorción de nutrientes respectivamente, por lo que aumentan o disminuyen el peso en función del estado nutricional del individuo.

La obesidad y el sobrepeso se han categorizado al dividir el peso entre la talla al cuadrado en un individuo, de tal manera que cuando el rango de IMC es igual o superior a 25 hablamos de sobrepeso y cuando hablamos de un IMC igual o superior a 30 nos referimos a obesidad, del mismo modo podemos entender que la obesidad y el sobrepeso implican una acumulación de grasa que puede ser generalizada o localizada, es decir, podemos hablar de una obesidad y/o podemos hablar de un exceso de grasa corporal tanto de extremidades como en el área central aunque

regularmente la obesidad va a la par del sobrepeso, se puede presentar una sin necesidad de que exista la otra. De este modo, puede ser evaluada de distintas maneras: utilizando el IMC, con la medida de la circunferencia de la cintura o del cuello.

La obesidad se ha considerado insana, ya que se encuentra directamente relacionada con otros padecimientos, tal es el caso de las cardiopatías, la diabetes tipo II, la infertilidad, la apnea del sueño, tumores endocrinos, esteatosis hepática no alcohólica, cicatrización deficiente, riesgo de cáncer, entre otros.

La obesidad según Morales (2010) se puede clasificar, en sobrepeso normal cuando el IMC es igual a 27, siempre y cuando represente un factor de riesgo, es decir cuando ésta se encuentre asociada a un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. A partir del IMC 40 se le considera como una obesidad mórbida. Además, existen otras clasificaciones de la obesidad que van de acuerdo con los siguientes parámetros:

- Por su origen: endógeno cuando es por algún motivo hormonal o metabólico y exógeno cuando se da por la ingesta excesiva de calorías.
- Primaria y secundaria: la primera cuando se da un desequilibrio entre la digestión de alimentos y la segunda cuando ciertas enfermedades son causa de un aumento en el tejido adiposo.
- Por la topografía del tejido adiposo: la obesidad ginecoide se caracteriza por la acumulación de grasa en cadera, muslos y glúteos; obesidad tipo androide se manifiesta en la acumulación de grasa en cara, región cervical, tronco, abdomen y por último la visceral que se identifica por la acumulación de grasa alrededor de las vísceras.
- A nivel celular: se clasifica en hiperplásica la cual se caracteriza por un aumento de células adiposas y en hipertrófica que es el aumento de adipocitos.
- Por su etiología: de origen endocrino, de origen hipotalámico, de origen genético y por medicamento.

En general, una modificación del estilo de vida y la toma de conciencia acerca de las conductas relacionadas con la alimentación, pueden dar lugar a un cambio permanente, esto ayuda tanto a la salud de los individuos como a su bienestar en una sociedad, ya que se desconoce a la obesidad como una enfermedad crónica y se tienen prejuicios acerca de la misma. Entre los tratamientos que se utilizan actualmente para este padecimiento están las dietas sustitutivas, las cuales consisten en reemplazar algunos elementos de la dieta por algunos otros, generalmente empaquetados o en forma de barra con fórmulas que contienen los nutrientes que el cuerpo necesita pero presentan menos calorías, se asiste a programas de autoayuda, el ayuno o dietas, estas técnicas han sido impulsadas y abiertas al público en general gracias al uso del internet y de las tecnologías, sin embargo pueden llegar a ser poco beneficiosas para la salud.

El tratamiento que se propone para este padecimiento es interdisciplinario, es decir con intervención de varios profesionales de la salud, tales como médicos, especialistas en nutrición y terapeutas, con el objetivo de reducir y mantener un peso promedio con respecto a alguna medida global, comenzando con reducciones leves hasta notar un cambio considerable en el caso de individuos obesos, esto debido a que una pérdida drástica de peso lleva a una debilidad provocada por la falta de alimentos, entre otras consecuencias tales como bradicardia, estreñimiento, presión e incluso hasta la muerte.

En cuanto a un nivel bioquímico, la obesidad se puede describir de una manera más compleja, como indican Stryer, Berg y Tymoczko (2013), para explicar lo anterior debemos considerar que existe un proceso llamado homeostasis calórica, en el cual el cuerpo tiene la facultad de mantener una cantidad adecuada de energía obtenida de los alimentos. Este fenómeno implica señales bioquímicas y elementos comportamentales; las señales bioquímicas a corto plazo transmiten la sensación de saciedad desde el intestino a regiones específicas del cerebro, lo cual provoca que se reduzca la ansiedad por ingerir alimentos, una de las señales más relevantes a corto plazo es llamada colecistoquinina, que es un conjunto de hormonas de diferente tamaño, las cuales se unen en diferentes puntos para dar lugar a la sensación de saciedad, otra señal de gran relevancia es el péptido similar al

glucagón tipo 1 y la ghrelina, las cuales de igual manera inhiben el apetito y originan una sensación de saciedad. Al transcurrir horas o días, dos moléculas son las encargadas de dirigir la homeostasis calórica, la leptina y la insulina, en primer lugar la leptina informa sobre los estados de los almacenes de triacilgliceroles; la leptina se origina en cantidad proporcional a la grasa acumulada y sus efectos en el cerebro son en particular en el núcleo arcuato del hipotálamo donde hay un conjunto de neuronas que expresan péptidos estimuladores del apetito, la leptina los inhibe y esto causa que el deseo de comer disminuya, por tanto, la resistencia a la leptina puede contribuir a la obesidad en las personas. Por otra parte, la insulina tiene la función de informar sobre las condiciones de la glucosa en la sangre, además inhibe el consumo de alimento.

La diabetes es la enfermedad metabólica más común en el mundo; esta enfermedad se clasifica en diferentes tipos: en primer lugar está la diabetes tipo I, la cual se caracteriza porque los individuos que la padecen dependen de la dosificación de insulina para sobrevivir y la diabetes tipo II, la cual resulta cuando el organismo no produce suficiente insulina y/o es incapaz de utilizar la insulina adecuadamente (resistencia a la insulina), este último tipo de diabetes se encuentra asociado directamente con la obesidad.

Como ya se ha mencionado, una de las estrategias para atacar la epidemia de obesidad y sus trastornos asociados es la dieta, existen principalmente dos tipos de dieta: baja en carbohidratos y baja en grasas. De igual manera, el ejercicio es uno de los tratamientos más eficaces para la obesidad y otros padecimientos relacionados con la misma, esto se debe a que el ejercicio aumenta la sensibilidad a la insulina para quienes tienen una resistencia a esta sustancia.

3.1 FISIOLÓGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DE LA OBESIDAD

La obesidad es considerada una enfermedad crónica basada en la adiposidad o ABCD (por sus siglas) ya que no solamente se basa en el IMC, si no también enfatiza un enfoque en las complicaciones que determinan las decisiones terapéuticas y los resultados deseados. Proponiendo el posicionamiento de la

medicina del estilo de vida en la promoción de la salud integral, y no únicamente en el primer algoritmo sino mediante una acción central y omnipresente. Es decir, se propone la promoción de la salud, el primer nivel de atención y la prevención. Al tejido adiposo anteriormente se le conocía como el principal sitio de producción de esteroides sexuales, posteriormente se identifica la leptina (hormona que produce el adipocito) y actualmente se le conoce como un reservorio de energía. Se ha descubierto una gran variedad de moléculas con una gran actividad biológica producida y secretada por los adipocitos, denominadas adipoquinas.

El tejido adiposo constituye el mayor porcentaje de la economía corporal y tiene un potencial de crecimiento casi ilimitado a cualquier edad ya que se expande en función de la alimentación de la persona. El tejido adiposo tiene una división de dos categorías que son tejido adiposo visceral y tejido adiposo subcutáneo. El tejido adiposo subcutáneo es aquel tejido visible considerado un tejido antiestético y constituye el 80% de toda la grasa corporal, tiene una gran actividad lipoproteinlipasa ya que pasa por medio de la lipólisis y la beta-oxidación, también tiene altas concentraciones de leptina y adiponectina.

Por otro lado, el tejido adiposo visceral constituye del 5 – 10% de la grasa corporal total, contiene receptores de glucocorticoides, hormona relacionada con el estrés; los ácidos grasos que aquí se presentan están sujetos al drenaje hepático, así como la existencia de citocinas proinflamatorias y una mayor captación de glucosa. Algunas de las hormonas que segrega el tejido adiposo son la leptina que regula la ingesta de los alimentos, estableciendo el balance de energía en sujetos de peso normal. Las concentraciones séricas de esta hormona también se correlacionan de manera positiva con la masa del tejido adiposo y la reducción del apetito. Es decir, mientras mayor cantidad de tejido adiposo haya, mayor cantidad de leptina circulante habrá, lo cual funciona como una señal del sistema cerebral que hará que disminuya la ingesta de comida. En los seres humanos es habitual que las personas con obesidad tengan niveles de leptina circulante más elevados ya que hay una mayor presencia de tejido adiposo y esto les desarrolla una resistencia a los efectos de saciedad de leptina.

Otra hormona muy importante es la adiponectina, que es una de las hormonas más abundantes en el tejido adiposo y está relacionada con propiedades antiaterogénicas, antiinflamatorias e insulinoestabilizantes, ya que puede producir la síntesis hepática de glucosa e incrementar la beta-oxidación de ácidos grasos. En personas con patologías que constituyen el síndrome metabólico esta hormona se encuentra en cantidades más bajas.

La resistina es otra hormona que induce a la resistencia de la insulina en modelos animales y tiene una acción paracrina atenuando los efectos de insulina, con mecanismos controversiales y aun no muy claros.

Hormonas como la visfatina también son encontradas en el tejido adiposo y se relacionan con patologías como la diabetes y la obesidad, se encuentra fácilmente en la grasa visceral y aparentemente juega un papel secundario en el metabolismo de la glucosa al ser una molécula mimética con la insulina. Por último, la omentina es una hormona secretada en su mayor parte por la grasa visceral.

4. ESTADÍSTICAS DE LA OBESIDAD EN MÉXICO

El tema de obesidad tiene relevancia social a nivel mundial, tal como indica la OMS (2016) desde 1975 la cifra de personas obesas en el mundo se ha triplicado, en niños menores de 5 años, en los cuales la misma institución reporta que en el 2016, 41 millones de ellos padecían sobrepeso o eran obesos, 340 millones niños y adolescentes de 5 a 19 años y más de 1900 millones de adultos sufrían sobrepeso u obesidad, lo cual afecta también de manera importante la tasa de morbilidad en países de bajo o mediano desarrollo, tal es el caso de México donde es muy común encontrar problemas de obesidad y desnutrición coexistiendo en un mismo entorno, además se reporta un aumento en los factores de riesgo de enfermedades tales como la obesidad y sobrepeso, sobre todo en zonas urbanas.

De manera específica, en México se realizan publicaciones que presentan datos sobre la preeminencia de la obesidad y sobrepeso en diferentes tipos de población, de acuerdo con el sexo, edad, lugar de residencia, entre otros datos demográficos. Estos reportes toman importancia ya que a partir de ellos pueden obtenerse datos cuantitativos que demuestren en qué aspectos relacionados con tales

padecimientos se puede trabajar y en qué tipo de población y de este modo crear un plan de acción y atacar directamente el problema.

Tal es el caso la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la cual se realiza en México y permite conocer el estado de salud y estado nutricional de distintos grupos poblacionales en el país, ésta reportó en el año 2006 que la prevalencia de obesidad en niños menores de 5 años osciló entre 5 y 5.6%, en niños escolares (de 5 a 11 años) la prevalencia fue de 26%, en adolescentes de 11 a 19 años la prevalencia fue del 23.3% y en los adultos mayores de 20 años se observó un índice de 69.3%. Posteriormente se realizó la encuesta en el año 2012 y se presentaron resultados de la siguiente manera: niños menores de 5 años con una prevalencia de 9.7%, en cuanto a los niños de 5 a 11 años se dio en un 34.4%, en adolescentes 21.65% y en adultos 73.9%, lo cual representa un aumento en la prevalencia en todos los grupos de edad respecto al año 2006, con excepción de los adolescentes, sin embargo el porcentaje se redujo en una cantidad poco significativa. La encuesta más reciente realizada fue en el año 2016, en la cual se reportó, en niños 33.2%, en adolescentes 36,3% y finalmente en adultos 72.5%, esto indica una disminución en la prevalencia en niños y adultos, pero poco significativa y en cuanto a los adolescentes un aumento considerable respecto al 2006. Cabe mencionar que en el 2016 no se reportaron estadísticas de sobrepeso y obesidad de niños de menores de 5 años. De igual manera vale la pena destacar que a pesar de que a simple vista las cifras variaron poco de una encuesta a otra, al paso de una década (que es el periodo que abarca del 2006 al 2016) se puede notar un cambio considerable y en todos los grupos de edad se notó un aumento en la prevalencia sin excepciones. Los resultados anteriores están representados en la figura 1, donde se realiza una comparación de los resultados de una manera gráfica en cada ocasión que se realizó la encuesta en los periodos ya mencionados anteriormente. En el 2016 no se incluyen datos de niños menores de 5 años por lo que en el gráfico queda vacío el espacio correspondiente.

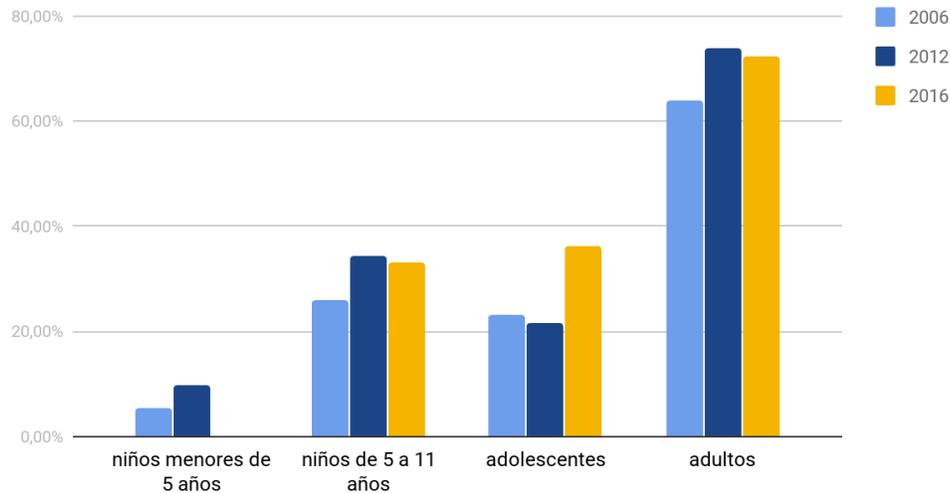


Fig. 1. Prevalencia de sobrepeso y obesidad según la ENSANUT en los últimos 3 periodos según la edad.

Esta encuesta arroja resultados importantes en cuanto al sexo: los hombres en el 2006 tuvieron una prevalencia de 63.85, que aumentó a 66.4% y 68.7% en el 2012 y 2016 respectivamente, de igual manera las mujeres comenzaron con una prevalencia del 69.25% la cual aumentó a 69.9% en el 2012 y a 73.3% en el 2016, esto indica un aumento en ambos sexos. Cabe destacar que la población adulta es la más propensa a sufrir estos padecimientos, lo cual se muestra en la figura 2.

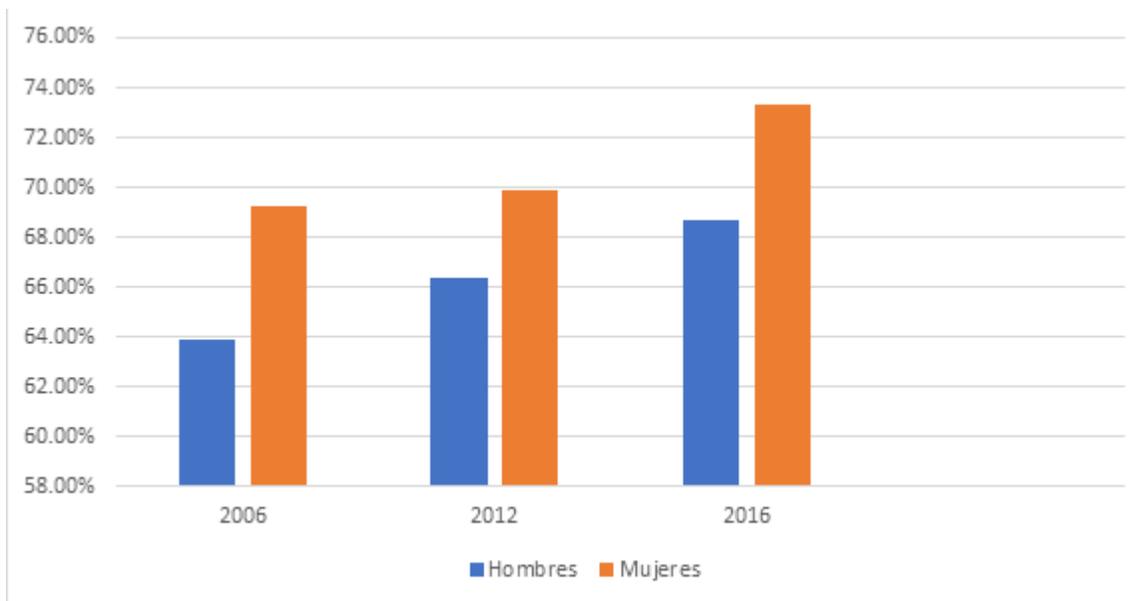


Figura 2. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en cuanto al género según la ENSANUT en los últimos 3 periodos.

Por último, en cuanto a la zona donde se encuentran los encuestados, la ENSANUT reporta los resultados por zona rural y urbana (figura 3):

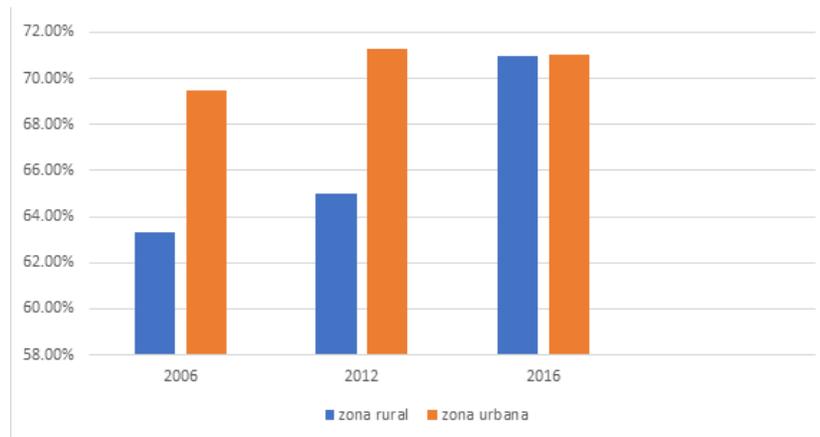


Figura 3. Muestra la prevalencia de la obesidad por zona, según la ENSANUT.

En la figura 3 se muestra la prevalencia de obesidad de acuerdo con la zona geográfica, rural y urbana; se puede notar que en los años 2006 y 2012 es mayor en la zona urbana que en la rural. Sin embargo, en 2016 las cifras son prácticamente iguales con una diferencia .05%.

Asimismo, se realizó la Encuesta Nacional de Salud ENSA (2000) con el propósito de reportar la frecuencia y distribución de indicadores de salud, además de evaluar la calidad de algunos servicios referentes a la misma. Se encontró que alrededor de dos terceras partes de la población encuestada tenían un índice de masa corporal por encima de la media, esto quiere decir que en el país había aproximadamente 30 millones de adultos con sobrepeso u obesidad, de ellos, 18.5 millones de adultos con sobrepeso (38.4%), y 11.4 millones con obesidad (23.7%), asimismo un 36.2% de los encuestados tuvieron un IMC en un rango normal, mientras que 1.8% indicó que tenía un IMC por debajo de la media, es decir indicaron un peso bajo. (Figura 4)

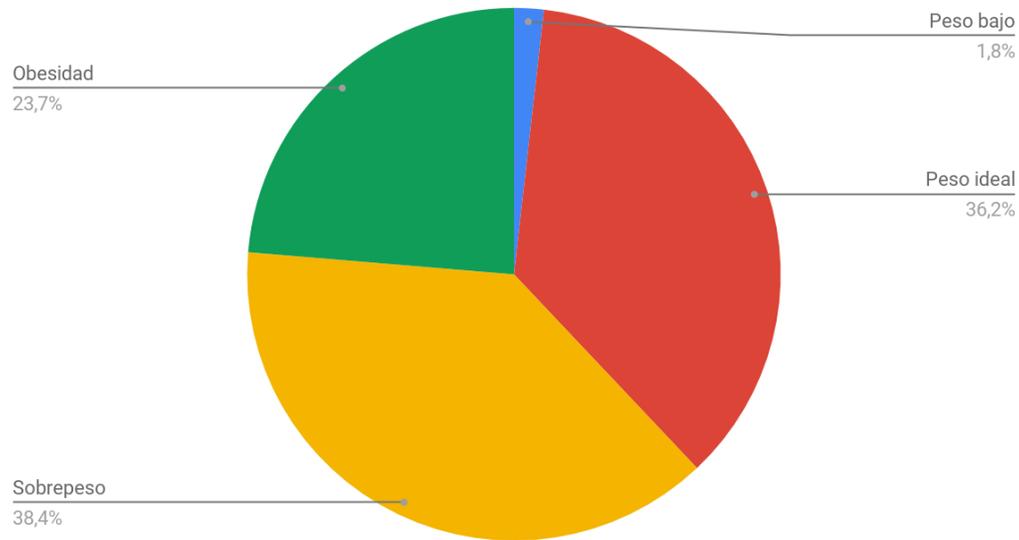


Figura 4. Se muestra la prevalencia de la obesidad retomando datos de la ENSA (2000)

De igual manera, en esta encuesta se presentaron diferencias en cuanto al sexo, esto debido a que la prevalencia de la obesidad fue mayor en las mujeres (28.1 vs 18.6). Sin embargo, en cuanto al sobrepeso fue mayor en hombres (40.9% vs 36.1%) esto se puede observar en la Figura 5.

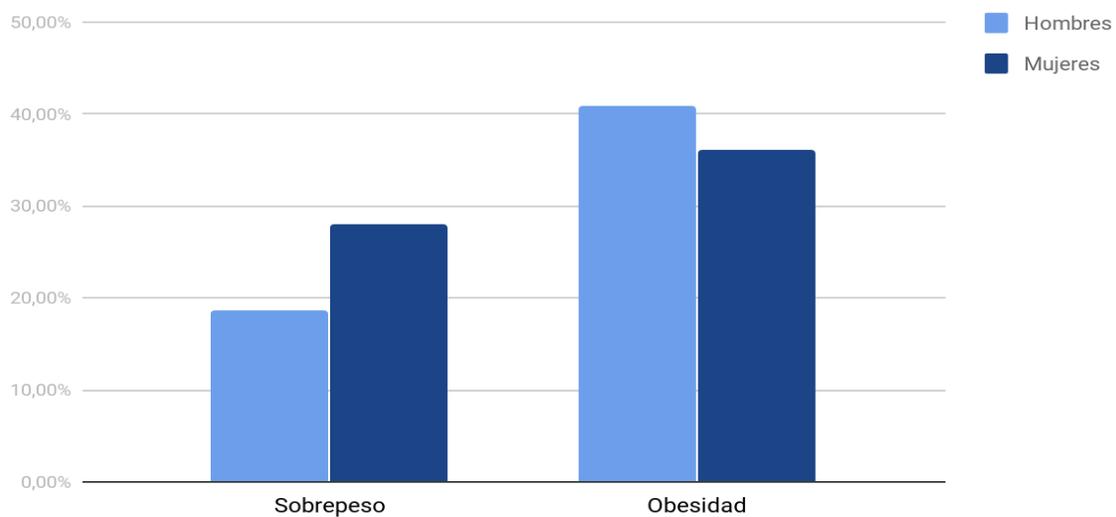


Figura 5. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en cuanto al sexo ENSA (2000).

En cuanto a la edad se puede mencionar que 33.3% de las personas menores de 29 años tenía sobrepeso y 14.4% presentaba obesidad. La obesidad y sobrepeso se concentró en el rango de 40 a 59 años, sin embargo después de esta edad conforme fue aumentando la edad de la población se incrementaron estos padecimientos, hasta los 70 años, donde comenzaron a disminuir.

Tomando en cuenta los datos anteriores, García, Kaufer, Pardío y Arroyo (2010) catalogan el problema de la obesidad como un problema grave de salud pública el cual debe tratarse de una manera adecuada, además de las enfermedades crónicas y cardiovasculares que se le asocian.

Dadas las cifras que generalmente van en aumento con respecto a la obesidad, se ha realizado un trabajo multidisciplinario que ha incluido a la psicología, donde se ha demostrado que las técnicas de corte cognitivo conductual son eficaces para el tratamiento de este padecimiento (Garaulet, 2006), (Anessi & Unruh, 2008) y (Amigo y Fernández, 2013) las cuales se presentan en el siguiente apartado.

5. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD (DESCRIPCIÓN DE ESTRATEGIAS)

5.1 ESTRATEGIAS DE AUTOCONTROL.

Kazdin (2011) considera que “Los patrones de autocontrol pueden desarrollarse mediante técnicas de modificación conductual para lograr fines terapéuticos. Muchas de las técnicas relevantes para entrenar a la gente a controlar su propia conducta pueden identificarse, éstas son control de estímulos, auto-monitoreo, auto-reforzamiento y auto-castigo, entrenamiento de respuesta alternativa, biorretroalimentación y manuales de auto-ayuda”. p. 268. Ahora bien, es importante recalcar que estos patrones de autocontrol deben ajustarse a las características individuales, contextuales y situacionales, para esto Rodríguez (2012) dice

“identificar un estilo interactivo implica conocer el modo particular de interactuar de un individuo en situaciones contingenciales previstas. Se trata de un concepto interactivo, que parte de que dichos modos se han configurado en el transcurso de la historia de cada individuo y que por ello permiten predecir tendencias interactivas en condiciones determinables”. Es decir, no se pueden aplicar de la misma forma y circunstancia las estrategias de autocontrol, por ejemplo, en personas con habilidades diferentes, minusválidos, etc.

Por su parte Avila (1984, citado en Bornas, 2005) expone que las técnicas de autocontrol se clasifican en tres:

1. las que son facilitadoras del cambio; las cuales subrayan la auto-observación, incluyendo el registro, la información gráfica y el establecimiento de los objetivos terapéuticos.
2. las de planificación ambiental; las cuales destacan la modificación que precede a la ejecución de una conducta que se desea reducir o eliminar y de igual manera a las que deberían preceder a una cierta conducta que se desea instaurar incrementar o fortalecer (mayor frecuencia, mayor latencia, etc.) y
3. las de programación conductual; lo cual implica la alteración de las consecuencias de las conductas, es decir, lo que sigue a la realización de ciertas conductas objetivo.

Rimm y Masters (1990) exponen que el terapeuta debe orientar al paciente dándole un curso breve sobre el análisis experimental de la conducta, porque el paciente es el que debe adquirir habilidades para la auto-aplicación de los principios de aprendizaje más importantes. Y los elementos que deben contemplar en esta categoría son, el incluir las conductas de baja frecuencia relacionadas con recompensas a largo plazo. También el terapeuta debe comenzar con un análisis de control de estímulos, donde precise que la conducta no se presenta en el vacío si no que está bajo el control de estímulos legítimos y así entonces al realizar un cambio en el ambiente del estímulo será probable que el paciente debilite o elimine las respuestas problema y fortalezca las que le sean convenientes según sus necesidades. Así mismo estos autores, promueven las siguientes estrategias:

“1. El cliente debe de tomar ventaja de que la conducta se encuentra bajo el control de estímulos por medio del empleo de alguna de las siguientes tácticas:

- a) Cambio físico del ambiente.
- b) Reducción de la escala de provocación de los estímulos de conductas indeseables.
- c) Fortalecimiento de la conexión entre ciertos estímulos y conductas deseables.

2. Determinar eventos que sean recompensas potentes para administrarlas después de la respuesta apropiada.

3. Determinar aquellas respuestas que compiten y por lo mismo inhiben las conductas deseables, con la finalidad de debilitarlas. También debe determinar las respuestas que pueden servir como saludables alternativas para la manera indeseable de comportarse, como la meta de fortalecerlas.

4. La interrupción de las cadenas de conductas que conducen a respuestas indeseables en la cadena tan temprano como le sea posible.

5. Las metas y conductas aproximativas en el programa de autocontrol siempre serán de más fácil obtención; esto es, el cliente debe plantear deliberadamente alcanzar su meta de manera gradual” pp 312-313.

Thoresen y Mahoney (1981) dicen que “existen dos modalidades básicas de respuestas auto-controladoras (RAC). La primera implica una planificación del ambiente en que el individuo planifica y pone en práctica cambios en los factores situacionales pertinentes antes de ejercer una conducta orientada hacia el objetivo... La segunda estrategia general, denominada programación conductual, implica consecuencias auto-aplicadas después de producirse la respuesta deseada... Las consecuencias autorreguladas pueden ser verbales, imaginarias o materiales” p 37.

Para finalizar cabe señalar que estos autores explican que a lo que nombramos planificación ambiental, también se entiende como procedimiento de control de estímulos y que una forma de planificación ambiental es la centrada en una disposición antecedente a las consecuencias de una conducta, ya que modifica o

elimina ciertas situaciones que favorecen algunas tentaciones previas a la provocación de conductas conflictivas, (esta técnica también es conocida como contrato de contingencia).

Otra estrategia de planificación ambiental es la que se apoya en el cambio o exclusión de las claves circunstanciales tentadoras (por ejemplo: sustituir alimentos de alto valor calórico que se encuentren en el refrigerador por otros de más bajo nivel calórico).

En lo que se refiere a la programación conductual, estos investigadores exponen que la persona puede auto-aplicarse las consecuencias tras la conducta objetivo-controlada. Presentan una lista de respuestas auto-controladas (RAC), para la programación de la conducta, las cuales son: a) autoobservación, b) auto-recompensa positiva, c) auto-recompensa negativa, d) auto-castigo positivo y e) auto-castigo negativo.

En definitiva, el concepto de autocontrol desde la perspectiva de la psicología conductual no involucra o alberga la “fuerza de voluntad”, como elemento de su estructura de análisis o intervención. Desde la perspectiva conductual el autocontrol implica la manipulación juiciosa y sistemática de eventos o variables antecedentes y consecuentes de una conducta objetivo, así como del ambiente en que se presenta dicha conducta los cuales previamente ya han sido graficados en función a su ocurrencia, intensidad, latencia, etc. Y además que esta conducta objetivo promueve cierto desagrado, malestar o incomodidad a largo o corto plazo en el individuo que la ejecuta. Por tanto, ya que hablamos de autocontrol; es relevante que sea el mismo individuo que emite la conducta problema quién con asesoría del psicólogo, comprenda la funcionalidad de las variables involucradas en el evento y participe activamente en el programa de intervención para el cambio. Alterando con eficaces respuestas auto-controladoras (RAC), a las respuestas controladas (RC). Por último, cabe mencionar que las estrategias de autocontrol que utilizará el individuo son: la observación y cuantificación de los elementos a modificar, la planificación ambiental o control de estímulos y las que implican la programación de la conducta. Las cuales deben instaurarse por procedimientos sucesivos que irán de lo más fácil o de factible obtención a lo más difícil o complicado, en forma gradual.

5.2 HABILIDADES EN RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

D´Zurilla y Goldfried, (1971, cit. en Mahoney, 1988) definen la resolución de problemas como “Un proceso conductual, bien sea explícito o cognoscitivo por naturaleza, que a) hace posible una variedad de alternativas de respuesta potencialmente efectivas, y b) incrementa la probabilidad de selección de la respuesta más efectiva de entre tales alternativas diferentes”. p 217

Nezu y Nezu (1991) exponen que la resolución de problemas sociales es un proceso metacognitivo, en base al cual los individuos comprenden la naturaleza de los problemas que enfrentan en la vida que consecuentemente les permite dirigir sus intentos para modificar; ya sea, el carácter problemático de la situación misma o su propia reactividad ante la situación problema.

Estos investigadores dicen que el poner en práctica la resolución a un problema implica no solamente la capacidad para solucionar el problema, sino que ante esto están comprometidos otros factores como las deficiencias en las habilidades de ejecución, las inhibiciones emocionales y el déficit en motivación o reforzamiento.

La orientación hacia el problema implica elementos cognitivo-afectivos que aparecen cuando a una persona se le presenta un problema lo cual conlleva creencias, atribuciones y expectativas con respecto a los problemas comunes de la vida. Los otros cuatro elementos de la resolución de problemas consisten en una aplicación racional, deliberada, sistemática y hábil de un grupo de tareas encaminadas hacia objetivos, permitiendo con esto que las personas resuelvan su problemática en forma satisfactoria.

Así también Nezu, Nezu et al. (1997) dicen que la resolución de problemas sociales se define como un proceso metacognitivo por el cual los individuos comprenden los problemas que se les presentan durante su existencia y trabajan para: a) alterar la naturaleza de su situación problema, b) la forma de abordar dichos problemas o c) ambas cosas a la vez.

Estos mismos autores explican que una resolución efectiva hacia los problemas consta de cinco procesos interactivos los cuales son:

- a. la orientación hacia el problema,

- b. la definición y formulación del problema,
- c. la búsqueda de alternativas,
- d. la toma de decisiones,
- e. la ejecución y verificación de la solución.

Cabe destacar que en lo que respecta a la orientación hacia el problema éste conlleva un proceso motivacional y en lo que se refiere a los otros procesos, estos se apoyan en habilidades específicas.

Con relación a esto Mahoney y Mahoney (2006) proponen que esta estrategia se compone de seis pasos; 1) especificación del área del problema, 2) registro de información, 3) identificación de patrones conductuales y ambientales, 4) generación de alternativas y soluciones, 5) valorar las ganancias o pérdidas consecuentes y 6) extender o sustituir la solución.

Nezu, Nezu et al. (2006) proponen al respecto que: la orientación al problema alude al conjunto de respuestas orientadoras (p. ej., creencias religiosas, suposiciones, valoraciones y expectativas) con las que se compromete el individuo cuando pretende entender y reaccionar ante los problemas en general. En esencia, esto representa la visión del mundo de una persona respecto de los problemas. La visión del mundo se refiere a los marcos conceptuales subyacentes que representan la comprensión, por parte de una persona, del

“Funcionamiento del mundo... En el contexto presente, una visión clínica del mundo involucra al marco cohesivo que guía los esfuerzos del profesional por entender, explicar, predecir y cambiar el comportamiento humano... Mientras que la orientación del problema es sobre todo una actividad cognitiva, la resolución racional de problemas consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas, útiles para resolverlos con eficacia. Entre ellas se encuentran a) la definición de problemas b) la generación de opciones, c) la toma de decisiones y d) la evaluación de los resultados” pp. 8 – 9.

La secuencia básica de elementos que van implicados en el tratamiento de resolución de problemas, según Nezu, Nezu et al. (1997) son:

- El entrenamiento en la orientación hacia el problema

- El entrenamiento en la definición del problema
- El entrenamiento en búsqueda de alternativas
- El entrenamiento en toma de decisiones
- El entrenamiento en la aplicación de la solución y verificación

El entrenamiento en la orientación hacia el problema implica

- la identificación y reconocimiento adecuado de los eventos problema cuando estos se presenten,
- la adopción de un enfoque comprensivo y más racional con respecto a los eventos problemáticos que se presentan en la vida cotidiana, manteniendo una actitud objetiva y con la convicción de que los problemas son un común continuo en la vida de todos los seres humanos,
- el desarrollo e incremento de la auto-eficacia manteniendo la certeza de que cualquier problema que se presente sea de la índole que sea tendrá la capacidad de resolverlo realmente, con precisión y satisfactoriamente y
- el bloqueo o inhibición de conductas impulsivas cuando se intenta llevar a cabo la resolución de cualquier tipo de problema ya que la impulsividad se contrapone al proceso sistemático que conlleva esta estrategia.

El entrenamiento en la definición del problema, se centra en el desarrollo de cinco tareas:

- buscar todos los elementos disponibles acerca de un problema dado
- descripción de los elementos del problema que se recopilaron en forma clara y objetiva,
- evitar las suposiciones y distorsiones inferidas hacia el problema separándolas de los hechos reales,
- discriminar y diferenciar tanto los obstáculos, como los inconvenientes y los conflictos que generan las situaciones problema y

- instauración o establecimiento tanto de metas como objetivos en términos reales.

El entrenamiento en búsqueda de alternativas implica la ampliación de posibilidades y opciones, lo cual se logra utilizando diversas estrategias como la de tormenta o lluvia de ideas, otra estrategia es la visualización o imaginación programada de un modelo a seguir (que represente habilidades de autoeficacia en resolución de problemas concretos), también se puede utilizar el combinar y cambiar de ideas (tanto en lo cualitativo como en lo cuantitativo) lo cual permite elaborar ideas iniciales.

El entrenamiento en toma de decisiones se refiere a la cualificación y evaluación de las opciones que con anterioridad ya se han generado para un determinado problema explícito mediante un análisis de costo-beneficio, lo cual se debe llevar a cabo para la identificación de la solución a corto y largo plazo que por un lado maximice las consecuencias positivas y por otro lado minimice las consecuencias negativas. Algunos elementos que se deben tomar en cuenta para este hecho es la utilización de sistemas de valoración simples (positiva, negativa o neutral) también la habilitación para estimar la probabilidad que permita conseguir la meta planteada y la generación o desarrollo de alternativas en su forma óptima.

El entrenamiento en la aplicación de la solución y verificación se compone de

- reconocer la totalidad de las consecuencias potencialmente positivas a resolver
- enumerar las diversas consecuencias negativas que posiblemente se presentarán si no se aplica la solución adecuada
- desarrollar un inventario o lista de lo anterior para llevar a cabo la comprobación del método más efectivo a aplicar para una solución planificada, lo cual permite un sistema de supervisión de los resultados de la solución
- la supervisión del resultado de la solución proporcionará la oportunidad para reforzar los esfuerzos e identificar plenamente los éxitos.

Por otro lado, si la solución presentada no es eficaz, entonces los datos ya obtenidos permitirán identificar cuando se debe comenzar nuevamente con el proceso de resolución de problemas que permita identificar un mejor plan de solución. La idea de esto es desarrollar habilidades de afrontamiento hacia los problemas estresantes y también habilitarse en la discriminación de problemas potenciales para prevenirlos antes de su ocurrencia. Aunque con diferencias poco significativas en este proceso de resolución de problemas. Mahoney y Mahoney (2006) ejemplifican claramente la aplicación de esta técnica: Se trata de una mujer ama de casa quien gradualmente ha incrementado hasta 11 Kg por encima de su peso ideal en un lapso de 5 años. Ella se interesa en perder esos kilos y eliminar los malos hábitos que le llevaron al aumento de peso. Para lo cual se le proponen las siguientes estrategias de intervención:

Etapa 1: Se especifica el área general del problema:

Observándose que éste consiste en un desequilibrio energético; es decir consume más energía de la que gasta. En este punto la meta es identificar las causas de ese desequilibrio.

Etapa 2: Recolección de información:

La cual conlleva al uso de un registro estructurado diario de las comidas que realiza y de sus hábitos de ejercicio físico durante el periodo de una semana. Cabe mencionar que este proceso se llama autosupervisión o autoobservación. En este ejemplo la mujer se dispuso a registrar las cantidades de alimentos y no las calorías, así también decidió evitar las especulaciones o inferencias acerca del problema.

Etapa 3: Identificación de las pautas:

Después de una semana la paciente ya contaba con un registro más o menos preciso de su consumo alimentario y de actividad física, por lo cual se dedicó a identificar los posibles elementos de su desequilibrio energético y detectó varias situaciones a) sus comidas no eran excesivamente hipercalóricas, sin embargo contaba con un buen margen para mejorarlas; es decir controlar cantidades, reducir las grasas al mínimo y algunos cereales sin grandes sufrimientos b) detectó que frecuentemente consumía bocadillos entre comidas ricos en calorías (refrescos, galletas, helados, etc.). En lo que refiere a su nivel de actividad física ésta era

relativamente baja, sin embargo su inactividad física no parecía ser el origen de su problema de obesidad.

Etapa 4: Examinar las posibles soluciones:

Para lo cual es importante comprender, que la naturaleza de las soluciones nos presenta de muchas formas una extensa información sobre la naturaleza del problema; así también la información puede presentar varios problemas diferentes que deben ser abordados uno a uno, por lo tanto la paciente debe estructurar una lista con los consecutivos cambios “a) reducir calorías durante las comidas mediante el uso de margarina y mayonesa dietéticas, leche descremada y otros sustitutos bajos en calorías; b) restringir las rebanadas de pan a un máximo de dos al día; c) sustituir los refrigerios con bocadillos bajos en calorías tales como refrescos dietéticos, palomitas de maíz sin mantequilla y verduras crudas; d) no tener bocadillos ricos en calorías en la casa; e) planear hacer ejercicio durante las horas en que pudiera antojarse tomar algo entre comidas; f) comenzar a tomar café sin cafeína únicamente” p. 45.

Etapa 5: Limitar las opciones y experimentar:

Para esto la paciente calculó la probabilidad de éxito de cada opción de su lista, lo cual la llevó a entender que debía realizar algunos ajustes para tener metas más razonables y así también detectó que algunas de sus soluciones tendrían menor probabilidad de éxito y así entonces decidió: a) comprar los bocadillos que le gustaban menos. b) se organizó con sus familiares para eliminar las golosinas que le gustaban tanto a ella como a ellos y c) experimentó picar alimentos bajos en calorías.

Etapa 6: Comparar los datos actuales con los anteriores:

Y para esto la paciente continuó recolectando información para optimizar los resultados obtenidos y detectar los elementos que no mostraron cambio alguno después de haber aplicado las posibles soluciones. Cabe destacar que la paciente se auxilió al realizar una gráfica de sus registros, lo cual le permitió mantener una visión más clara y objetiva tanto de sus avances como de sus retrocesos, así también logró observar plenamente las diferencias de sus comportamientos alimentarios y de actividad física entre la línea base y el continuo en el que

desarrollaba sus nuevas habilidades. Por último, ya que la paciente continuó con su diario estructurado, encontró que los resultados de la intervención proveyeron también información para que generará nuevas soluciones hacia el problema (comprendiendo que su alimentación descontrolada se incrementaba los fines de semana), lo cual también promovió más opciones para mejorar los patrones de una mejor alimentación.

Etapa 7: Extender, revisar o sustituir la solución:

Por lo cual la paciente detectó que, hasta ese momento del proceso de intervención, todo iba funcionando más o menos bien. Sin embargo, le era difícil eliminar las golosinas por completo, pero logró minimizar su consumo, y por otro lado comenzó a preparar refrigerios hipocalóricos los días sábados para poder consumirlos durante el fin de semana.

Estos autores presentan un repaso de esta secuencia de la siguiente forma:

“Etapa 1: Especifique el área general del problema:

En la reducción de peso el problema más evidente es un desequilibrio de energía. Pero ¿éste se debe a la calidad de alimento (rico en calorías) o la cantidad de alimentos (porciones extragrandes)? ¿Hasta qué grado la inactividad física constituye un factor? Si el problema se debe al hecho de tomar alimentos entre las comidas regulares, ¿Cuáles son los factores involucrados en ello? ¿Puede un gran porcentaje de su exceso de calorías rastrearse hasta un par de hábitos o alimentos problema (queso, golosinas, vino, bebidas gaseosas, etc.)?

Etapa 2: Colecte información:

La moraleja aquí es que usted no puede confiar en suposiciones o en su memoria para descubrir el origen de un patrón problemático. Aun cuando sean a veces estorbosos y aburridos, los registros personales precisos constituyen un aspecto indispensable del autocontrol exitoso... Sin embargo, al atacar problemas nuevos o luchar con complicaciones de los antiguos, la información personal permanece con la supremacía... La regla fundamental en la recolección de datos personales es ésta: adopte el sistema para llevar registros que ofrezca el mejor equilibrio de exactitud, aplicabilidad y facilidad.

Etapa 3: Identifique patrones:

¿Sucede el problema de comportamiento en ocasiones regulares (tardes, fines de semana, etc.)? ¿Está asociado a un lugar, persona, pensamiento o actividad en particular? ¿Existen excepciones notables cuando el comportamiento no tiene lugar? ¿Qué es lo que generalmente lo precede? ¿Qué sucede después?

Etapa 4: Examine las posibles soluciones:

¿Cuáles son las diferentes formas de cambiar su patrón problemático? ¿Puede reorganizar su ambiente físico para reducir el comportamiento? ¿Y qué dice de su ambiente social? ¿Existen elementos en su “ambiente privado” que se puedan modificar, como las cosas que se dice a sí mismo, sus normas, etc.? ¿Puede sustituir o incrementar un comportamiento alternativo?... Haga una película mental en la que se vea a sí mismo pasando por el proceso que la solución requiera. Este ensayo mental a menudo le ayudará a anticiparse a posibles complicaciones y a lograr mejoras en su estrategia de autocontrol.

Etapa 5: Limite las opciones y experimente:

Evalúe sus opciones críticamente. Empezar por eliminar las que no parecen factibles enseguida, olvídense de las que menos probabilidades tengan de cambiar su comportamiento problema.

Etapa 6: Compare sus datos actuales con los anteriores:

No es necesario que su comportamiento problema se elimine totalmente para que su experimento sea un éxito. ¿Ha habido cambios en sus hábitos? ¿Tiene suficientes datos para decidir?... Ha de estar alerta igualmente contra las circunstancias que confunden, o sea algunos factores diferentes de su estrategia escogida que pueden haber influido en el comportamiento problema.

Etapa 7: Extienda, revise o sustituya su solución:

Si la estrategia seleccionada fue ligera o moderadamente exitosa, ¿Cómo podría mejorarse? ¿Puede pulirse o refinarse antes de continuar? Si la estrategia fracasó, considere las razones posibles. ¿Son sus datos realmente exactos? ¿Empleó la estrategia consistentemente? ¿Fue su experimento demasiado breve? ¿Existieron otros factores actuando contra el éxito? ¿Fue su estrategia demasiado ambiciosa o no lo fue lo bastante? ¿Cuál de las otras opciones hubiera podido constituir una

mejor selección? A menudo se aprende más de un error que de diez soluciones correctas. Aprender a aceptar nuestra capacidad de cometer errores es en sí misma una lección valiosa.” pp 49 - 52.

Ahora bien, con el propósito de elaborar una conveniente formulación del caso, Nezu, Nezu et al. (2006) recomiendan que el terapeuta aplique un modelo de resolución de problemas para la toma de decisiones clínicas, lo cual permitirá una dirección específica hacia este proceso, así también promueven que se lleven a cabo actividades concretas de resolución de problemas, de igual manera explican que el terapeuta debe llevar a cabo el proceso de formulación del caso realizando una evaluación del mapa clínico de la patogénesis; tomando en cuenta y considerando la diversidad de variables involucradas en el caso, para así poder aplicar las estrategias de tratamiento que contemplen los objetivos de dicho tratamiento el cual deberá ser exclusivo para la atención psicológica de ciertos síntomas o trastornos determinados.

Por otro lado, Nezu, Nezu et al. (1997) también explican el proceso que debe seguir el terapeuta en las fases de tratamiento.

Se sugiere que, en las sesiones iniciales, el terapeuta debe mostrarse atento y comprensivo ante la preocupación y demandas del paciente, así también el terapeuta debe dar información e instrucciones claras y concisas de modo que el paciente las comprenda cabalmente. Es crucial que el paciente no solamente comprenda la filosofía subyacente de esta estrategia, sino que también la acepte incondicionalmente. “Durante el entrenamiento en la TRP, los terapeutas deberían no sólo proporcionar explicaciones didácticas de cualquiera de los distintos componentes de enfoque terapéutico general, sino también deberían plantear la manera en la que se pueden utilizar. Más aún, se deberían utilizar, tanto como fuera posible, muchos problemas relevantes de la vida real como ejemplos que ilustren los distintos componentes”. p 190

En lo referente a las sesiones intermedias, se debe enfatizar el propósito y la justificación de las metas, también las formas en que se aplicarán las diversas tácticas terapéuticas dentro del marco de la resolución de problemas. “Para incrementar la generalización y el mantenimiento, se anima a los clientes a realizar

una amplia variedad de tareas para casa entre sesiones referidas o una tarea particular de resolución de problemas (por ej. generar una lista de soluciones potenciales a un problema dado)". p.191 Es importante mencionar que durante esta fase se le pueden enseñar al paciente diferentes estilos de afrontamiento que ya con anticipación se hayan identificado como déficit en sus habilidades.

Respecto al final del tratamiento se debe instigar al paciente a que generalice la estrategia aprendida para aplicarla en un futuro, también puntualizar y enfatizar su independencia para con el terapeuta, esto se logra proporcionándole notas recordatorias del tratamiento, lo cual también les ayudará a tener menos ansiedad al finalizar la terapia. Algo importante es motivar al paciente a que promueva ejercicios de generación de estrategias para la anticipación de los cambios de su vida lo cual también le servirá para la prevención de problemas futuros y como cortesía y compromiso el terapeuta debe ofrecer al paciente la oportunidad de contactarse en el futuro por si llegasen a ser necesarias sesiones adicionales.

Para entender este tema se debe tener en claro que una idea irracional parte de suposiciones (Davis, McKay y Eshelman, 2002), sin considerarse que las cosas en el mundo simplemente pasan, es cuando se inicia un diálogo interno, se experimenta una emoción la cual es producto del diálogo anteriormente mencionado, si éste no se ajusta a la realidad se considera irracional; regularmente esto causa emociones desagradables. Existen dos tipos de charlas internas irracionales, en la primera se horroriza la situación, es decir se hacen interpretaciones catastróficas de las experiencias previas provocando sentimientos de malestar, en la segunda se absolutiza la situación, se incluyen regularmente palabras como "debería que, tendría que, siempre, nunca" las cuales indican que se deben comportar de una manera determinada y cualquier desviación es mala, cuando en realidad la norma es la que está mal y es irracional.

Albert Ellis (en Davis, McKay y Eshelman, 2002) propone 10 ideas irracionales básicas que son comunes y se alejan totalmente de la realidad:

1. En los adultos hay una necesidad de cariño y aprobación de sus semejantes, familia y amigos: es imposible agradar y recibir aprobación de todas las personas con las que convive.

2. Hay que ser competente y casi perfecto en todas las actividades que se proponen realizar: esto tiene como resultado los autorreproches, disminución de la autoestima y aplicación del estereotipo perfeccionista a quienes rodean a la persona.
3. Las personas que son malas o perversas necesariamente deben ser castigadas: una perspectiva que puede ser más realista es que dichas personas se comportan de manera antisocial e inapropiado, debido a su ignorancia o algún trastorno por lo que la solución sería que ellos intentarán modificar de algún modo su conducta.
4. Es desolador cuando las personas y las cosas no son como se planea o se quisiera: cualquier problema que se aparezca en el camino para la persona se interpreta de manera catastrófica, lo cual causa un estado constante de estrés e irritación.
5. Los acontecimientos externos son la causa de la mayoría de las desgracias de la humanidad: Las propias interpretaciones de los hechos son las que causan angustia o infelicidad.
6. Hay que sentir miedo ante cualquier cosa desconocida o peligrosa: lo incierto se puede tomar como una experiencia nueva o excitante.
7. Es más fácil evitar problemas y responsabilidades que enfrentarlas: se ignoran o se postergan las responsabilidades y toma de decisiones.
8. Es necesario contar con algo más grande y fuerte que uno mismo: se genera una dependencia hacia una autoridad.
9. El pasado es determinante para lo que pasa en el presente: se debe aprender de las experiencias, pero no se debe quedar en ellas y no significa que se deba seguir actuando de la misma manera ante situaciones similares.
10. La felicidad aumenta con la inactividad y ocio indefinido: existen otras maneras de ser feliz que la total pasividad.

De igual manera, estos autores hacen hincapié en puntos adicionales a los propuestos por Ellis, los cuales se presentan a continuación:

11. No se tiene control de la manera en cómo se siente o lo que experimenta: la realidad es que se tiene cierto control sobre las situaciones y sobre la forma en que interpretamos los hechos.
12. Las personas somos frágiles y no deberíamos sufrir: la persona se predispone a no disfrutar lo bueno y agradable.
13. Las relaciones se basan en el sacrificio mutuo: se tiene la idea de que dar es mejor que recibir, no se expresan las necesidades propias, quedan ocultas y se quiere que sean adivinadas y se satisfagan.
14. Las personas te abandonarán si no te esfuerzas por agradarle y satisfacer sus necesidades: se cree que si se muestra a las demás personas tal y como es recibirá rechazo por lo que la persona se esfuerza demasiado por ser quien los demás esperan.
15. Cuando la gente no está de acuerdo con lo que haces significa determinadamente que estás mal: esto provoca ansiedad crónica ante las relaciones.
16. Estar solo es algo horrible y la felicidad sólo se alcanza en compañía de los demás: la felicidad se puede alcanzar estando solo o acompañado.
17. El amor es perfecto y la relación ideal es la que se busca: Ninguna relación satisface del todo las necesidades de la persona, por lo que se busca constantemente la pareja perfecta, la cual generalmente no llega.
18. No tendríamos que sentir dolor: Esto es algo inevitable, a veces no se puede evitar el sufrimiento.
19. Su valor como persona depende de cuánto consiga y de lo que realice: esto es irracional ya que todo lo que implica ser humano llena de valor a las personas.
20. El enfado es malo y destructivo: El enojarse en ocasiones puede ser bueno ya que se expresan sentimientos y hasta cierto punto desintoxicante
21. Está mal ser egoísta: Ser egoísta en ocasiones implica aceptar la responsabilidad de conocer y satisfacer las necesidades propias.

Regularmente detrás de la sensación de ansiedad, depresión y mal humor se

encuentra un diálogo irracional consigo mismo. Dicho lo anterior, la técnica de detención del pensamiento según Lozano, Rubio y Pérez (1999) es una estrategia psicológica que consiste en detener los pensamientos negativos que se presentan ante determinadas situaciones, sustituyéndolos por otros más positivos o que simplemente distraigan nuestra atención. Esta técnica fue presentada por primera vez en la obra de Bain en 1928 "El control del pensamiento en la vida cotidiana". En los años 50 Wolpe y otros analistas conductuales adaptaron el modelo original de Bain para el tratamiento de fobias y obsesiones, ya que estos están relacionados con pensamientos irracionales, causando de este modo ansiedad. Asimismo, Rimm y Masters (1980) mencionan que esta técnica se utiliza cuando un paciente tiene una angustia la cual proviene de pensamientos que son complicados de controlar, que en ocasiones incluso se vuelven obsesivos, estos pensamientos no contribuyen a la solución del problema, sino que angustian más a la persona y son autoderrotantes, cabe mencionar que de manera objetiva estos pensamientos relacionados con la realidad es muy improbable que ocurran, tal es el caso de las fobias irracionales. Resulta importante la detención de este tipo de pensamientos ya que tienen influencia directa con el bienestar emocional y físico del paciente, se menciona que problemas de índole psicológica como la ansiedad, presencia de estados emocionales negativos, pensamientos obsesivos están relacionados con problemas en la salud tales como migrañas, dismenorrea, dolores de espalda, hemiplejía o hipertrofia de algún miembro, por lo cual se considera de suma importancia tratar los pensamientos irracionales, donde la técnica de detención del pensamiento toma relevancia.

Esta técnica tiene como objetivo reducir el estrés y la ansiedad que se presenta en el paciente cuando está bajo ciertas condiciones, por lo cual se recomienda su utilización cuando el paciente presenta pensamientos repetitivos, desagradables e inadecuados. Tal es el caso de las fobias, cuadros obsesivos compulsivos, conducta hipocondriaca, síntomas psicóticos, esquizofrenia y problemas sexuales, esta técnica debido a su eficacia tiene un amplio campo de aplicación.

El procedimiento de esta técnica de manera general se describe de la siguiente manera:

1. **Identificación de los pensamientos estresantes o negativos**, esto por medio de cuestionarios prediseñados para este objetivo o en el caso que el paciente no los identifique fácilmente se deberá realizar una entrevista con el propósito de analizar y describir este tipo de pensamientos.
2. **Detención del pensamiento**, para esto regularmente se recomiendan algunos métodos, por ejemplo, gritar la palabra STOP, imaginarla o poner una alarma para interrumpir el pensamiento de auto-derrota, en esta etapa se pide al paciente que suprima los pensamientos de naturaleza negativa y repetitiva. Esto se puede realizar primeramente con ayuda del terapeuta para posteriormente ser llevado a cabo por el paciente.
3. **Sustituir los pensamientos irracionales y repetitivos** previamente identificados por algunos otros que sean más adaptativos y funcionales a la realidad.

Estos mismos autores, mencionan un ejemplo de lo anteriormente descrito, con un caso en donde una paciente se ponía muy nerviosa al manejar un automóvil a partir de que presencio un accidente automovilístico, se encontró que la ansiedad se producía por la presencia de pensamientos autoderrotantes, por lo cual procedió a tratar de identificar el contenido de dichos pensamientos, cuando el terapeuta identificó que los pensamientos que se tenían cuando se exponía la persona a dicha situación eran autoderrotantes e innecesarios se lo señaló al cliente, con esto se puede pasar a la interrupción de los pensamientos, como ya se describió primeramente con apoyo del terapeuta y después por el mismo paciente, esto se continúa hasta que los pensamientos quedan totalmente bloqueados.

Del mismo modo, se describe que, en el caso del trastorno obsesivo compulsivo, en los estudios que se realizaron, el tipo de pensamientos que se presentaron fueron por lo regular en contra de su sistema de valores o que implican perversiones sexuales, obsesiones matricidas, sobre objetos que se dirigen hacia su cara y/o sus ojos, sobre matar a su exesposa, relacionados con la muerte violenta de personas queridas, sobre suicidio o daño a otras personas. En su totalidad se mostraron

resultados positivos al utilizar la técnica de detención del pensamiento en un caso individual, ya que a pesar de no utilizar el mismo método se adaptó la técnica para cada paciente, además es importante mencionar que en un ámbito terapéutico, integrar algunas otras técnicas, tales como el contrato conductual, control de contingencias, cambios en el entorno, reestructuración cognitiva, etc. resulta benéfico para el paciente, sin embargo cuando se trabajó en un nivel grupal fueron más parciales.

Sobre las fobias, se menciona que esta técnica se utiliza en casos tales como agorafobias, miedo a viajar en avión, fobia a animales o miedo a hablar en público. Los pensamientos irracionales más comunes son por ejemplo “¿y si me da un ataque de angustia”, ¿y si lo hago mal? Ante los cuales dicha técnica ha tenido resultados muy favorables.

Asimismo, en el caso de las adicciones se puede decir que en el tratamiento de abuso de alcohol, drogodependencia y tabaquismo la técnica de detención del pensamiento resulta efectiva en combinación con otras técnicas como la relajación, la desensibilización encubierta o la asertividad, etc. De igual manera, la técnica ha mostrado ser efectiva cuando se aplica a pacientes que padecen síndromes psicóticos.

Con respecto a la obesidad, esta técnica ha resultado satisfactoria en muchos de los casos con los que se ha tratado y ha tenido una alta efectividad (Sparrow, 2008)

5.3 DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

La desensibilización sistemática según Wolpe (1990) es uno de los métodos que se utilizan para contrarrestar de manera gradual hábitos asociados con respuestas de ansiedad. Esta técnica induce en el paciente un estado fisiológico inhibitor de la respuesta de ansiedad mediante la relajación muscular, cuando la exposición al estímulo se repite, este pierde gradualmente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad, posteriormente se presentan estímulos más fuertes y de este modo superar y tratar hábitos de cualquier orden, es decir se supera paso por paso algún hábito, por ejemplo, las fobias. Asimismo, Rimm y Masters (1990) comentan que esta técnica sigue el principio de contra-condicionamiento, que se refiere a sustituir

un tipo de respuesta por otro más adaptativo, en este caso la respuesta de ansiedad por respuestas de relajación.

De este modo, Wolpe (1990) propone los siguientes pasos para llevar a cabo dicha técnica:

1. Adiestramiento en relajación muscular profunda
2. Establecimiento de una escala que mida las respuestas de ansiedad en términos cuantitativos:
3. Construcción de jerarquías de los estímulos relacionados con respuestas de ansiedad.
4. Confrontación de la relajación y los estímulos vinculados con la ansiedad.

Con respecto al entrenamiento en relajación profunda, Rimm y Masters (1990) mencionan que la premisa en la que se basa esta técnica es que la tensión muscular se encuentra relacionada con la ansiedad, por lo que un individuo tiene una sensación reconfortante y reducción de ansiedad si los músculos tensos ante ciertas situaciones se comienzan a destensar. Wolpe (1990) menciona que al utilizar esta técnica se entrena al paciente a distinguir entre el estado de relajación y tensión de los conjuntos de músculos y de este modo promover un estado de relajación ante estímulos y situaciones relacionadas con la ansiedad. Para la aplicación del entrenamiento en relajación, se le pide al paciente que realice ejercicios de relajación dos veces al día en casa por periodos de 15 minutos, se debe comenzar con el entrenamiento en relajación en los brazos, posteriormente con la región de la cabeza, seguido del cuello, hombros, espalda, abdomen, tórax, y por último los miembros inferiores. Del mismo modo Rimm y Masters (1990) proponen una serie completa de ejercicios a emplear, la cual se presenta a continuación:

- Manos: Se tensan los puños, posteriormente se relajan; lo mismo con los dedos.
- Bíceps y tríceps: Se tensan los bíceps, se relajan; lo mismo con los tríceps
- Hombros: Se jalan hacia atrás; se relajan, posteriormente lo mismo, pero con dirección hacia adelante.
- Cuello: Se gira la cabeza a la derecha hasta una posición extrema; se relaja, después lo mismo a la derecha, hacia adelante y por último hacia atrás.

- Boca: se abre la boca en cuanto sea posible; se relaja, se fruncen los labios, se relajan
- Lengua: se abre la boca y se saca la lengua lo más que se pueda; se relaja, después se contrae la lengua hacia atrás, se relaja.
- Ojos: Se abren tanto como sea posible; se relajan, después se mantienen cerrados lo más fuerte posible; se relajan.
- Respiración: Se realiza una aspiración profunda; se relaja.
- Espalda: Se descansan los hombros contra la silla y se impulsa el tronco hacia adelante con fin de arquear la espalda; se relaja
- Parte media: La parte media se eleva ligeramente tensando los músculos de los glúteos; se relaja, posteriormente el mismo procedimiento, pero hundiendo los glúteos en el asiento; se relaja.
- Muslos: Se extienden las piernas y se elevan a aproximadamente 15 cm del suelo; se relajan.
- Estómago: Se suelta el estómago; se relaja, se comprime el estómago; se relaja.
- Pantorrillas y pies: Con las piernas apoyadas, se doblan los pies de modo que apunten a la cabeza; se relajan y se repite lo mismo en dirección opuesta.
- Dedos de los pies: Con las piernas apoyadas y los pies relajados se presionan los dedos contra la suela de los zapatos; se relajan y se repite lo mismo en dirección contraria.

Por otro lado, las jerarquías de respuesta de ansiedad se construyen por medio de una lista de estímulos vinculados con el problema, estos se ordenan de acuerdo a la intensidad de la respuesta de ansiedad que provocan. La construcción de jerarquías comienza a la par del entrenamiento en relajación muscular. Sin embargo, está sujeta a alteraciones en cualquier momento de la terapia. Los datos que constituyen las jerarquías provienen de la historia clínica del paciente o de algunos cuestionarios, Wolpe sugiere el cuestionario de Willoughby, programa de estudio de miedos además de sondeos especiales de las situaciones que provocan en el paciente respuestas de ansiedad

Cuando se realizan las jerarquías, el terapeuta las clasifica por temas, es importante mencionar que el paciente puede o no experimentar las situaciones de la jerarquía. Un ejemplo de lo anterior es el caso de una señorita que presenta una notable ansiedad ante los exámenes, lo cual había provocado numerosos fracasos, una de las jerarquías que realizó Wolpe es la siguiente, la cual va ordenada de manera descendente:

1. Camino a la universidad el día del examen
2. Mientras está contestando una hoja del examen
3. Está ante las puertas cerradas del cuarto del examen
4. Espera a que distribuyan las hojas del examen.
5. Las hojas del examen se encuentran cara abajo ante ella.
6. La noche anterior al examen.
7. Un día antes del examen.
8. Dos días antes del examen.
9. Tres días antes del examen.
10. Cuatro días antes del examen.
11. Cinco días antes del examen.
12. Una semana antes del examen.
13. Dos semanas antes del examen.
14. Un mes antes del examen.

La escala se le presenta al paciente y posteriormente de manera gradual se le va presentando el o los estímulos relacionados con la ansiedad, del mismo modo que la relajación progresiva descrita anteriormente.

5.4 TERAPIA COGNITIVA CENTRADA EN ESQUEMAS

Caro (1997) comenta que este tipo de terapia es oportuna para pacientes que tienen dificultades para identificar sus emociones y cogniciones, no pueden articular sus problemas de manera centrada, tienden a resistirse a una relación terapéutica colaboradora y presentan dificultad de modificar creencias rígidas.

Esta terapia se basa en que existen tipos de esquemas que son desadaptativos, en primera instancia los esquemas desadaptativos tempranos, los cuales se originan

de manera prematura y son crónicos si no son tratados y se caracterizan por llevar al individuo a emociones intensas y disfuncionales, interrumpen las habilidades de los individuos para lograr sus necesidades básicas, por último, estos esquemas son rígidos y difíciles de cambiar. Dichos esquemas se presentan principalmente en 5 dimensiones; desconexión y rechazo la cual asume que los individuos se desarrollaron en ambientes carentes emocional y materialmente, por lo que sus pensamientos van encaminados hacia no satisfacer sus deseos, la dimensión perjuicio en autonomía y desempeño refleja ambiente de sobreprotección en los menores, por lo que en la adultez se presenta una dependencia, la dimensión de límites inadecuados se refiere a cuando los infantes son criados en ambientes demasiado permisivos por lo cual pueden aprender patrones de superioridad y tienen poca habilidad para la autodisciplina, la dimensión de tendencia hacia el otro, indica que en los niños se llevaron de manera secundaria sus necesidades por lo que el adulto puede anteponer las necesidades de los demás antes que las propias, por último se encuentra la sobrevigilancia e inhibición en la cual se inculca a los niños la perfección, por lo cual los adultos suelen ser demasiado controlados, con reglas llevadas a cabo de manera extrema.

Para tratar este tipo de casos, en donde se presentan los esquemas antes mencionados, se emplea la terapia centrada en esquemas la cual puede ser breve, de 15 sesiones o significativamente más larga y esta se lleva a cabo en dos fases las cuales se describen a continuación:

1. Evaluación y educación: sus objetivos son la identificación y activación de los esquemas desadaptativos tempranos que son relevantes para el paciente, esto se puede lograr mediante diversas estrategias tal como tomar una revisión de vida, activar esquemas, descubrir esquemas disfuncionales, etc.
2. Cambio terapéutico: su objetivo es alterar los esquemas desadaptativos tempranos y los estilos de afrontamiento, en este caso mediante estrategias de corte cognitivo.

Las técnicas cognitivas tienen como propósito demostrar lógica y racionalmente que las creencias desadaptativas no tienen valor empíricamente.

La primer estrategia consiste en enseñar a los clientes a buscar evidencia empírica que vayan en contra de sus esquemas desadaptativos tempranos, en la cual los pacientes aprenden a estudiar emocionalmente sus esquemas así como a generar respuestas alternativas a sus pensamientos y creencias que estén contribuyendo al problema; otra técnica es el desarrollo de tarjetas de aviso, las cuales consisten en afirmaciones escritas que son contrarias al sistema de creencias del paciente; por último el dialogo, en el cual el cliente desarrolla una “voz saludable” que va en contra de los esquemas desadaptativos.

5.5 CADENAS CONDUCTUALES

Esto se refiere a patrones de conductas que podemos descomponer en pequeñas unidades. En donde estas unidades de conducta podemos compararlas con eslabones de una cadena que se van presentando secuencialmente y de forma incesante hasta llegar a su objetivo terminal. Su estructura se establece y compone cuando se presenta una respuesta que genera un estímulo en forma contingente y así sucesivamente, hasta llegar a una conducta meta que puede ser deseada o no deseada. Cabe mencionar que estas respuestas son reforzadas por los estímulos que producen dichas respuestas incrementando así su tasa, su latencia y el mantenimiento de la misma. Las cadenas conductuales se presentan en la vida cotidiana y para muchas personas suelen pasar desapercibidas dado que es un común continuo; es decir, al presentarse y ser cotidianas como parte de nuestra vida diaria se vuelven casi imperceptibles, ya que los individuos mecanizamos nuestras conductas para hacer frente tanto a las demandas del ambiente, así como a las de nuestra propia biología y a nuestros comportamientos conductuales y cognitivos. Y al mecanizar nuestros comportamientos; muchas veces no atendemos o analizamos cuales son los elementos biopsicosociales que nos llevan de forma secuencial a una conducta terminal.

“Algunos investigadores han usado el concepto de cadenas conductuales para referirse a patrones complejos de conducta en los que una respuesta produce el estímulo que señala la ocasión para que ocurra una siguiente respuesta.” (Skinner, 1938, Keller & Schoenfeld, 1950, cit. en Escobar, 2007)

Por su parte Kazdin (2011) dice que la cadena conductual es una “Secuencia de conductas que ocurren en un orden fijo. Cada conducta en la secuencia sirve como estímulo discriminativo (E^D) para la siguiente respuesta. Cada conducta en la secuencia (a excepción de la primera) actúa como reforzador condicionado que refuerza la conducta precedente.” p. 436. Según Martin y Pear (2008), una cadena conductual es una serie de estímulos discriminativos y respuestas, en la cual cada respuesta produce un estímulo discriminativo para la siguiente respuesta, excepto para la última para la cual se presenta un reforzador, de este modo cada respuesta presentará una clave para la siguiente respuesta y así hasta formar una cadena. Las conexiones estímulo respuesta son esenciales para que la cadena se mantenga unida.

Escobar (2007) menciona que “Un aspecto de las cadenas conductuales que ha llamado la atención de los investigadores es si cada respuesta de la cadena está fortalecida por el estímulo que le sigue o si cada respuesta está mantenida por el reforzador que ocurre al final de la cadena.”

Sin embargo, debemos tener presente que el poder identificar cada eslabón de la cadena nos permite alterar la secuencia de ésta y por consecuencia podemos evitar, eliminar o alterar la conducta concluyente de la cadena.

Podemos observar las cadenas conductuales tanto a nivel de microconducta como de macroconducta.

Un ejemplo de microconducta podría ser el siguiente: imaginemos al individuo que va a beber un jugo de frutas. Su primer respuesta sería el de ubicar visualmente el vaso, para posteriormente estirar el brazo y llevar la mano hacia el vaso, seguido por la estimulación táctil del cristal del vaso en la mano, a continuación, se ejerce presión controlada para sostener el vaso, posterior a esto dirige el vaso a la boca, ésta se abre mientras en coordinación la mano y el brazo inclinan el vaso, seguido a esto se introduce el líquido en la cavidad oral, para que con ayuda de la gravedad y movimientos peristálticos el líquido se vacíe hacia el estómago. Y así sucesivamente esta cadena se puede repetir (con posibles variaciones o de igual manera), hasta consumir todo el contenido del vaso.

Otro ejemplo de estas cadenas es cuando observamos una rata que se encuentra bajo condicionamiento operante en una caja de Skinner. Supongamos que se encuentra bajo un programa de razón fija e intervalo fijo. La rata aplica presión a la palanca tres veces y a los quince segundos recibe una ración controlada de alimento y así la rata repite esta conducta cierto número de veces, según especificaciones del programa.

En este ejemplo podemos observar que el primer eslabón de la cadena es la respuesta de palanquear, el segundo eslabón es la presentación visual de la ración de alimento, lo cual sirve como estímulo discriminativo (siendo este generado por la respuesta de palanqueo) y la consecuencia del consumo del alimento refuerza en la rata la respuesta de palanquear y así sucesivamente este proceso se puede repetir varias veces.

Es importante mencionar que este tipo de observación suele permitirse con más frecuencia en escenarios controlados y/o de laboratorio.

Ahora bien, en lo concerniente a lo que podríamos entender como macro observación Rimm y Masters (1990), dan el siguiente ejemplo:

“El caso del alcohólico que acostumbra a beber en una taberna determinada en cierta zona de la ciudad, entre las 10:00 de la noche y las 2:00 de la mañana. Un atardecer él ve su reloj cuando marca las 9:45, lo que le sugiere que tome las llaves de su coche, suba en él y guíe con rumbo a la taberna. Es probable que entre más cerca esté de su destino, encuentre más estímulos que le recuerden dicha taberna: su primera copa, la sensación que le producirán las primeras dos o tres bebidas, etc. para cuando entra en la cantina y se sienta, ya estará saturado de una multitud de sugerencias (cualquiera de las cuales estará fuertemente condicionado a la bebida: el cantinero, la vista de las botellas de licor, el olor del alcohol, la presencia de algunos compañeros de bebida).” p 308.

En este ejemplo podemos observar la afluencia de variables que se presentan durante el proceso en que se realiza la cadena conductual. Lo cual representa mayor dificultad para detectar con precisión tanto las repuestas como los estímulos que generan el fortalecimiento de dichas cadenas.

También Rimm y Masters (1990) explican que “esto puede observarse en la persona obesa que se encuentra a dieta y usualmente come en compañía de amigos glotones”.

Por su parte y en lo concerniente a la obesidad Stuart (1981) dice “El apetito es una de las respuestas de una larga cadena que conduce a la alimentación problemática... Toda ansiedad de comer deberá ser analizada como el eslabón de una cadena de decisiones, cualquiera de ellas puede ser alterada con un resultado positivo”. pp 15 – 16.

Es importante mencionar que las probabilidades de interrumpir las cadenas conductuales serán más firmes si se hacen esfuerzos por romperlas en una etapa temprana, más que en una etapa tardía de la secuencia de conductas.

Stuart (1981) lo expresa de la siguiente manera:

“podríamos servirnos de una analogía. Piense en la ansiedad psicológicamente motivada de comer como si fuera un río que fluye con una fuerza definida. Cerca del manantial, la fuerza de la corriente no es mucha, pero después, corriente abajo, se convierte en una fuerza poderosa e irresistible. Atravesar el río en su origen sería cosa fácil. El hacerlo así probablemente le ayudaría a evitar el más serio peligro. Sin embargo, dado que algo podría resultar mal durante incluso un simple atravesar, es conveniente tener en mente un buen plan de apoyo”. p 16.

Bornas (2005) comenta acerca de la importancia que tiene que ver el medio ambiente, el contexto, la temporalidad y la atmósfera cognitiva y conductual de la persona al llevar a cabo sus cadenas conductuales. Y también enfatiza que se debe precisar, que en el común de los casos las consecuencias inmediatas son positivas y esto hace que su repetición sea más probable a futuro y que comúnmente estas consecuencias actúan como reforzadores inmediatos, mientras que el individuo no atiende las consecuencias a largo plazo, las cuales pueden ser negativas.

Un ejemplo a esto es el del obeso que come en exceso en un restaurante bufet (medio ambiente), en compañía de sus amigos glotones (contexto social), por la noche (temporalidad), y se atiborra rápida y eficazmente sin reflexionar en las consecuencias que esto tenga para su salud (cognitivo-conductual), mientras goza

y disfruta del sabor, olor y textura del platillo (consecuencias positivas reforzantes) y por obvias razones esto al tiempo le puede desarrollar problemas de salud (consecuencias negativas a largo plazo).

Para finalizar se puede decir que es de suma relevancia el registro y comprensión exactos de las conductas encadenadas que llevan a un individuo tanto a excesos alimentarios como al comportamiento sedentario, para poder organizar y ejecutar las alteraciones pertinentes que fomenten conductas saludables en los individuos obesos.

Dicho lo anterior, Del Pino (2000) menciona que cuando se quiere enseñar a alguien una conducta compleja se debe comenzar desde lo más simple, considerando las habilidades que el individuo cuenta en su repertorio, enseñarle la conducta de manera progresiva, esta conducta compleja se enseña a partir de las conductas más simples, uniéndolas hasta que se haya aprendido la conducta meta. Un ejemplo de esto se puede retomar de la conducta de un alumno de sentarse en su lugar, esto partiendo de que los alumnos se encuentran en el patio a la hora del recreo y esto finaliza, el profesor da la indicación de atender la clase de manera tranquila que es la que se refuerza (estímulo discriminativo), esto viene reforzado por el profesor, la conducta de entrar al aula, sentarse y atender al profesor son conductas que van inmediatamente antes del reforzamiento.

Estos mismos autores (Martin y Pear, 2008) presentan tres métodos para enseñar una cadena conductual, entre ellos se encuentra la presentación total de la tarea, la cual trata de que los aprendices ensayen todos los pasos desde el principio a fin de la cadena en cada ensayo, hasta dominar todos y cada uno de los eslabones de la cadena, esto puede ser útil por ejemplo para enseñar a niños en desarrollo a lavarse los dientes.

El segundo método, llamado encadenamiento hacia atrás se trata de construir una cadena comportamental de atrás hacia adelante, es decir primero se enseña el último paso, luego el penúltimo, después el antepenúltimo y así sucesivamente, teniendo una progresión de atrás al principio de la cadena, esto ha resultado útil en los siguientes casos: vestirse, hacer la comida, trabajar, e incluso conductas verbales con personas con dificultades en el desarrollo

Por último, se encuentra el encadenamiento hacia adelante, el cual consiste en primero enseñar el primer paso de la secuencia para posteriormente conectarlo con los posteriores y llegar al paso final y de este modo se adquiere la cadena completa, por ejemplo, se utilizó para que los niños con problemas en el desarrollo comenzaran a ir al baño.

Cabe mencionar que, para todos los procedimientos anteriores, se necesita hacer un análisis de tarea, el cual consiste en dividir la tarea que se quiere realizar en pasos para completarla.

Los tres procedimientos se pueden resumir de la siguiente manera para ser llevados a cabo:

1. Presentación total de tarea

- Los aprendices practican todos los pasos en todos los ensayos, de forma que todos los pasos se enseñan consecutivamente.
- Los instructores proporcionan señales y elogios en todos los pasos, aunque no siempre estén bien dominados.
- Se presenta el reforzador tras el último paso.
- El entrenamiento continúa de esta forma hasta que se domine la secuencia de todos los pasos de manera correcta.

2. Encadenamiento hacia adelante

- Se empieza por el primer paso, que habrá de dominarse antes de avanzar hacia el siguiente.
- Los monitores o guías proporcionan señales y reforzadores para el paso que se está practicando.
- Para llevar a cabo cualquiera de los pasos, es preciso dominar todos los anteriores, que serán necesarios para practicar el paso que ahora se esté entrenando.
- De esta forma, los pasos se aprenden de uno en uno y se avanza así hasta alcanzar el último paso.

3. Encadenamiento hacia atrás

- Se empieza por el último paso, que habrá de dominarse antes de avanzar hacia el penúltimo.

- Los guías proporcionan señales y reforzadores para el paso que se está practicando.
- Para acometer cualquiera de los pasos, es preciso dominar todos los anteriores, que serán necesarios para practicar el paso que ahora se esté entrenando.
- De esta forma, los pasos se aprenden de uno en uno y se avanza así hasta alcanzar el primer paso. (p 153)

5.6 ASERTIVIDAD

La palabra asertividad proviene del latín asare, assertum que se refiere a “afirmar”. En psicología implica un comportamiento en el cual se expresan sentimientos o emociones de manera clara, directa y equilibrada de forma afirmativa; con el fin de expresar las ideas en forma mesurada para pronunciar o defender la legitimidad de los derechos propios, sin intentar herir o perjudicar a otras personas. Todo esto cimentado en un estado interior de auto confianza. Por el contrario, y en contraposición a la conducta de ansiedad, la cual puede promover conductas de pasividad, culpa, agresión o rabia (no asertividad).

Fabra (2009) define la asertividad como “la conducta propia de las personas que sienten un profundo respeto tanto por ellas mismas como por los demás y que son capaces de hacer valer y de hacer oír su voz, de reivindicar lo que les pertenece, de pedir lo que creen que les es debido y el negarse a hacer aquello que creen que no tienen por qué hacer, pero sin intentar pasar nunca por encima de los demás”.pp 61.

Por su parte Bejarle (2012) esquematiza tres principales modos de conductas que se refieren tanto a la conducta asertiva como a las conductas de ansiedad no asertivas y lo describe de la siguiente manera:

- 1) La lucha – atacar = agresividad (no asertividad).
- 2) La capacidad de razonar, sentir y expresar verbalmente = asertividad.
- 3) La huida – escapar = pasividad (no asertividad).

Un ejemplo de la conducta agresiva no asertiva lo podemos observar cuando el individuo que se somete a un plan alimentario para reducir de peso se siente saboteado por familiares o amigos quienes le instigan al consumo de alimentos que

no están dentro del menú de su plan de alimentación y opta por entablar una discusión con rabieta acerca de que ellos intentan estropear sus esfuerzos por controlar su peso y que atentan contra su salud.

Así también un ejemplo de la conducta pasiva no asertiva es cuando el individuo que intenta llevar un control alimentario saludable evita a los familiares o amigos glotones para que no le instiguen o le comprometan a aceptar el consumo de alimentos de alto valor calórico.

Por el contrario, el comportamiento o conducta asertiva que se podría aplicar a los ejemplos anteriores implicaría el expresar verbalmente a sus amigos o familiares su necesidad de sentirse sano conllevando con esto un razonamiento del porqué no aceptar lo que esta fuera de su plan de alimentación solicitando de forma mesurada y firme el respeto a sus convicciones alimentarias, explicando la legitimidad de su comportamiento de no ceder ante la instigación.

Es importante mencionar que esta conducta asertiva debe ser basada en la auto confianza y auto respeto y con una visión clara y comprensiva acerca de la situación o el contexto social en que se encuentra el individuo, ya que el hecho de que por amabilidad o camaradería se invite a probar un bocadillo no precisamente signifique que se intente sabotear el plan de alimentación o en otro caso agredir y/o someter a quién está controlando su alimentación.

También Bejarle (2012) Explica los diferentes estilos de respuestas tanto asertivas como no asertivas:

- a) No asertiva o pasiva: Representa la incapacidad para equilibrar los límites entre los derechos de uno mismo y los derechos de los otros. Esto implica el permitir que no haya ningún tipo de restricción o establecimiento de límites de ciertas conductas que afectan o pueden afectar a la persona. Estas personas pasivas ocultan sus sentimientos y evitan expresar sus pensamientos por el temor al rechazo, a ser incomprendidas o por miedo a ofender a otras personas, infravaloran su propio sentir, sus necesidades y al contrario, conceden un valor superior a las necesidades y demandas de las demás personas.
- b) Asertiva: Es un comportamiento o conducta que promueve la defensa de los derechos elementales de sí mismo sin la intención de violar los derechos de los

demás, también con este comportamiento se reconocen y establecen tanto los límites de los derechos propios como los límites de los derechos de los demás, la conducta asertiva también es abierta a las opiniones ajenas y les otorga la misma jerarquía y validez que a las propias. Un punto fundamental de este comportamiento es el respeto hacia uno mismo y hacia los demás, aceptando las diferentes posturas de los otros con la convicción de que no siempre coincidirán con la postura propia, lo que conlleva a evitar conflictos. Sin embargo, es importante aclarar que aun ante las diferencias con los demás se debe expresar lo que se desea o quiere en forma directa, abierta y honesta.

c) Agresiva: Esta es una forma de respuesta no asertiva que se presenta cuando se invaden los límites de los otros; En otras palabras, es el contraponerse a los derechos de los demás. Este comportamiento se reconoce o identifica por la sobrevaloración de las posturas y emociones personales, lo cual incluso llega a despreciar, repudiar y desplazar las opiniones y posturas de los otros.

d) Pasivo-Agresivo: Este punto trata de la evasión de los conflictos con conductas de discreción, evitando o escapando de diferentes escenarios o contextos sociales que puedan ser incómodos o molestos para el individuo utilizando estrategias como el confrontar con excusas a los demás, falsos olvidos, minimizar la importancia de un hecho, etc. Así la persona no considera para sí mismo el hacer valer sus legítimos derechos, lo cual implica una actitud pasiva, sin embargo. Por otro lado, se muestra poco receptivo a las demandas, necesidades u opiniones de los otros, mostrando con esto una conducta de agresividad.

Wolpe (1990) comenta la importancia del entrenamiento de conductas asertivas a los pacientes que muestran en su repertorio conductual gran ansiedad ante situaciones de interacción social en las cuales se realizan negociaciones y donde el individuo debe hacer valer sus derechos.

Este autor define la conducta de asertividad como: "la expresión adecuada dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad". Por

lo cual enfatiza que el entrenamiento de la conducta asertiva debe dirigirse a la inhibición de hábitos de respuestas de ansiedad.

Un aspecto importante que puntualiza este investigador es la necesidad de la expresión externa de los sentimientos o emociones ya que de lo contrario se podría presentar algún trastorno corporal continuo interno, desencadenando cierto tipo de padecimiento psicosomático y consecuentemente un daño en los órganos internos, como por ejemplo colitis nerviosa, úlcera gástrica, alteraciones cardíacas, etc.

(Salter, 1949, cit. en Wolpe, 1990) Propone seis modos de conductas que se deben incorporar al repertorio conductual de la persona que necesita entrenamiento asertivo, los cuales son:

- a) Externar los sentimientos: lo cual implica externar las emociones verbalmente y de forma deliberada.
- b) Expresión facial: que involucra movimientos gesto-articulatorios que ayuden a fortalecer el mensaje emotivo que se expresa verbalmente.
- c) Contradiga y ataque: esto alude a acentuar la postura propia en forma vigorosa, mesurada y sin ansiedad en una discrepancia ante una negociación o diferencia social.
- d) El uso del yo, (que debe ser constante): lo cual ayuda a que el paciente se autoafirme y le sea más fácil implicarse en sus autoafirmaciones.
- e) Expresar estar de acuerdo cuando sea elogiado: que tiene como propósito la aceptación honesta de los actos o conductas que uno ejecuta en forma efectiva o excelente, sin sentir vergüenza o ansiedad.
- f) Improvise: la razón de esto es el ser espontáneo en las respuestas que se deben de dar ante ciertos estímulos; logrando con esto evitar respuestas automatizadas o programadas, ya que en las negociaciones o demandas sociales sería imposible tener una respuesta precisa al gran cúmulo de posibles situaciones que impliquen mantener un comportamiento asertivo.

Hadfield y Hasson (2014) explican que la asertividad no implica ser amenazante y ruidoso o siempre tomar ventaja de la situación, que eso es ser agresivo. Y por otra parte el quedarse callado y ser obediente a las demandas de las demás personas tampoco es la mejor forma de comportarse ya que eso es ser pasivo. Así también

la manipulación y el evitar responsabilidades para el beneficio propio promueve mantener una conducta pasivo-agresiva.

Sin embargo, el permitir de manera confiada y directa que las demás personas sepan lo que uno desea y lo que no desea con el fin de llegar a un acuerdo justo y mutuo para todos los individuos involucrados en una situación de interacción social, se refiere a mantener una conducta asertiva.

Estas autoras refieren que el comportamiento agresivo se presenta como consecuencia de haber sido ignorado, relegado, engañado o de haber sido víctima de algún tipo de abuso hace mucho o poco tiempo y que ese comportamiento agresivo quizá sólo se presenta en algunas ocasiones como, por ejemplo; al estar ebrio, cuando se percibe desplazado, menospreciado, burlado o también al sentirse impaciente, resentido o muy perturbado.

Cabe mencionar que este comportamiento agresivo puede haber sido aprendido para obtener lo que se desea y/o para no aceptar lo que no se quiere.

Con relación al comportamiento pasivo, éste se pudo haber establecido en el repertorio conductual como consecuencia de haber convivido con personas dominantes y controladoras (familiares, profesores, amigos o cualquier persona a la cual se le haya visto como figura de autoridad), y que hayan generado un sentimiento de desvalorización o de baja autoestima. Lo que promueve una desmotivación al querer solicitar lo que se desea y hay temor a molestar a los demás, a no ser apreciado; por lo cual se evita pedir lo que se desea, el opinar y el hacer valer los derechos propios. Y así consecuentemente suele resultar difícil tomar decisiones.

En lo que corresponde a la conducta pasivo-agresiva; ésta suele presentarse cuando en las experiencias pasadas cualquier expresión de molestia, frustración, intolerancia o decepción constantemente eran castigadas o desmotivadas. Lo cual promovió formas de comportamiento poco detectables para la satisfacción de las necesidades propias, de las carencias y de la expresión de los sentimientos, de manera que no pusiera en conflicto directo las relaciones con las demás personas. Las personas que se comportan pasivo-agresivas carecen de auto confianza y habilidades para solicitar, decidir o hacer lo que realmente desean. Son infelices

cuando tienen que someterse a las exigencias y caprichos de los demás, pero se muestran renuentes para defender sus opiniones; por lo tanto, dejan que los demás se encarguen de la toma de decisiones para posteriormente recurrir a estrategias solapadas o engañosas para manipular o sabotear las decisiones ya tomadas con el fin de poder salirse con la suya egoístamente.

Ahora bien, cabe mencionar que existen diferentes personas y situaciones en particular que no permiten o impiden practicar o aplicar las conductas asertivas, por ejemplo; suele suceder ante la confrontación con personas agresivas, así también si la confrontación se da con una persona excesivamente pasiva, si es negativa, ansiosa, incierta, dicotómica y/o tiende a desvincularse de las responsabilidades. Por otro lado, si la persona es pasiva – agresiva, también es un obstáculo ya que estas personas tienden a mostrarse ofendidas con facilidad para evitar llegar a una solución que no les sea del todo favorable, así entonces buscan confundir, e ignorar o minimizar las exigencias que la situación lo amerite. Y, por el contrario, si en el diálogo las personas se muestran asertivas se presenta un respeto mutuo y apoyo, permitiendo así que se ejerza la conducta asertiva.

Hadfield y Hasson (2014) al respecto comentan “Lo cierto es que las demás personas y ciertas situaciones pueden afectar tu capacidad para ser asertivo; sin embargo, a menudo tus expectativas acerca de los demás pueden ser una buena barrera para la asertividad”.

Davis, McKay y Eshelman (2002) proponen la siguiente serie de pasos para llevar a cabo la técnica de entrenamiento asertivo:

1. Identificar los 3 estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal: Agresivo, pasivo y asertivo
2. Identificar aquellas situaciones en las que desea el paciente aumentar su asertividad.
3. Describir las escenas problema, es decir describir las personas implicadas, cuando suceden, como afronta dicha situación, sus temores y definir cuál es su objetivo.
4. Escribir un guion que seguir para lograr el cambio de conducta, el guion debe estar basado en un plan para afrontar la situación problema de manera asertiva.

5. Desarrollo de un lenguaje corporal adecuado.

6. Aprender a evitar la manipulación, mediante técnicas específicas.

Por último, debemos comprender que la asertividad siempre conllevará no solamente una forma correcta de respuesta ante diversas situaciones que pueden ser potencialmente conflictivas, sino que además estas respuestas correctas que se emitan deberán contar con un sustento emotivo de autoconfianza, de autorrespeto y la fuerte convicción de que se está haciendo lo correcto.

6. OBJETIVOS

En la actualidad Garaulet (2006), Anessi y Unruh (2008), y Amigo y Fernández (2013), concuerdan en que gran parte de la investigación que se ha realizado sobre estrategias psicológicas para el control de peso se ha basado en las técnicas cognitivo-conductuales, siendo consideradas las más efectivas para dicha labor.

Respecto a dichas técnicas, Garaulet (2006) menciona que en los diferentes tratamientos conductuales para la obesidad se utilizan diversas estrategias específicas que dependen del tipo de tratamiento, sin embargo, las más utilizadas son el control de estímulos, el cual consiste en modificar el ambiente que rodea al paciente para promover comportamientos que le ayuden a perder peso; el automonitoreo, el cual se refiere al registro diario de ingesta y de actividad física, para que el paciente sea consciente de lo que ingiere y de cuáles son las situaciones de riesgo para el seguimiento de hábitos alimenticios saludables; el reforzamiento positivo, en él se establecen premios que no estén relacionados con los alimentos, como por ejemplo, comprar ropa cuando se obtiene el peso deseado; reestructuración cognitiva, en esta técnica los pacientes aprenden a reconocer y modificar aquellos pensamientos e ideas que tienen en relación con el peso; prevención de recaídas, en ésta se ayuda al paciente enseñándole a identificar posibles deslices y a aplicar técnicas que le ayuden a evitarlos; otras técnicas pueden ser las de afrontamiento del estrés, apoyo social, resolución de problemas, control de la velocidad de ingesta, etc. Además, Garaulet menciona que la terapia de comportamiento pretende ayudar a los pacientes a identificar las situaciones o condiciones que desencadenan conductas inapropiadas, tanto de alimentación

como de actividad física, y la terapia cognitiva aunada a la anterior, enseña a que los pacientes aprendan a establecer metas realistas en lo que se refiere al peso y al cambio de conducta, así como a evaluar sus progresos en la modificación de hábitos de alimentación y ejercicio.

Por otro lado, Annesi y Unruh (2008) mencionan que el mejor predictor para el mantenimiento de un peso saludable es la actividad física regular aunada a cambios psicológicos positivos en la persona, dichos autores realizaron un estudio basado en un modelo propuesto por Baker y Brownell (2000), el cual describe relaciones entre factores fisiológicos y psicológicos para determinar las relaciones entre actividad física, pérdida de peso y cambios en factores psicológicos. Dicho modelo, sugiere que cambios positivos en el humor están asociados con la realización de ejercicio, y esto a su vez conduce a incrementar la adherencia al ejercicio, así como al tratamiento, y, por el contrario, menciona que los cambios negativos de humor están asociados con el fracaso del tratamiento. Otro punto clave en dicho modelo se basa en la teoría de la autoeficacia, la cual en este caso, es la que el paciente utiliza para regular su conducta de cooperación o adherencia al programa. Además, se toman en cuenta factores como imagen corporal y autoconcepto físico, los cuales según el modelo pueden mejorarse a través de la adherencia de actividad física regular y una reducción en el consumo de calorías diarias. Esto último fue puesto en marcha por dichos autores para mantener la adherencia de los pacientes al programa de intervención, utilizando técnicas cognitivo-conductuales como retroalimentación progresiva, control de estímulos y reestructuración cognitiva. Un ejemplo de lo mencionado anteriormente con respecto a las estrategias utilizadas es el estudio de Alvarado, Guzmán y González (2005), en el cual se empleó un enfoque multidisciplinario, considerando a nutriólogos, psicólogos y otros profesionales de la salud; respecto al trabajo de los psicólogos se utilizaron técnicas cognitivo conductuales (reestructuración cognitiva, técnicas de autocontrol, reforzamiento y relajación) y se demostró su eficacia en comparación a cuando no se utilizan para la reducción de peso.

Se consideran las últimas investigaciones al respecto Alvarado, Guzmán y González (2005), Baker y Brownell (2000), Annesi y Unruh (2008) posicionando el

presente trabajo en el estado del arte o estado de la cuestión en relación al abordaje cognitivo conductual en el padecimiento de la obesidad. Los estudios e investigaciones mencionadas han tenido aportaciones relevantes. Sin embargo, este trabajo considera algunos elementos que podrían ser complementarios para el tratamiento de la obesidad desde una perspectiva psicológica, los cuales se mencionan a continuación:

- Se aborda la obesidad enfocándose en el cambio de hábitos y no en los kilos perdidos.
- El tratamiento de la obesidad se centra en estrategias del campo psicológico cognitivo-conductual variadas (múltiples)
- Se considera el peso ideal de cada individuo según Quelette mediante los parámetros sugeridos de IMC.
- Se hace énfasis en la discriminación cognitiva
- Persona con obesidad / personas con normopeso.
- Alimentos de alto valor calórico / alimentos de bajo valor calórico.
- Hambre / apetito.
- Comportamiento sedentario / comportamiento activo.
- Formas de preparación de los alimentos con alto / bajo valor calórico
- Situaciones que promueven el consumo de alimentos y bebidas de alto / bajo valor calórico
- Lugares apropiados / inapropiados para el consumo de alimentos

Por tanto, los objetivos del presente trabajo se enlistan a continuación:

Objetivo general: Proponer un programa e intervención cognitivo-conductual para modificar los hábitos que promueven y mantienen la obesidad en individuos jóvenes.

Objetivos específicos de evaluación:

Proponer una detección diferencial de la obesidad con relación al índice de masa corporal (IMC).

Proponer una detección funcional de la obesidad con relación al repertorio conductual y cognoscitivo

Proponer estrategias e instrumentos para monitorear la alteración tanto en el peso y grasa corporal, como en lo referente al repertorio cognitivo y conductual en los pacientes con sobrepeso y/u obesidad.

Proponer estrategias e instrumentos para pos-evaluación y seguimiento del mantenimiento de la pérdida de peso y los cambios cognitivos conductuales que presente la muestra.

Objetivos específicos de intervención:

Proponer técnicas cognitivo-conductuales para la modificación de hábitos alimentarios que promueven y mantienen sobrepeso u obesidad en individuos con este padecimiento.

Proponer estrategias para la aplicación y ajuste de las técnicas cognitivo-conductuales durante el proceso de intervención.

7. MÉTODO

Participantes: Jóvenes adultos de entre 20 a 24 años con obesidad OMS (2000) sin ningún desorden psiquiátrico como: anorexia, bulimia, atracones, trastorno obsesivo compulsivo y en buen estado de salud física.

El número de participantes debería ser 1 a 6 sujetos, lo que nos permitiría tener un adecuado control de las variables durante el proceso de intervención y fueran residentes de las Ciudad de México o Área Metropolitana.

Situación experimental: Se sugerirá que cada taller se realice en un área amplia acorde al número de participantes con quien se aplique.

Deberá tener adecuada iluminación, adecuada ventilación, libre de ruidos provenientes del exterior. Así también, mantener una buena presentación (limpia, bien pintada).

De preferencia con una decoración atractiva y armoniosa acorde al trabajo que se va a realizar (plantas, cuadros, diplomas, título).

El lugar debería contar con un área de recepción, un área para dar la instrucción, un área privada para el pesaje y un área de baño.

Asimismo, se recomendaría que el mobiliario que se encontrase en el lugar de trabajo fuese el siguiente: Sillas (según las necesidades de los usuarios y de los profesionales de la salud) en todas las áreas, escritorios, pizarrón, espejo y en el área de baño; jabón, papel higiénico y toalla.

Se realizará una sesión por semana, es decir el procedimiento se llevará a cabo en un total de 2 meses aproximadamente.

Materiales:

Pizarrón

Marcadores para pizarrón

Borrador

Hojas de papel

Bolígrafos

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN:

- Báscula
- Cinta métrica
- Plicómetro

FORMATOS DE EVALUACIÓN PROPUESTOS

- Ficha de identidad la cual deberá llevar una evaluación psicológica y social para identificar los factores que impiden trabajar en un programa de dieta y actividad física, además de identificarse condiciones asociadas como depresión, estrés postraumático, ansiedad, trastorno bipolar, adicciones, trastorno de alimentación y alcoholismo (Anexo 1).
- Cuestionario de sobrepeso (Análisis funcional) de Fernández y Vera (1998) (Anexo 2)
- Autorregistro conductual- el cual contendrá los siguientes elementos: lugar de consumo de los alimentos, conductas asociadas durante la alimentación,

tiempo empleado en el consumo de alimentación, alimentación no planeada etc. (Anexo 3)

- Autorregistro conductual narrativo (Anexo 4)
- Cuestionario cognitivo de autofrases (Anexo 5)
- Diario narrativo de escenificaciones cognitivas (Anexo 6)
- Autorregistro ABC (Beck, 1976) es una técnica utilizada en la Terapia de Reestructuración Cognitiva, la cual consiste en identificar y cuestionar los pensamientos negativos o desadaptativos que producen malestar, para sustituirlos por otros pensamientos más adaptativos que generen una emoción positiva (Anexo 7)
- Registro de ejercicio físico- permite planificar al paciente planificar los ejercicios de entrenamiento, es decir tener un plan de acción respecto a cuántos días lo va a llevar a cabo y que ejercicios realizará, además le permite saber qué hace y tomar conciencia de que factores influyen para que se esté llevando o no de manera adecuada el entrenamiento físico (Anexo 8)

PROCEDIMIENTO

Invitación: se acudiría a instituciones de salud donde sean recurrentes casos de obesidad, tales como el IMSS o el DIF, se realizaría una convocatoria para quienes se deseen integrar a la intervención con previa autorización de las autoridades de las instituciones implicadas. Los criterios de exclusión de los participantes se mencionaron anteriormente.

Sesiones:

Evaluación: Se aplicaría el inventario de personalidad de Willhoby (anexo 3), adicional a esto la escala s-s de Bernreuter y clave de las puntuaciones (anexo 4)

Sesión 1: Presentación

Objetivos de la sesión: Los usuarios conocerían las reglas para participar en el entrenamiento.

- Se llenaría la ficha de identidad para conocer datos generales de los usuarios.
- Los usuarios aprenderían a discriminar entre alimentos de bajo/alto valor calórico y de una alimentación sana/mala alimentación.
- Se indicaría a los usuarios los objetivos del tratamiento de intervención, así como objetivos específicos, además de convenir reglas de participación y convivencia:
 - Los usuarios deberían registrarse, firmar un consentimiento informado, presentarse a las sesiones en forma individual.
 - Deberían ser puntuales para iniciar las sesiones en el tiempo establecido.
 - Evitarían asistir a las sesiones en estado inconveniente.
 - Mostrarían respeto hacia los compañeros.
 - Acudirían a las entrevistas y responderían los cuestionarios de avances y seguimiento, así como los instrumentos indicados.
- Posteriormente se llenaría la ficha de identidad de cada uno de ellos (anexo 1)
- Información respecto a la “discriminación”

Se comentaría a los usuarios: “la discriminación es responder de manera diferencial ante la presencia de algunos estímulos”

Se darían ejemplos a los usuarios sobre cómo diferenciar los alimentos de alto y bajo valor calórico,

Se preguntaría como piensan que podrían llevar una alimentación sana y una mala alimentación.

Al finalizar la sesión se les pediría que realicen un listado de cómo podrían aplicar los conocimientos sobre discriminación aprendidos en la sesión en su vida diaria respecto a la alimentación.

En esta sesión se aplicaría el cuestionario de sobrepeso de Fernández y Vera (anexo 2).

Además, se les indicaría que deberían realizar un registro de su ejercicio físico (anexo 9).

Sesión 2. Resolución de problemas

Objetivos: Los usuarios reafirmarían conocimientos acerca de las tareas de discriminación.

- Los usuarios conocerían y aplicarían la técnica de resolución de problemas.
- En primera instancia se procedería a la revisión de tareas de discriminación (recopilar y analizar datos) que se dejaron en la sesión anterior. Se les pediría a los usuarios que comenten sus respuestas en el listado que se les pidió que completaran y las más comunes se retomarían para realizar un listado general con la propuesta de que los usuarios la utilicen para llevar de manera diferencial aspectos asociados con su alimentación y hábitos.
- Revisión de información resolución de problemas:
- Se les comentaría a los usuarios “la resolución de problemas es un proceso metacognitivo, en base al cual las personas pueden comprender la naturaleza de los problemas que enfrentan en la vida, además que les permite dirigir sus intentos para modificar, ya sea el carácter problemático de la situación misma o su propia respuesta ante la situación problema”:
- De este modo, se procedería a seguir los pasos de la resolución de problemas. Se les daría un caso el cual podría ser resuelto de manera grupal “Una joven de 20 años con problemas de obesidad pretende cambiar sus hábitos implementado una rutina de ejercicio una hora al día”
 - especificación del área del problema- se plantearía el problema y se realizaría una lluvia de ideas para verificar en qué área o áreas se puede trabajar.
 - registro de información- se les plantearía la pregunta ¿qué información es con la que contamos? posteriormente los más comunes se anotarían en el pizarrón.
 - identificación de patrones conductuales y ambientales- se identificarían patrones del ambiente tanto del comportamiento de la persona y anotar los más relevantes en el pizarrón.

- generación de alternativas y soluciones- ¿Qué alternativas podría utilizar tanto ambientales como conductuales para que la persona implicada logre su propósito
 - valorar las ganancias o pérdidas consecuentes- Valorar cada alternativa propuesta con respecto a cada alternativa para lograr un algún objetivo propuesto
 - extender o sustituir la solución para de este modo generar un cambio.
- Posteriormente se les dará otro caso “mujer de 20 años, con problema de obesidad incrementa una nueva estrategia para eliminar toda la comida chatarra de su alacena” para resolver de manera individual, tomando en cuenta los pasos descritos anteriormente.
 - Asimismo, los usuarios se llevarían como tarea describir alguna situación que les estuviera ocurriendo con respecto a su padecimiento que pudieran resolver con estos pasos y como lo harían.

Sesión 3. Técnica de alimentación.

Objetivos: Los usuarios reafirmarían conocimientos acerca de las tareas de resolución de problemas.

- Los usuarios adquirirían habilidades e información para comprender la técnica correcta de alimentación y realizar su aplicación.
- En primer lugar, se revisaría la tarea acordada en la sesión anterior, donde se les pidió que ubicaran y describieran cómo llevar a cabo la técnica de resolución de problemas en su vida diaria para mejorar hábitos que contribuirían a la obesidad. Se abriría una mesa de diálogo donde los participantes discutan sus respuestas y puedan expresar como lograron llevar a cabo la actividad.
- Revisión de Técnica de alimentación
- Se les diría a los participantes para dejar claro lo que se revisaría en esta parte de la sesión “la técnica de alimentación es muy importante que se revise, ya que la manera en la que comemos nos trae consecuencias, ya sea

positiva y negativa, de este modo se propone que coman con base en los siguientes puntos:

- Comer solo cuando se tiene hambre. no cuando se tiene hambre excesiva
- Realizar las comidas siempre en un solo lugar, de preferencia en el comedor y evitando conductas paralelas como ver TV o leer por ejemplo.
- Servir raciones pequeñas
- Ingerir bocados pequeños, masticarlos hasta triturarlos y esperar 15 segundos mínimo para consumir el siguiente bocado
- Eventualmente hacer pausas de entre 30 y 50 segundos entre bocados.
- Eliminar el pensamiento erróneo que a cada bocado le corresponde un trozo de pan o de tortilla
- A la mitad de la sesión alimenticia hacer una pausa de 3 minutos (en caso de seguir con hambre seguir con la ingesta).
- Mantener atención para detectar la sensación de saciedad.
- Evitar la sobremesa, mantener cerca cepillo y pasta de dientes para cepillarse inmediatamente después del último bocado.

Sesión 4. Reforzamiento, castigo y terapia racional emotiva.

Objetivos: El usuario conocería y aplicaría las técnicas de reforzamiento, castigo y terapia racional emotiva.

- En primera instancia se les explicaría “el reforzamiento es una técnica que consiste en el incremento de la frecuencia de algunas conductas, esto seguido por una consecuencia en particular ya sea positiva o negativa, mientras que el castigo consiste en la presentación de un estímulo aversivo, es decir no agradable para la persona o también el retiro de un evento positivo consecuente a una conducta, lo cual decrementa la probabilidad de que se repita dicha conducta, esto puede ser aplicado en hábitos alimentarios, para esto vamos a realizar las siguientes actividades”

- Para la parte de reforzamiento y castigo se trabajaría de manera grupal, en primer lugar, se les proporcionaría un autorregistro diario para análisis alimentario en el cual se especifica a lo largo de la semana los días, horas, así como aspectos psicológicos como la satisfacción y ansiedad (anexo 10) y los autorregistros conductuales (anexo 5). De este modo de manera semanal se haría una revisión de dicho análisis y de manera grupal se reforzarían las conductas que promuevan un avance dirigido a la pérdida de peso y a los hábitos alimentarios positivos por medio principalmente de reforzadores positivos, por ejemplo, aplausos en grupo, comentarios personales y felicitaciones. Mientras que, por la parte de castigo, cuando haya decremento de las respuestas favorables, se le mencionarían frases tales como “no fue adecuado” “debes esforzarte más” etc.
- Terapia racional emotiva
- Se les explicaría en primer lugar a los usuarios “la terapia racional emotiva da importancia a las emociones y las conductas, pero da principal énfasis a las cogniciones, parte de un esquema ABC donde la A representa un acontecimiento activador, la B las creencias y pensamientos sobre A y la C son las consecuencias ligadas a A, es decir las creencias actúan como mediadores. El objetivo de esta terapia es cambiar las creencias y evaluaciones erróneas de la realidad.”
- Como actividades, de manera individual se guiaría a cada paciente a que descubra sus creencias irracionales ligadas a acontecimientos propios de la alimentación, posteriormente se establecerían metas oportunas y realistas con respecto al tema. Se le explicaría el DET y se realizarían registros de cada una de las partes ABC (anexo 7). Posteriormente usuario y terapeuta trabajarían para socavar las ideas irracionales y reforzar las racionales, en primer lugar, identificándolas y refutando las que no son de ayuda para las situaciones relacionadas a la alimentación.

Sesión 5. Relajación muscular y asertividad.

Objetivos: El usuario conocería y aplicaría la técnica de relajación muscular progresiva.

- El usuario conocería y aplicaría la técnica de asertividad.
- Relajación muscular progresiva
- Se comenzaría la sesión comentando a los usuarios “la relajación muscular progresiva se basa en la idea de que la tensión muscular se encuentra relacionada con la ansiedad, por lo que si un individuo tiene una sensación reconfortante y reducción de ansiedad si los músculos tensos ante ciertas situaciones se comienzan a destensar”
- En primer lugar, se realizarían jerarquías con situaciones que causen al paciente ansiedad.
- Posteriormente se realizarían los siguientes ejercicios y se les pediría que se realicen en casa dos veces al día en el siguiente orden.
 - Manos: Se tensarían los puños, posteriormente se relajarían, lo mismo con los dedos.
 - Biceps y triceps: Se tensarían los biceps; se relajarían, lo mismo con los tríceps
 - Hombros: Se jalarían hacia atrás; se relajarían, posteriormente lo mismo, pero con dirección hacia adelante.
 - Cuello: Se giraría la cabeza a la derecha hasta una posición extrema; se relajaría, después lo mismo a la derecha, hacia adelante y por último hacia atrás.
 - Boca: se abriría la boca en cuanto sea posible; se relajaría, se fruncirían los labios; se relajarían.
 - Lengua: se abriría la boca y se sacaría la lengua lo más que se pueda; se relajaría, después se contraería la lengua hacia atrás; se relajaría.
 - Ojos: Se abrirían tanto como sea posible; se relajarían, después se mantienen cerrados lo más fuerte posible; se relajarían.
 - Respiración: Se realizaría una aspiración profunda; se relajaría.

- Espalda: Se descansarían los hombros contra la silla y se impulsaría el tronco hacia adelante con fin de arquear la espalda; se relajaría
 - Parte media: La parte media se elevaría ligeramente tensando los músculos de los glúteos; se relajaría, posteriormente el mismo procedimiento, pero hundiendo los glúteos en el asiento; se relajaría.
 - Muslos: Se extenderían las piernas y se elevarían aproximadamente 15 cm del suelo; se relajarían.
 - Estómago: Se sumiría el estómago; se relajaría, se comprimiría el estómago; se relajaría.
 - Pantorrillas y pies: Con las piernas apoyadas, se doblarían los pies de modo que apunten a la cabeza; se relajarían y se repite lo mismo en dirección opuesta.
 - Dedos de los pies: Con las piernas apoyadas y los pies relajados se presionarían los dedos contra la suela de los zapatos; se relajarían y se repite lo mismo en dirección contraria.
- Asertividad:
 - Se les comentaría a los usuarios “La asertividad es la conducta propia de las personas que sienten un profundo respeto tanto por ellas mismas como por los demás y que son capaces de hacer valer y de hacer oír su voz, de reivindicar lo que les pertenece, de pedir lo que creen que les es debido y el negarse a hacer aquello que creen que no tienen por qué hacer, pero sin intentar pasar nunca por encima de los demás por lo cual es importante que aprendan técnicas para llevarlo a cabo y esto pueda influir de manera positiva tanto en sus vidas como en su alimentación”
 - Se les explicaría en qué consiste cada una de las conductas asertiva, pasiva y agresiva “La conducta asertiva implica la expresión directa de nuestros sentimientos, pensamientos y necesidades, respetando los derechos de los demás, en la conducta pasiva, la persona deja de lado sus propios derechos y antepone los de los demás, con el fin de que no se produzca un conflicto o evitar pasar un mal momento, por último la conducta agresiva, contrariamente a la anterior, la persona antepone y defiende sus derechos

de una manera ofensiva, deshonesto, manipulativa y/o inapropiada, pasando por encima de los derechos de los demás.”. De este modo, cuando los usuarios tuvieran establecidos estos conceptos se les sugeriría que den ejemplos relacionados con su alimentación en cómo podrían aplicar la conducta asertiva y posteriormente llevarlo a cabo en su vida cotidiana.

Sesión 6. Reestructuración cognitiva y cadenas conductuales

Objetivos: El usuario conocería y aplicaría la técnica de reestructuración cognitiva

- El usuario conocería y aplicaría la técnica de cadenas conductuales.
- Se les explicaría en primer lugar a los usuarios “La técnica de reestructuración cognitiva es relevante para el tratamiento, debido a que los pacientes aprenden a reconocer y modificar aquellos pensamientos e ideas que tienen en relación con el peso”
- De este modo, se identificarían las cogniciones de manera grupal con los usuarios que ellos consideren que influyen en sus conductas alimentarias. Además estos aspectos se identificarían mediante el cuestionario cognitivo de autofrases (anexo 6) y el diario estructurado de escenificaciones cognitivas (Anexo 8)
- Posteriormente se darían algunos ejemplos con las cogniciones que ellos proporcionen para hacer la confrontación de cada una de las cogniciones y posteriormente se les comentaría que deberían identificar algunas de estas cogniciones en su vida diaria con respecto a la alimentación, para posteriormente realizar la confrontación de estos pensamientos y asimismo la sustitución de ellos por unos más adaptativos.
- Cadenas conductuales
- En primer lugar, se les comentaría a los usuarios “las cadenas conductuales son patrones de conductas que podemos descomponer en pequeñas unidades. En donde estas unidades de conducta podemos compararlas con eslabones de una cadena que se van presentando secuencialmente hasta llegar a su objetivo terminal, estas cadenas las podemos encontrar en la vida cotidiana y para muchas personas suelen pasar desapercibidas dado que al

presentarse y ser cotidianas como parte de nuestra vida diaria se vuelven casi imperceptibles”

- El terapeuta se encargaría de presentar algunos ejemplos relacionados a la alimentación y descomponerlo en eslabones, es decir que describan las conductas paso por paso, esto con el propósito de que los usuarios observarían cómo se realiza dicha descomposición y la observación de que eventos o estímulos desencadenan ciertas conductas favorables o no favorables para tener una alimentación sana, por ejemplo “comer comida chatarra”.
- Posteriormente se le pedirá al usuario que identifique 5 conductas que sean favorables y no favorables para su alimentación, descomponerlas en eslabones y de este modo pueda incrementar o decrementar la conducta, respectivamente.

Sesión 7. Terapia centrada en esquemas y detención del pensamiento

Objetivos: El usuario adquiriría habilidades e información para comprender la técnica de terapia centrada en esquemas y realizar su aplicación.

- El usuario adquiriría habilidades e información para comprender la técnica de terapia de esquemas y realizar su aplicación.
- Terapia centrada en esquemas
- Se les comentaría a los usuarios “la terapia centrada en esquemas se basa en que existen tipos de esquemas que son desadaptativos, en primera instancia los esquemas desadaptativos tempranos, los cuales se originan de manera prematura y son crónicos si no son tratados, estos se caracterizan por llevar al individuo a emociones intensas y disfuncionales”
- Se procedería a la identificación y activación de los esquemas desadaptativos que son relevantes para el paciente mediante una revisión de vida, estos esquemas se retomarían para posteriormente ser modificados por medio de buscar evidencia empírica que contradiga dichos esquema, crear tarjetas de aviso que detengan los esquemas o el diálogo interno que trata de desarrollar una voz saludable en contra de los esquemas desadaptativos.
- Detención del pensamiento

- Se les explicaría a los usuarios “Es una estrategia psicológica que consiste en detener los pensamientos negativos que se presentan ante determinadas situaciones, sustituyéndolos por otros más positivos o que simplemente distraigan nuestra atención, esto será de gran ayuda para complementar el tratamiento y cuando tengan pensamientos acerca de comida, alimentación etc. puedan sustituirlos por algunos más adaptativos y de este modo modificar conductas desfavorables”
- Se les daría la instrucción de detectar pensamientos desfavorables con respecto a la alimentación, por ejemplo “ la verdura sabe mal”. Posteriormente se les daría la indicación de cuando comiencen a tener esos pensamientos griten en su mente la palabra STOP. De este modo el pensamiento se “detiene” y después se les pediría que hicieran una lista con pensamientos adaptativos relacionados a su alimentación y así poder modificar los que no son favorables.

Sesión 8. Conductas incompatibles

Objetivo: El usuario adquiriría habilidades e información para comprender la técnica de conductas incompatibles y realizar su aplicación.

- Se les dirá “La revisión de las conductas incompatibles ya que realizando algunas actividades que no tengan nada que ver o sean contrarias a la mala alimentación, pueden ser de gran ayuda para evitar acciones que promuevan la misma”
- Posteriormente se les mostrará cómo pueden sustituir conductas como por ejemplo los atracones por respuestas contrarias o incompatibles, tal como realizar rutinas de baile o visitar el gimnasio.

8. CONCLUSIÓN

La información revisada en el presente trabajo indica la importancia que conlleva la intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de la obesidad, ya que a lo largo del tiempo se ha demostrado de manera empírica su eficacia, ya que ésta implica variables en distintas dimensiones espacios-temporales.

De igual manera, se señala con respecto a las estrategias cognitivo-conductuales su facilidad de aplicación por parte de los terapeutas y su bajo costo, ya que en ocasiones debido al tiempo o al alcance económico del usuario se suspende el tratamiento lo cual resulta desfavorable, por lo que la terapia cognitivo-conductual es una herramienta útil que puede muy probablemente reducir este tipo de inconvenientes.

La presente investigación tiene aportaciones relevantes a nivel social, ya que como se ha mencionado a lo largo del trabajo, según las estadísticas de diferentes instituciones de salud en México, es un problema que va en aumento en una dimensión social, aunque también a nivel personal de los usuarios que se les apliquen estas técnicas, ya que esto mejoraría su bienestar y un entorno más favorable para sobrellevar sus padecimientos.

De igual manera, este trabajo tiene limitaciones, en primera instancia al ser una investigación de corte propositiva, no fue aplicado a personas en un entorno real, lo cual representa la primer limitante ya que no se cuentan con resultados para presentar alguna evidencia, por lo cual se recomienda ser aplicado para confirmar lo dicho en esta propuesta, por otra parte, se recomienda que se lleven a cabo tratamientos desde un corte multidisciplinario.

Con respecto a lo anterior, es importante mencionar que es esencial para el tratamiento de este tipo de padecimientos la intervención multidisciplinaria llevada de manera adecuada, esto debido a su complejidad e implicaciones en la vida de las personas y en su entorno.

9.BIBLIOGRAFÍA

Amigo, V., I. y Fernández, R., C. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento de la obesidad. *Papeles del Psicólogo*. 34 (1), 49-56.

Annesi, J., J. & Unruh, L., J. (2008). Relations of exercise, self-appraisal, mood changes and weight loss in obese women: Testing propositions based on Baker and Brownell's (2000) model. *The American Journal of the Medical Sciences*. 335 (3), 198-204.

Baker, C.W. and Brownell, K.D. (2000). Physical activity and maintenance of weight loss: Physiological and psychological mechanisms. In C. Bouchard (Ed.), *Physical activity and obesity* (pp. 311-328). Champaign, IL: Human Kinetics.

Córdova, V.J. (2016) La obesidad: la verdadera epidemia del siglo XXI. *Cirugía y cirujanos*. 5 (84) 351-355

Davis M., McKay M. y Eshelman E. R. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: España. Ediciones Martínez Roca S. A.

Encuesta Nacional de salud ENSA (2000). Tomo II la salud de los adultos. Recuperado de: https://www.insp.mx/encuestoteca/Encuestas/ENSA2000/OTROS/ensa_tomo2.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2006) Cifras de sobrepeso y obesidad en México - ENSANUT 2006. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012) Cifras de sobrepeso y obesidad en México - ENSANUT 2012. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2016) Cifras de sobrepeso y obesidad en México - ENSANUT 2016. Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

Del Pino, P. A. (2000) Tratamientos psicológicos: una perspectiva conductual. Madrid, España. Resma.

Fabra, M. (2009). Asertividad, para muchas mujeres y algunos hombres. Madrid, España. Editorial Octaedro, S.L. pp. 30.

Foz (2004). Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. Monografías humanitas. Recuperado de: http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_6.pdf

Garaulet, A., M. (2006). La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. Revista Española de Obesidad, 4 (4), 205-220.

García, G. E., Kaufer, H. M., Pardío J. y Arroyo P. (2010). La obesidad: perspectivas para su comprensión y tratamiento. México, D.F. Editorial médica panamericana.

Guerra, J. F., Valdez, L. R., Aldrete, R. M. y López, Z. M. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México, Investigación en salud, 8 (2), 91-94

Lozano, O. J., Rubio Z. E. y Pérez, S M. (1999) Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. Psicología Conductual, 7(3), pp. 471-499.

Martin, G. y Pear, J. (2008) Modificación de la conducta: que es y cómo aplicarla. Madrid, España. Pearson: Prentice Hall

Mahan, K. L. y Raymond J. L. (2017) Krause Dietoterapia. Barcelona, España. Editorial Elsevier.

Morales, G. J (2010) Obesidad: un enfoque multidisciplinario. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo: México.

Organización Mundial de la salud (OMS) (2017). Obesidad y sobrepeso, nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Puerto, S. F. (2015). La obesidad a lo largo de la historia. Real Academia Nacional de Farmacia. Recuperado de: <http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/view/1569/1653>

Rimm, D. C. y Masters, J. M. (1980). Terapia de la conducta: técnicas y hallazgos empíricos. México: DF. Editorial trillas.

Salas, S.J., García, L. P. y Sánchez R. J. (2005) La alimentación y la nutrición a través de la historia. Barcelona, España: Editorial Glosa.

Stryer, L., Berg, J. M. y Tymoczko J. L. (2013) Bioquímica 7 ed. (Vol 2) con aplicaciones clínicas. Barcelona, España. Editorial reverté

Sparrow, L. C. (2008) Respuestas a algunas objeciones y críticas a la terapia cognitivo-conductual. Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología 4 (1). Pp. 57-65

Anguera, M. (1991). La observación: educación de su utilización. En: M.T. Anguera (Ed.), *Manual de prácticas de observación*. (11 – 18). México, D.F.: Trillas.

Anguera, M. (1991). La observación: educación de su utilización. En: M.T. Anguera (Ed.), *Manual de prácticas de observación*.. México, D.F.: Trillas.

Ávila, R. H. (1995). Evaluación del estado de nutrición . En E. Casanueva, H. M. Kaufer, L. A. Pérez, & P. Arroyo, *Nutriología Médica* (págs. 469 - 492). México : Panamericana.

Baron, R. (1993). Nutrición. En: Krupp (Ed.), *Diagnóstico clínico y tratamiento*. (209 – 271), México, D.F.: Manual moderno.

Bados, A., y García-Grau, E. (15 de junio de 2011). Técnicas operantes. Depósito digital de la Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/1>

Bados, A., y García-Grau, E. (16 de junio de 2011). Habilidades terapéuticas. Depósito digital de la Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/>

Bejarle, P. N. (2012). *Asertividad práctica. Como eliminar el miedo al rechazo y alcanzar la libertad emocional*. México: Quarzo .

Ballester, R. (1997). Introducción a la psicología de la salud. España.: Promolibro

Beneit, P. (1994) Conductas de salud. En: J. Latorre y P. Beneit (Eds.), *Psicología de la salud*. (27 – 39). Argentina.: Lumen.

Buela, G. Sierra, J. C y Carrobles, J. A. (1995) *Psicología clínica y de la salud en España: su estado actual*. Revista Latinoamericana de Psicología. (27). 25-40.

Bornas, A. F. (2005). *Autocontrol y estilos de vida saludables, aprenda a modificar sus hábitos*. Colombia: empsicom.

Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F., & Toledo, M. (22 de Febrero de 2002). *Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: Una revisión*. Obtenido de Redalyc: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-56.pdf

Corona, G. Antonio. (1998). *El gobierno del cuerpo: Tecnologías disciplinarias y administración dietética*. Revista de Psicología y Ciencia Social, (2), 3-14.

Delgado, F. (1983). Condicionamiento clásico y operante: estructuras fundamentales de la terapia de la conducta. En: Franzel, D. (Ed.), *La terapia de la conducta y sus aplicaciones clínicas*. (49 – 58). México, D.F: Trillas.

D´Zurilla, & Goldfried. (1988). Solución de problemas. En J. M. Mahoney, *Cognición y modificación de conducta* (pág. 217). México: Trillas.

Espinosa, T. (1995). Aspectos básicos de calorimetría . En E. Casanueva, K. M. Horwitz, P. B. Lizaur, & P. Arroyo, *Nutriología médica* (págs. 418 - 427). México: Panamericana .

Escobar, R. (2007) Cadenas conductuales, estímulos en serie y reforzamiento. [Publicación periódica].-: FIMPES, 2007.- Vol. 02.

ENUSAT (2006) Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (en preparación). Página consultada: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

Fernandez, M. y Vera, M. (1998) Evaluación y tratamiento de la obesidad. En: J. Buceta y A. Bueno (Comps.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. (281-305). España, Madrid.: Pirámide.

Fernandez, M. y Vera, M. (1998) Evaluación y tratamiento de la obesidad. En: Meyer, J. E., & Pudiel, J. (Comps.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. (281-298). España, Madrid.: Pirámide.

Fernandez, M. y Vera, M. (1998) Evaluación y tratamiento de la obesidad. En: J. Buceta y A. Bueno (Comps.), *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*.

Gómez, P. (1998). *Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?* Revista de Psicología y Ciencia Social. (2), 27-33.

Guyton, A. y Hall, J. (1998). Equilibrios dietéticos; regulación de alimentación: obesidad e inanición; vitaminas y minerales. En: A. Guyton, y J. Hall (Eds.). *Tratado de fisiología médica*, (996 – 990). México, D.F.: Interamericana Mc. Graw Hill.

Hadfield, S., & Hasson, G. (2014). *Cómo ser asertivo en cualquier situación*. México: Selector.

Kazdin, A.E. (2011). Psicoterapia Racional Emotiva. En: Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. México, D.F: Manual Moderno.

Mahan, L.D. y Escott-Stump, S. 2000. "Nutrición y Dietoterapia de Krause" (25-27) (10ª Edición). Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.

Landa P. (1999). *El perfil profesional del psicólogo en la prestación de servicios de salud*. Revista de psicología y Ciencia Social. (3), 3 – 14.

Sales, i. F. (2009). *Asertividad*. España: Bolsillo Octaedro. Pag 58 - 60

Sánchez, M. M., Bahena, P. R., González, G. L., & Esquivel, U. M. (2002). Antecedentes históricos de la obesidad. En M. M. Sánchez, U. Misael, & Eds, *Obesidad: Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas* (págs. 1-2). México: Manual Moderno.

Secretaria de Salud. (2010). *Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010*. Para el tratamiento integral del sobre peso y la obesidad. Página consultada: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

Leira, M. V. (16 de 10 de 2015). *Valoración del estado nutricional de pacientes con nutrición enteral domiciliaria de un hospital de tercer nivel*. Obtenido de Redalyc: <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309245810002.pdf>

Mc. Laren (1992). Obesidad. En: Laren, Mc. (Ed.), *La nutrición y sus trastornos*. (307 – 332). México, D.F.: Manual Moderno

Magda R. Aparicio Luls A. Estrada Carlos Fernandez. Rosa Ma Hernandez. Michelle Ruiz. Denise Ramos. Maritza Rosas. Elsa Valverde. Estela Ángeles, (2004)

Mahoney, J. M., & Thoresen, E. C. (1981). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica .

Mahoney, M. (1988). Las terapias de condicionamiento encubierto: Contracondicionamiento, detección del pensamiento y control "Coverante". En: *Cognición y modificación de conducta*. Trillas, México.

Mahoney, M. J., & Mahoney, K. (1995). *Control permanente de peso*. México.: Trillas.

Mahoney, M. J., & Mahoney, K. (2006). *Control permanente de peso*. México.: Trillas.

Martínez, R. R., & Villalobos, A. (2010). Tendencias recientes de la prevalencia de la obesidad en México. En G. E. García, K. M. Horwitz, J. Pardo, & P. Arroyo, *La obesidad: Perspectiva para su comprensión y tratamiento* (págs. 21-27). México: Panamericana.

Nezu, A. y Nezu, C. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En: A. Nezu, y C. Nezu (Eds.), *Manual de técnicas de terapia y Modificación de conducta*. (527-553) Madrid. Ed. Siglo XXI

Nezu, A., Nezu, C., Deaner, S., y D´Zurilla. (1997). El estado de la cuestión en los enfoques en resolución de problemas. En I. Caro (Comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (171-194). Barcelona: Paidós

Nezu, M. A., Nexu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo – conductuales*. México: Manual Moderno

OMS (2012) Obesidad y Sobrepeso (2012) Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en preparación). Página consultada: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

OMS (2016) Obesidad y Sobrepeso (2016) Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en preparación). Página consultada: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/046_GPC_ObesidadAdulto/IMSS_046_08_GRR.pdf

OMS (2000) Ginebra, Organización Mundial de la Salud (en preparación). Página consultada:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66484/WHO_CDS_CSR_EDC_200_0.5_spa.pdf?sequence=1&ua

Reynoso, L y Seligson, R. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. Manual Moderno. 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.

Rimm, C. y Masters, C. (1990). Métodos operantes en el auto – control y Control aversivo. En: *Terapia de la conducta*. Trillas, México.

Saldaña, C. (1991) Intervención en obesidad en niños y adolescentes. En: G. Buela Casal, y V. E. Caballo. *Manual de psicología clínica aplicada*. Siglo XXI, Madrid. Farmacológicas de la terapéutica. Panamericana, México.

Steinberg, D. (1990). Metabolismo. En: Taylor, B. y Lucan, E. (Comps), *Bases Fisiológicas de la Práctica Médica*.(873 – 924). México, D.F.: Panamericana

Saldaña, C. (1991) Intervención en obesidad en niños y adolescentes. En: G. Buela Casal, y V. E. Caballo. *Manual de psicología clínica aplicada*. Siglo XXI, Madrid. Farmacológicas de la terapéutica. Panamericana, México.

Stuart, R. (1981). *Compórtese delgado consérvese delgado*. Diana, México.

Tovano, L. (1995). Obesidad. En: E. Casanueva, M. Kaufer, A. Pérez y P. Arroyo (Ed.), *Nutriología médica*. (212 – 230). México, D.F.: Panamericana.

Thorese, C., & Mahoney, J. (1981). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.

Wolpe, J. (1990). Terapia aversiva y algunos síndromes especiales. En: J. Wolpe (Ed.), *Práctica de la terapia de la conducta*. (247 – 261, 319 – 330). México, D.F.: Trillas.

Yáñez., F. C. (2003). Tratamiento higiénico - dietético de la obesidad. En F. C. Yáñez., *Atención sanitaria integral de la obesidad*. (págs. 151-215). Alcalá la real (Jáen): Formación Alcalá.

Manual de antropometría: Aparicio M., Estrada, A., Fernández, C., Hernández, R., Ruiz, M., Ramos, D., ... Ángeles, E. (2004). Manual de antropometría, 2ª ed. En G. Saucedo, A.Villa, C. Aguilar, y A. Chávez (Coords.). México: Instituto de Ciencias Médicas y nutrición Salvador Zubirán.

Amigo, V., I. y Fernández, R., C. (2013). El papel del psicólogo clínico en el tratamiento de la obesidad. *Papeles del Psicólogo*. 34 (1), 49-56.

Annesi, J., J. & Unruh, L., J. (2008). Relations of exercise, self-appraisal, mood changes and weight loss in obese women: Testing propositions based on Baker and Brownell's (2000) model. *The American Journal of the Medical Sciences*. 335 (3), 198-204.

Córdova, V.J. (2016) La obesidad: la verdadera epidemia del siglo XXI. Cirugía y cirujanos. 5 (84) 351-355

Davis M., McKay M. y Eshelman E. R. (2002). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: España. Ediciones Martínez Roca S. A.

Encuesta Nacional de salud ENSA (2000). Tomo II la salud de los adultos. Recuperado de: https://www.insp.mx/encuestoteca/Encuestas/ENSA2000/OTROS/ensa_tomo2.pdf

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2006) Cifras de sobrepeso y obesidad en México - ENSANUT 2006. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2012) Cifras de sobrepeso y obesidad en México - ENSANUT 2012. Recuperado de: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2016) Cifras de sobrepeso y obesidad en México - ENSANUT 2016. Recuperado de: http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/doctos_2016/ensanut_mc_2016-310oct.pdf

Del Pino, P. A. (2000) Tratamientos psicológicos: una perspectiva conductual. Madrid, España. Resma.

Foz (2004). Obesidad: un reto sanitario de nuestra civilización. Monografías humanitas. Recuperado de: http://www.iatros.es/wp-content/uploads/humanitas/materiales/Monografia_Humanitas_6.pdf

Garaulet, A., M. (2006). La terapia de comportamiento en el tratamiento dietético de la obesidad y su aplicación en la práctica clínica. Revista Española de Obesidad, 4 (4), 205-220.

García, G. E., Kaufer, H. M., Pardío J. y Arroyo P. (2010). La obesidad: perspectivas para su comprensión y tratamiento. México, D.F. Editorial médica panamericana.

Guerra, J. F., Valdez, L. R., Aldrete, R. M. y López, Z. M. (2006). Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México, Investigación en salud, 8 (2), 91-94

Lozano, O. J., Rubio Z. E. y Pérez, S M. (1999) Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. Psicología Conductual, 7(3), pp. 471-499.

Martin, G. y Pear, J. (2008) Modificación de la conducta: que es y cómo aplicarla. Madrid, España. Pearson: Prentice Hall

Mahan, K. L. y Raymond J. L. (2017) Krause Dietoterapia. Barcelona, España. Editorial Elsevier.

Morales, G. J (2010) Obesidad: un enfoque multidisciplinario. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Hidalgo: México.

Organización Mundial de la salud (OMS) (2017). Obesidad y sobrepeso, nota descriptiva. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Puerto, S. F. (2015). La obesidad a lo largo de la historia. Real Academia Nacional de Farmacia. Recuperado de: <http://www.analesranf.com/index.php/mono/article/view/1569/1653>

Rimm, D. C. y Masters, J. M. (1980). Terapia de la conducta: técnicas y hallazgos empíricos. México: DF. Editorial trillas.

Salas, S.J., García, L. P. y Sánchez R. J. (2005) La alimentación y la nutrición a través de la historia. Barcelona, España: Editorial Glosa.

Stryer, L., Berg, J. M. y Tymoczko J. L. (2013) Bioquímica 7 ed. (Vol 2) con aplicaciones clínicas. Barcelona, España. Editorial reverté

Sparrow, L. C. (2008) Respuestas a algunas objeciones y críticas a la terapia cognitivo-conductual. Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología 4 (1). Pp. 57-65

ANEXO 1.
FICHA DE IDENTIDAD.

Año: _____ Mes: _____ Día: _____.

 Nombre. Apellido paterno. Apellido materno.

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____. Edad: ()
 Años.

Año. Mes. Día.

Sexo: (). Lugar de nacimiento: _____.

Religión: _____.

Grado académico máximo: _____.

Otros: _____.

Domicilio actual: _____ / _____ /

_____ /

Calle.

Número.

Colonia.

_____ / _____.

_____.

Entidad.

Código postal.

Teléfono.

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 quienes comparte la

vivienda: _____

Empleo actual: _____. Otra actividad

laboral: _____.

Deportes que practica: _____. Sesiones por

semana: _____.

Toxicomanías: (Cigarro) _____ (Alcohol) _____ (Otros): _____.

Cantidad.

Cantidad.

Cantidad.

ANEXO 2.

CUESTIONARIO DE

SOBREPESO

(ANÁLISIS FUNCIONAL).

En: Fernández y Vera (1998).

1. Antecedentes familiares de obesidad:

- ¿Hay alguna persona obesa en tu familia?.

SI • NO •

- ¿Quién?.

_____.

_____.

- ¿Qué hace para solucionarlo?.

_____.

_____.

- ¿Ha habido alguna persona obesa en tu familia?.

SI • NO •

- ¿Quién?.

_____.

_____.

- ¿Qué ha hecho para solucionarlo?.

_____.

_____.

2. Evolución histórica del peso e intentos de reducirlo:

2.1. Gravedad del problema:

- ¿Cómo de grave consideras tu problema de sobrepeso?.

_____.

_____.

- ¿Cómo te está afectando este problema a ti y a las personas que te rodean?.

_____.

2.2. Comienzo y evolución del sobrepeso:

- ¿Cuándo comenzó el problema de sobrepeso?.

_____.

_____.

- ¿Has tenido oscilaciones fuertes en el peso o, por el contrario, te has mantenido más o menos siempre igual?.

_____.

_____.

- Si has tenido oscilaciones:

¿De cuántos kilos han sido?.

_____ Kg.

¿Cuánto tiempo te lleva pasar de un peso a otro?.

_____.

¿A qué crees que son debidas estas oscilaciones?.

_____.

_____.

- En general, ¿a qué crees que es debido tu sobrepeso?.

_____.

_____.

2.3. *Tratamientos anteriores:*

- ¿Qué has hecho hasta ahora para intentar reducir peso por ti mismo/a?.

_____.

_____.

- Especifica los tratamientos controlados (por médico u otros especialistas) que hayas seguido. Indica igualmente si sigues alguno en la actualidad.

_____.

_____.

- ¿Estás tomando algún medicamento para reducir de peso?.

SI • NO •

- ¿Cuál?.

_____.

_____.

- ¿Qué resultados te han dado esos tratamientos?.

_____.

_____.

- ¿Cuántos kilos perdiste con ellos?.

_____.

_____.

- ¿Cuánto tiempo se mantuvieron esos resultados después de finalizado el tratamiento?.

- ¿Por qué 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 en 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?.

3.2. 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 acompañado.
- () En auto servicios normales estando solo.
- () En bares estando acompañado.

- () En bares estando solo.
- () En restaurantes estando acompañado.
- () En restaurantes estando solo.
- () En celebraciones sociales, como bodas, bautizos y cumpleaños.
- () Otras.

3.3. Frecuencia:

- ¿Cuántas veces comes al día?
_____.
- ¿Cuántas bebidas alcohólicas y/o refrescos bebes al día?
_____.
- ¿Cuántas veces “picas” o “tapeas” al día?
_____.

4. 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 esos 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 estás 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 a 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 a 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 el perder peso va a ser rápido y fácil?
Rápido • Fácil •
- ¿Perder peso es el único objetivo que persigues con este programa?.

- SI • NO •
- ¿Qué otro?
_____.
 - ¿Crees que no seguir algún día la dieta o no hacer ejercicio físico significaría el fracaso del programa?
SI • NO •
 - ¿Y el no perder peso 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 un programa de adelgazamiento. Beneficios como tener mejor tipo, mejor salud, sentirse mejor, agradar al compañero, 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 por qué quieres perder peso y en los sacrificios a que 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 sedentaria

- 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 3.

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE WILLOUGHBY.

En: Wolpe J. (1990).

Consta de 25 preguntas a las que se 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 está correlacionadas con la mejoría del paciente. Pero es posible que una persona obtenga una puntuación Wlloughby baja y sea, sin embargo, muy neurótica en áreas que no cubre ese 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 círculo 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? 0 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 aun cuando lo hace bien? 1 2 3 4
14. ¿Le hierne 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 4. 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 (sí o no) según sea su caso o situación.

1. Sí No ¿Preferiría trabajar para sí en vez de cumplir el programa de un superior que respeta?
2. Sí No ¿Por lo general disfruta cuando pasa una tarde solo?
3. Sí No ¿Lo han entretenido más los libros que los compañeros?
4. Sí No ¿Siente la necesidad de tener contactos sociales más amplios que los que tiene?
5. Sí No ¿Se desalienta fácilmente cuando las opiniones de los demás difieren de la suya?
6. Sí No ¿Lo recompensa más la admiración que los logros?
7. Sí No ¿Por lo regular prefiere guardar sus opiniones para sí?
8. Sí No ¿Le molesta ir solo al cine?
9. Sí No ¿Le gustaría tener un amigo muy afín con el que pudiera planear actividades diarias?
10. Sí No ¿Puede calmar sus propios temores?
11. Sí No ¿Lo humillan las burlas cuando sabe que tiene razón?
12. Sí No ¿Cree que podría absorberse tanto en el trabajo creativo que no notaría la falta de amigos íntimos?
13. Sí No ¿Desea arriesgarse solo en una relación de resultados dudosos?
14. Sí No ¿Encuentra que la conversación le ayuda más que la lectura para formular sus ideas?

15. Sí No ¿Le gustaría ir de compras solo?
16. Sí No ¿Necesita su ambición estímulos ocasionales a través de contactos con gente de éxito?
17. Sí No ¿Le cuesta trabajo tomar decisiones solo?
18. Sí No ¿Preferiría hacer todos los preparativos necesarios para un viaje al extranjero en vez de ir a un viaje arreglado de antemano?
19. Sí No ¿Le afecta mucho el elogio o la censura de mucha gente?
20. Sí No ¿Por lo general evita pedir consejos?
21. Sí No ¿Considera que guardar las costumbres y las maneras sociales es un aspecto esencial de la vida?
22. Sí No ¿Quiere que haya alguien con usted cuando recibe malas noticias?
23. Sí No ¿Le incomoda ser "diferente" o poco ordinario?
24. Sí No ¿Prefiere tomar decisiones apresuradas solo?
25. Sí No Si fuera a iniciarse en el trabajo de investigación, ¿preferiría ser ayudante en el proyecto de otro en vez de trabajar independiente?
26. Sí No Cuando está deprimido, ¿trata de encontrar a alguien que le levante el ánimo?
27. Sí No ¿Ha preferido estar solo la mayor parte de tiempo?
28. Sí No ¿Prefiere hacer viaje con alguien que se encargue de todo lo necesario en vez de correr la aventura de viajar solo?
29. Sí No ¿Por lo general, hace usted las cosas en vez de que alguien le muestre cómo hacerlas?
30. Sí No ¿Le gusta especialmente tener atención de sus conocidos cuando está enfermo?

31. Sí No ¿Prefiere encarar solo las situaciones peligrosas?
32. Sí No ¿Por lo general puede darse cuenta de sus errores sin que se los señalen?
33. Sí No ¿Le gusta hacer amigos cuando va a lugares nuevos?
34. Sí No ¿Puede dedicarse durante mucho tiempo a una tarea fatigosa sin que alguien lo empuje o aliente?
35. Sí No ¿Tiene periodos de soledad?
36. Sí No ¿Le gusta conocer opiniones de los demás antes de tomar una decisión importante?
37. Sí No ¿Le molestaría cualquier trabajo que lo hiciera vivir aislado unos cuantos años, por ejemplo, de guarda bosques, etc.?
38. Sí No ¿Prefiere un juego a un baile?
39. Sí No ¿Trata comúnmente de hacerse cargo de otras responsabilidades?
40. Sí No ¿Hace amigos con facilidad?
41. Sí No ¿Puede ser optimista cuando otros se deprimen mucho por usted?
42. Sí No ¿Trata de seguir su propio camino incluso si tiene que luchar por eso?
43. Sí No ¿Le gusta mucho estar con otra gente?
44. Sí No ¿Obtiene tantas ideas en el momento que lee como las que obtiene durante una discusión posterior a la lectura?
45. Sí No En los deportes, ¿prefiere participar en competencias individuales más que en juegos de equipo?
46. Sí No ¿Enfrenta generalmente sus problemas por sí solo, sin buscar ayuda?

47. Sí No ¿Encuentra más diversión o buen humor en las cosas cuando está en grupo que cuando está solo?
48. Sí No ¿Le disgusta encontrar su camino en lugares extraños?
49. Sí No ¿Puede trabajar feliz sin elogio sin reconocimiento?
50. Sí No ¿Piensa que el matrimonio es esencial para su felicidad?
51. Sí 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. Sí No ¿Le gusta que le hagan sugerencias cuando está ocupado en algún acertijo?
53. Sí No ¿Prefiere comúnmente hacer sus propios planes solo en vez de hacerlos con los demás?
54. Sí No ¿Encuentra con frecuencia que la gente es más estimulante para usted que para cualquier otro?
55. Sí No ¿Prefiere estar solo en los momentos de tensión emocional?
56. Sí No ¿Le gusta tener responsabilidades solo?
57. Sí No ¿Suele comprender mejor un problema estudiándolo solo que discutiéndolo con otros?
58. Sí No ¿Encuentra que relatar a los demás sus buenas noticias personales son la mejor parte del gozo que le proporcionan?
59. Sí No ¿Se basa generalmente en su propio juicio?
60. Sí No ¿Le gusta practicar juegos en los que no hay espectadores?

Clave Bernreuter (La respuesta subrayada 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. <u>Si</u> <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 5.
AUTORREGISTROS
CONDUCTUALES.**

Día: _____/Mes: _____/Año: _____.

Nombre: _____.

Hora: _____ Lugar: _____.

Compañía _____ social:
_____.

Actividad _____ que
realizaba: _____.

Escriba en cada rectángulo 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 6.
Cuestionario cognitivo de auto
frases.

Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Responsable de aplicación:

Nombre: _____.

Talla: _____ mts.

Edad: _____.

Peso actual: _____ Kg.

Escolaridad: _____.

Grasa: _____ %

Ocupación actual: _____.

Grasa corporal: _____ Kg.

Práctica deportiva: _____.

Tratamientos

anteriores: _____

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

Creencias sobre obesidad

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1) Realmente las personas son obesas por factores exclusivamente hereditarios. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 2) La mujer embarazada debe comer el doble para alimentar bien al producto. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 3) Para bajar de peso satisfactoriamente es necesario comer solamente verduras. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 4) La obesidad es un problema causado por un mal metabolismo. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 5) Para dejar de ser obesos debemos tener amplios conocimientos nutricionales. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 6) No es malo hacer ayunos constantes para controlar la obesidad. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 7) La obesidad es una enfermedad que no tiene nada que ver con otros padecimientos. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 8) Los niños obesos, seguramente serán adultos obesos. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 9) Las mujeres se vuelven obesas después de haber tenido hijos. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 10) La obesidad es un padecimiento que se presenta con más frecuencia en la gente con mayor capacidad adquisitiva. | 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 a 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 ser 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 |

Capacidades para bajar de peso

- | | |
|---|--------------------------------------|
| 1) ¿Por qué tendría que funcionar esto?, ninguna otra cosa me ha funcionado. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 2) Yo no puedo con esto de estar a dieta, soy muy tragón. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 3) Me va a costar mucho trabajo dejar el refresco, no me siento capaz. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 4) Que diablos prefiero estar gordo y no sentirme infeliz; además no estoy tan gordo. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 5) Simplemente no tengo fuerza de voluntad para controlar mi alimentación. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 6) Lo más probable es que si bajo de peso, lo vuelva a recuperar muy pronto. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 7) Algo tiene mi metabolismo que no me ayuda a bajar de peso. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 8) Para mi es un sacrificio tener que estar a dieta porque sencillamente no puedo. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 9) Huy, a mi edad eso de cambiar de hábitos es imposible. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 10) Cuando intento cambiar mi alimentación inmediatamente me siento mal. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |

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 mio. | 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 solamente 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 s 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, continúo pensando en lo que pedi lo 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 dia 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 mas 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 se 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) | Les 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 sacrifico tanto no bajo nada. | Nunca 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Siempre |
| 7) | ¿Porqué no me porté 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 a 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 7.
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 los que le llevan esas autofrases.

(A) Situaciones.

(B) Pensamiento, o contenido de las autofrases.
Autoverbalización: _____
Imágenes internas: _____

(C) Sentimientos y conductas consecuentes.

**ANEXO 8.
DIARIO ESTRUCTURADO DE
ESCENIFICACIONES
COGNITIVAS.**

ANEXO 9.
REGISTRO DE EJERCICIO
FÍSICO.
En: Fernández y Vera (1998).

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 físicas							

Nombre:_____.

Fecha:_____

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

Anexo 10. Autorregistro de conducta

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Lugar de consumo de los alimentos

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno							
Colación							
Comida							
Colación							
Cena							

INDICACIONES:

1. Debe especificar lugar en el que se encontraba mientras consumía los alimentos (por ejemplo: lugar de la casa; cocina, comedor, recamara etc.)
2. Especifique si la alimentación se realizó en área laboral, (por ejemplo: trabajo, comedor laboral, oficina, taller, laboratorio, etc.)
3. Especifique si la alimentación se realizó en la calle, (por ejemplo: restaurante, lonchería, puestos de comida ambulantes, etc.)
4. Especifique si la alimentación se realizó en el área escolar, (por ejemplo: Cafetería escolar, aula, quiosco escolar, áreas verdes, etc.)
5. Especifique el área en que se llevó a cabo la alimentación en alguna reunión familiar, (por ejemplo: casa de los suegros, casa de los hermanos, casa de los padres, etc.)
6. Especifique si la alimentación se realizó en eventos sociales (por ejemplo: Fiestas de salón, reuniones con amigos, etc.)

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo empleado en comer (Minutos)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<i>Desayuno</i>							
<i>Colación</i>							
<i>Comida</i>							
<i>Colación</i>							
<i>Cena</i>							

Indicaciones:

1. Deberá anotar los minutos que dura comiendo; es decir, el inicio y el final del proceso alimentario por cada sesión alimentaria que realice, tomando en cuenta las colaciones.

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Hambre al inicio de la alimentación y satisfacción posterior

(X)	(✓)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mucha.	Buena.							
Poca.	Regular.							
Nada.	Mala.							
Desayuno/Almuerzo								

Indicaciones:

Este registro cuenta con tres opciones para el inicio de la alimentación, de las cuales usted debe marcar con el signo de (X); en el caso de:

- a) si tiene mucha hambre antes de iniciar su alimentación.
- b) si tiene poca hambre antes de iniciar su alimentación.
- c) si usted no tiene hambre antes de iniciar su alimentación.

Así también cuenta con tres opciones en las cuales usted expresa el estado de satisfacción que sintió al término de su sesión alimentaría marcando con el signo de (✓); en el caso de:

- a) si quedó bien satisfecho.
- b) si quedó regularmente satisfecho.
- c) si no quedó satisfecho.

Otro aspecto que debe de tener presente es que cada día cuenta con dos cuadros, el primer cuadro es para que usted anote el hambre al inicio de la alimentación (X) y el segundo cuando es para que usted anote la satisfacción posterior a la alimentación (✓).

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Hambre al inicio de la alimentación y satisfacción posterior

(X)	(✓)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mucha.	Buena.							
Poca.	Regular.							
Nada.	Mala.							
Comida de la tarde.								

Indicaciones:

Este registro cuenta con tres opciones para el inicio de la alimentación, de las cuales usted debe marcar con el signo de (X); en el caso de:

- a) si tiene mucha hambre antes de iniciar su alimentación.
- b) si tiene poca hambre antes de iniciar su alimentación.
- c) si usted no tiene hambre antes de iniciar su alimentación.

Así también cuenta con tres opciones en las cuales usted expresa el estado de satisfacción que sintió al término de su sesión alimentaría marcando con el signo de (✓); en el caso de:

- a) si quedó bien satisfecho.
- b) si quedó regularmente satisfecho.
- c) si no quedó satisfecho.

Otro aspecto que debe de tener presente es que cada día cuenta con dos cuadros, el primer cuadro es para que usted anote el hambre al inicio de la alimentación (X) y el segundo cuando es para que usted anote la satisfacción posterior a la alimentación (✓).

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Hambre al inicio de la alimentación y satisfacción posterior

(X)	(✓)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mucha.	Buena.							
Poca.	Regular.							
Nada.	Mala.							
Cena/Merienda.								

Indicaciones:

Este registro cuenta con tres opciones para el inicio de la alimentación, de las cuales usted debe marcar con el signo de (X); en el caso de:

- a) si tiene mucha hambre antes de iniciar su alimentación.
- b) si tiene poca hambre antes de iniciar su alimentación.
- c) si usted no tiene hambre antes de iniciar su alimentación.

Así también cuenta con tres opciones en las cuales usted expresa el estado de satisfacción que sintió al término de su sesión alimentaría marcando con el signo de (✓); en el caso de:

- a) si quedó bien satisfecho.
- b) si quedó regularmente satisfecho.
- c) si no quedó satisfecho.

Otro aspecto que debe de tener presente es que cada día cuenta con dos cuadros, el primer cuadro es para que usted anote el hambre al inicio de la alimentación (X) y el segundo cuando es para que usted anote la satisfacción posterior a la alimentación (✓).

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Lugar de consumo de los alimentos

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno							
Colación							
Comida							
Colación							
Cena							

INDICACIONES:

7. Debe especificar lugar en el que se encontraba mientras consumía los alimentos (por ejemplo: lugar de la casa; cocina, comedor, recamara etc.)
8. Especifique si la alimentación se realizó en área laboral, (por ejemplo: trabajo, comedor laboral, oficina, taller, laboratorio, etc.)
9. Especifique si la alimentación se realizó en la calle, (por ejemplo: restaurante, lonchería, puestos de comida ambulantes, etc.)
10. Especifique si la alimentación se realizó en el área escolar, (por ejemplo: Cafetería escolar, aula, quiosco escolar, áreas verdes, etc.)
11. Especifique el área en que se llevó a cabo la alimentación en alguna reunión familiar, (por ejemplo: casa de los suegros, casa de los hermanos, casa de los padres, etc.)
12. Especifique si la alimentación se realizó en eventos sociales (por ejemplo: Fiestas de salón, reuniones con amigos, etc.)

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Tiempo empleado en comer (Minutos)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
<i>Desayuno</i>							
<i>Colación</i>							
<i>Comida</i>							
<i>Colación</i>							
<i>Cena</i>							

Indicaciones:

2. Deberá anotar los minutos que dura comiendo; es decir, el inicio y el final del proceso alimentario por cada sesión alimentaria que realice, tomando en cuenta las colaciones.

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Hambre al inicio de la alimentación y satisfacción posterior

(X)	(✓)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mucha.	Buena.							
Poca.	Regular.							
Nada.	Mala.							
Desayuno/Almuerzo.								

Indicaciones:

Este registro cuenta con tres opciones para el inicio de la alimentación, de las cuales usted debe marcar con el signo de (X); en el caso de:

- a) si tiene mucha hambre antes de iniciar su alimentación.
- b) si tiene poca hambre antes de iniciar su alimentación.
- c) si usted no tiene hambre antes de iniciar su alimentación.

Así también cuenta con tres opciones en las cuales usted expresa el estado de satisfacción que sintió al término de su sesión alimentaría marcando con el signo de (✓); en el caso de:

- a) si quedó bien satisfecho.
- b) si quedó regularmente satisfecho.
- c) si no quedó satisfecho.

Otro aspecto que debe de tener presente es que cada día cuenta con dos cuadros, el primer cuadro es para que usted anote el hambre al inicio de la alimentación (X) y el segundo cuando es para que usted anote la satisfacción posterior a la alimentación (✓).

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Hambre al inicio de la alimentación y satisfacción posterior

(X)	(✓)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mucha.	Buena.							
Poca.	Regular.							
Nada.	Mala.							
Comida de la tarde.								

Indicaciones:

Este registro cuenta con tres opciones para el inicio de la alimentación, de las cuales usted debe marcar con el signo de (X); en el caso de:

- a) si tiene mucha hambre antes de iniciar su alimentación.
- b) si tiene poca hambre antes de iniciar su alimentación.
- c) si usted no tiene hambre antes de iniciar su alimentación.

Así también cuenta con tres opciones en las cuales usted expresa el estado de satisfacción que sintió al término de su sesión alimentaría marcando con el signo de (✓); en el caso de:

- a) si quedó bien satisfecho.
- b) si quedó regularmente satisfecho.
- c) si no quedó satisfecho.

Otro aspecto que debe de tener presente es que cada día cuenta con dos cuadros, el primer cuadro es para que usted anote el hambre al inicio de la alimentación (X) y el segundo cuando es para que usted anote la satisfacción posterior a la alimentación (✓).

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Hambre al inicio de la alimentación y satisfacción posterior

(X)	(✓)	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Mucha.	Buena.							
Poca.	Regular.							
Nada.	Mala.							
Cena/Merienda.								

Indicaciones:

Este registro cuenta con tres opciones para el inicio de la alimentación, de las cuales usted debe marcar con el signo de (X); en el caso de:

- a) si tiene mucha hambre antes de iniciar su alimentación.
- b) si tiene poca hambre antes de iniciar su alimentación.
- c) si usted no tiene hambre antes de iniciar su alimentación.

Así también cuenta con tres opciones en las cuales usted expresa el estado de satisfacción que sintió al término de su sesión alimentaría marcando con el signo de (✓); en el caso de:

- a) si quedó bien satisfecho.
- b) si quedó regularmente satisfecho.
- c) si no quedó satisfecho.

Otro aspecto que debe de tener presente es que cada día cuenta con dos cuadros, el primer cuadro es para que usted anote el hambre al inicio de la alimentación (X) y el segundo cuando es para que usted anote la satisfacción posterior a la alimentación (✓).

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Alimentación no planeada.

Día	Hora	Lugar	Alimento	Cantidad	Compañía	Satisfecho/Sobre Saciado.

En la siguiente tabla usted indicará:

- (Día) en que comió algún alimento no planeado en la dieta.
- (Hora) en que realizó esa alimentación no planeada.
- (Lugar) donde realizó dicha alimentación: a) puesto de antojitos, b) casa de algún familiar, c) restaurante, etc.
- (Alimento) que consumió.
- (Cantidad) de alimento o alimentos: a) rebanadas de pizza, b) vasos de refresco, c) número de panecillos, etc.
- (Compañía) con quién usted estaba mientras consumía los alimentos: a) Familiares, b) amigos, c) pareja, etc.
- (Satisfacción/ Saciedad) que usted sintió al terminar dicha alimentación.
- NOTA: Puede registrar si al término de la alimentación no planeada se sintió sobre saciado o atiborrado.

AUTORREGISTRO PARA ANÁLISIS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Nombre: _____

Fecha: _____

Actividades que realiza mientras come

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno							
Comida							
Cena							

En la siguiente tabla usted indicará cuál de las siguientes actividades realiza mientras está comiendo

1. Solamente comiendo.
2. Viendo televisión.
3. Escuchando radio.
4. Leyendo.
5. Platicando.
6. Otros (especifique).

Nombre: _____

Fecha: _____

Nivel de ansiedad reactiva ante alimentos de alto valor calórico.

	MUCHO	POCO	NADA	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Frituras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Antojitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Refrescos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Pastelillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Helados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Guisados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Ensalada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Frutas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.
Otros. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mínimo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Máximo.

A continuación, usted registrará con una letra "X" en el cuadro, según la ansiedad que haya tenido durante la semana por consumir algunos de los alimentos mencionados.

También marcará con una "X" en la escala que se presenta de mínimo a máximo, numerada del número (1) al número (10). Que tanto es su nivel de ansiedad.